

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Pasche et Dessaux, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. a) Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, de nationalité [...], a été victime d'un accident dans sa petite enfance. Il a fait une chute de deux à trois mètres de hauteur, sur la tête, ayant entraîné un traumatisme crânio-cérébral. Il a subi une craniotomie pariétale droite et a été hospitalisé durant deux à trois mois.

L'assuré est arrivé en Suisse en mars 2000, sans formation professionnelle. Il a travaillé comme ouvrier agricole et manœuvre de chantier.

b) Le 10 février 2004, l'assuré a chuté à son domicile et a souffert de douleurs dorsales. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge le cas. Par décision du 11 mars 2005, elle a mis fin à ses prestations au 31 mars 2005 au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident. Cette décision est entrée en force.

Le 13 août 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs dorsales. Le 25 mai 2005, au cours d'un entretien avec un conseiller en réadaptation de l'assurance-invalidité, il a évoqué son accident d'enfance, en exposant que ses séquelles auraient entraîné des difficultés scolaires et une certaine « confusion mentale ». Par décision du 25 septembre 2007, l'assurance-invalidité a refusé à l'intéressé le droit à une rente compte tenu de sa capacité résiduelle de gain dans une activité adaptée.

c) Le 6 avril 2009, l'assuré a été engagé par M._____ en qualité de maçon.

Le 17 juillet 2009, alors qu'il travaillait sur un chantier, l'intéressé a chuté de sa hauteur, avec un choc à la tête. Il a été admis au Service de neurochirurgie du H._____ le jour-même, où il a été hospitalisé aux soins continus pour 24 h de surveillance rapprochée, sans

complications. Il a ensuite été transféré en chambre. A son arrivée au H._____, il a décrit une brève perte de connaissance sans amnésie circonstancielle. Il a rapporté des céphalées, sans nausées, ni vomissements, ni diplopie. A l'examen clinique, le score de Glasgow s'élevait à 15 sur 15 et les pupilles étaient isocores et isoréactives. Le patient était orienté dans les trois modes, les médecins réservant toutefois un examen difficile sur ce point en raison de la barrière de la langue, le patient parlant exclusivement [...]. Aucun déficit n'a été constaté au niveau des paires crâniennes ni, sur les plans moteur et sensitif, au niveau des quatre membres. L'épreuve cérébelleuse était sans particularité. En revanche, un examen radiographique cérébral (CT-Scan) réalisé le 17 juillet 2009 avait mis en évidence, outre un status après craniotomie pariétale droite dans l'enfance, une hémorragie sous-arachnoïdienne post-traumatique fronto-temporale droite sans effet de masse. Pendant son séjour, l'assuré ne s'est pas plaint de symptômes nouveaux et a noté une diminution progressive des céphalées. Un bilan neuropsychologique effectué le 20 juillet 2009 a révélé des troubles mnésiques antérogrades en modalité visuelle, un dysfonctionnement exécutif et un ralentissement psychomoteur. Les fonctions logo-praxo-gnosiques, le calcul écrit et la mémoire verbale étaient dans les limites de la norme. La conduite automobile était contre-indiquée. Sur la base de ces différents examens et observations, les médecins du H._____ ont diagnostiqué une hémorragie sous-arachnoïdienne post-traumatique fronto-temporale droite. En tant que diagnostic secondaire, ils ont retenu un status post-craniotomie pariétale droite pendant l'enfance à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral. Au vu de la bonne évolution et de l'absence de complication, l'assuré a pu rentrer à son domicile le 20 juillet 2009 avec un traitement antalgique simple. Les médecins ont prescrit un arrêt de travail, à réévaluer lors du prochain contrôle (cf. rapport du 21 juillet 2009 des Drs N._____, T._____, G._____, spécialistes en neurochirurgie, et P._____, médecin assistant).

La CNA a pris en charge les frais de traitement et alloué des indemnités journalières.

Le Dr G._____ a à nouveau examiné l'assuré les 31 août et 8 septembre 2009. Il a constaté un status neurologique dans les limites de la norme. Un CT-Scan effectué à cette dernière date n'avait pas mis en évidence une hémorragie sous-durale. Il a considéré que le traitement conservateur mis en place était terminé (cf. rapports du Dr G._____ à la CNA des 9 octobre et 12 novembre 2009).

Le 14 septembre 2009, l'assuré a pu reprendre le travail à 100 %.

d) Dès le 7 mai 2011, l'intéressé a interrompu son travail. Il a été en arrêt-maladie à 100 % dès le 22 juin 2011 en raison de lombosciatalgies (cf. rapport du 16 décembre 2012 du Dr B._____, médecin généraliste traitant).

Dans un rapport du 23 juin 2011 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire, la Dresse C._____, radiologue, a constaté une hernie discale L5-S1 paramédiane et latérale gauche entraînant un conflit avec la racine S1 gauche.

Le 23 novembre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en alléguant une incapacité de travail en raison d'une hernie existant depuis 2004.

Le 21 mars 2012, M._____ a complété un questionnaire que lui avait adressé l'OAI en indiquant que le contrat de travail avait pris fin le 29 février 2012, à l'issue de la mission pour laquelle l'assuré avait été engagé. Le dernier jour de travail effectif était le 6 mai 2011. Elle a observé qu'il s'agissait d'un « très bon ouvrier ».

Dans un rapport du 29 mars 2012 faisant suite à une IRM cérébrale, avec pour indication un contrôle à trois ans d'un traumatisme et le fait que le patient présentait un ralentissement psychomoteur, le

Dr V._____, radiologue, a constaté la présence de plusieurs séquelles traumatiques au niveau du corps calleux, du cortex fronto-pariétal droit et frontal droit.

Le 11 mai 2012, le Dr B._____ a adressé son patient au Service de neuropsychologie du H._____ en raison d'un léger ralentissement intellectuel, qu'il avait tout d'abord mis sur le compte des difficultés linguistiques. L'intéressé lui avait toutefois appris qu'il avait été victime d'un important traumatisme cranio-cérébral en 2009, de sorte qu'une évaluation neuropsychologique paraissait nécessaire.

Dans un rapport du 20 juin 2012, la Dresse X._____, cheffe du Service de neuropsychologie du H._____, et les psychologues L._____ et F._____, ont retenu un dysfonctionnement mnésique verbal, exécutif et attentionnel au premier plan, chez un patient de faible niveau d'acquisition scolaire et présentant des difficultés d'apprentissage. A la suite du diagnostic, elles ont mentionné un traumatisme cranio-cérébral le 17 juillet 2009 avec plusieurs séquelles traumatiques au niveau du corps calleux, du cortex fronto-pariétal droit et frontal droit. Comparativement au dernier examen [le 20 juillet 2009], les performances étaient légèrement dégradées, mais des signes de négligence visuelle à gauche n'étaient plus relevés. En communiquant ce rapport au Dr B._____, la Dresse X._____ a précisé, dans une lettre d'accompagnement du 20 juin 2012, que les troubles neurologiques constatés pouvaient être interprétés comme des séquelles des lésions cérébrales décrites dans le CT-Scan cérébral du 17 juillet 2009 et l'IRM cérébrale du 29 mars 2012.

Dans un rapport du 28 novembre 2012 au Dr B._____, les médecins du Service de neurochirurgie du H._____ ont exposé avoir vu l'assuré à leur consultation le 29 octobre 2012 en raison de lombosciatalgies gauches. Les traitements conservateurs prescrits depuis juin 2011 n'avaient pas amélioré les symptômes. Une nouvelle IRM était nécessaire pour se prononcer sur l'indication opératoire, qui était toutefois discutable en l'état.

Dans un rapport du 16 décembre 2012 à l'OAI, le Dr B. _____ a expliqué avoir vu le patient pour la première fois en juin 2011 pour des lombo-sciatalgies très importantes. Il a notamment posé les diagnostics de fortes lombo-sciatalgies gauches en relation avec une hernie discale L5-S1 gauche, de status après hémorragie sous-arachnoïdienne après traumatisme fronto-temporal droit en 2004 [recte : 2009], de status après craniotomie dans l'enfance à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral, de séquelles visibles à l'IRM cérébrale sous forme de lésions du corps calleux, du cortex fronto-pariétal droit et frontal droit, ainsi que de dysfonctionnement mnésique, verbal, exécutif et attentionnel. Il a attesté une incapacité totale de travail dans toute activité.

Un CT-Scan cérébral a été réalisé le 18 avril 2013, avec pour indication des céphalées pariétales droites persistantes et un status après deux traumatismes, l'un dans l'enfance et le second en 2009 avec hémorragie sous-arachnoïdienne, avec une recherche de récurrence hémorragique. Le Dr Q. _____, radiologue, a constaté une encéphalomalacie d'allure séquellaire en situation pariétale droite, en regard d'une fenestration de la calotte crânienne, ainsi qu'une petite calcification intraparenchymateuse occipitale et pariétale gauche, pouvant être séquellaires d'un traumatisme ou d'une ancienne infection (cf. rapport du 19 avril 2013).

L'OAI a mis en œuvre une expertise neuropsychologique auprès de la neuropsychologue W. _____, laquelle s'est entretenue avec l'assuré le 6 février 2014. Dans son rapport du 10 février 2013 (recte : 2014), elle a posé le diagnostic de syndrome cérébral organique post-traumatique avec dysfonctionnement mnésique, exécutif et attentionnel sévère, consécutif à l'accident du 17 juillet 2009 (F06.9). Elle a observé que le tableau était compatible avec les séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral avec lésions fronto-pariétales droites en 2009, sur un cerveau d'ores et déjà fragilisé par un traumatisme cranio-cérébral avec craniotomie pariétale droite dans l'enfance. Néanmoins, la sévérité des déficits, en particulier du ralentissement, était inhabituelle plus de quatre

ans après l'événement et peu compatible avec un certain degré d'autonomie évoqué par l'assuré. La question de l'autonomie dans les activités quotidiennes n'avait toutefois pas pu être évaluée finement en raison des difficultés de communication liées à la langue et en l'absence d'une hétéro-anamnèse, raison pour laquelle ce point pourrait faire l'objet d'une enquête ménagère. Des facteurs indépendants de l'accident de 2009 n'étaient pas exclus, notamment la participation du syndrome douloureux chronique et des effets secondaires des médicaments antalgiques. La neuropsychologue a constaté les limitations fonctionnelles suivantes :

« Au plan psychique et mental

- Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminue de manière significative l'autonomie de l'assuré dans les situations complexes : il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation, de prise d'initiative et d'auto-contrôle ;
- Le déficit d'attention sélective et le ralentissement très sévère ne permettent pas à l'assuré de travailler de manière autonome sans supervision et diminuent de manière drastique le rendement ;
- La conduite d'un véhicule automobile ou l'usage de machines dangereuses est à proscrire ;
- Les troubles mnésiques compromettent l'acquisition de nouvelles connaissances et ne permettent pas à l'assuré de se fier à sa mémoire pour savoir ce qu'il doit faire / a déjà fait. L'usage de notes/listings/agenda est nécessaire et la supervision d'une tierce personne est souhaitable. Un semainier pourrait être introduit pour la gestion des médicaments.

Au plan social

L'assuré s'est montré adéquat et collaborant. Nous n'avons pas relevé d'attitude susceptible d'interférer avec l'insertion sociale, hormis la passivité. Néanmoins, nous n'avons pas pu réaliser d'hétéro-anamnèse, ni faire remplir de questionnaire à l'entourage proche sur la question des modifications comportementales possibles en présence de lésions frontales droites. »

W. _____ a retenu que les troubles cognitifs ne permettaient pas à l'assuré de reprendre son activité de manœuvre. L'incapacité de travail était totale et avait débuté le 17 juillet 2009, sans amélioration depuis lors, les résultats actuels étant superposables à ceux de juillet 2009 et juin 2012. Le rendement n'était pas compatible avec l'économie libre. Seule une activité occupationnelle et sous supervision semblait envisageable.

Le 17 mars 2014, Me Anne-Sylvie Dupont, pour l'assuré, a transmis à la CNA une facture relative au CT-Scan réalisé le 18 avril 2013. Elle a annoncé une rechute de l'accident de 2009 et demandé la réouverture du dossier.

Le 25 juin 2014, le Dr J._____, nouveau médecin généraliste traitant, a complété le formulaire « certificat médical LAA pour rechute » en indiquant une rechute de l'accident du 17 juillet 2009 en date du 1^{er} avril 2013. Il n'y avait pas de rechute de l'hémorragie sous-arachnoïdienne, mais le syndrome radiculaire sur hernie discale L4-L5 était toujours présent.

Le 2 octobre 2014, au cours d'un entretien avec un inspecteur de sinistre de la CNA, l'assuré a déclaré que le problème principal après l'accident de 2009 se situait au niveau de sa tête à cause du traumatisme cranio-cérébral. Il avait effectivement repris le travail, mais avait depuis lors toujours eu des maux de tête. Il s'était trouvé plusieurs fois en incapacité de travail à cause des maux de tête, mais également pour ses problèmes de dos. A partir de juin 2011, il avait été mis en arrêt de travail à 100 % tant pour ses troubles à la tête qu'au dos. Il avait déjà subi un traumatisme cranio-cérébral dans l'enfance. Il s'en était bien remis et avait pu travailler normalement jusqu'à son accident de 2009.

Par décision du 9 juin 2015, l'OAI a alloué une rente entière dès le 1^{er} mai 2012.

Dans un rapport d'appréciation neurologique du 23 février 2016, le Dr U._____, spécialiste en neurologie à la CNA, a relevé que l'assuré avait déjà souffert d'un traumatisme cranio-cérébral à l'âge de quatre ans environ, lequel avait nécessité une craniotomie. Une lacune osseuse, faisant suite à cette intervention, persistait dans la calotte crânienne. Il en résultait une zone de perte de substance cérébrale fronto-pariétale droite avec gliose, d'un diamètre de 3 cm environ. L'événement accidentel du 17 juillet 2009 constituait un traumatisme cranio-cérébral

léger, au vu des constatations faites au H._____ lors de la prise en charge et de l'évolution clinique. L'hémorragie sous-arachnoïdienne frontale droite s'était résorbée dans une large mesure au fil du temps et aucune complication n'avait été observée. Le Dr U._____ a souligné que l'atrophie du corps calleux n'était pas attribuable à l'accident de 2009 au degré de la vraisemblance prépondérante, mais plutôt au traumatisme cranio-cérébral survenu dans l'enfance. Il s'est fondé, d'une part, sur l'évolution clinique après l'événement de 2009, d'autre part sur le fait que le parenchyme cérébral n'avait pas été lésé de manière notable dans le cadre de l'hémorragie sous-arachnoïdienne. La localisation circonscrite du corps calleux correspondait topographiquement à la perte de substance pariétale droite. Par conséquent, il y avait de longue date à cet endroit précis une diminution préexistante des fibres associatives pariétales, qui faisaient suite au traumatisme cranio-cérébral subi dans l'enfance. S'agissant des maux de têtes allégués par l'assuré depuis l'accident, le Dr U._____ a observé que selon les documents médicaux au dossier, ils avaient régressé alors que l'intéressé était encore hospitalisé. Par la suite, ce dernier avait pu reprendre son activité professionnelle en septembre 2009. Aucune plainte relative à des maux de tête n'était documentée jusqu'à l'examen neuropsychologique de 2012. L'arrêt de travail depuis 2011 avait été motivé par des douleurs dorsales. L'assuré avait affirmé a posteriori qu'il avait été régulièrement inapte au travail depuis juin 2011 en raison de maux de tête et de douleurs dorsales. Le lien de causalité entre les céphalées localisées avant tout du côté droit, dont il s'était plaint en dernier lieu, et l'événement accidentel de 2009 n'était que possible. L'éventualité d'une telle relation de causalité n'était en outre pas étayée par l'existence de symptômes-ponts. En conclusion, le Dr U._____ a retenu que c'était un état antérieur - soit la perte de substance cérébrale de la région pariétale droite et l'atrophie de la partie caudale du corps calleux - qui jouait un rôle essentiel dans le cas présent. Ceci résultait d'un traumatisme cranio-cérébral survenu pendant l'enfance. Il n'y avait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de relation de causalité entre les troubles neuropsychologiques actuels de l'assuré et l'accident du 17 juillet 2009, ce lien étant uniquement possible.

Par décision du 24 mars 2016, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance, au motif de l'absence de rapport de causalité entre les atteintes à la santé présentées et l'accident du 17 juillet 2009.

Le 21 avril 2016, l'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision. Le 25 août 2016, il a fait valoir qu'aucun rapport médical n'excluait de manière certaine ce lien de causalité. En annexe, il a transmis une attestation établie le 31 mai 2016 par le Dr J._____, lequel mentionnait que le diagnostic de syndrome cérébral organique post-traumatique avec dysfonctionnement mnésique, exécutif et attentionnel sévère, consécutif à l'accident du 17 juillet 2009, avait été retenu après évaluation en neuropsychiatrie. Le Dr J._____ ajoutait que l'état de santé actuel de son patient correspondait à ce diagnostic et qu'il souffrait en plus toujours de fortes lombalgies et de céphalées l'invalidant pour toute activité.

Par décision sur opposition du 23 septembre 2016, la CNA a maintenu son refus de prester. Elle a exposé que le rapport d'expertise du Dr U._____ expliquait clairement les raisons pour lesquelles les troubles de l'assuré n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec la chute du 17 juillet 2009, mais avec l'accident survenu dans l'enfance, lequel avait nécessité une craniotomie pariétale droite. Quant aux lombalgies, elles n'engageaient plus la responsabilité de la CNA à compter du 1^{er} avril 2005, conformément à la décision du 11 mars 2005, entrée en force.

B. Par acte du 26 octobre 2016, Y._____, désormais représenté par Me Ana Rita Perez, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour décision dans le sens des considérants. Il a reproché à l'intimée d'avoir retenu les constatations du Dr U._____, qu'elle avait elle-même consulté, et non celles de la neuropsychologue W._____, lesquelles étaient fouillées et documentées. Il a ajouté que lors de son entretien avec la CNA, le 2 octobre 2014, il avait indiqué qu'à la suite du traumatisme cranio-cérébral

subi dans son enfance, il n'avait pas eu de problèmes au niveau de sa tête et qu'il s'était bien remis de cet événement. En revanche, il avait toujours eu des maux de tête depuis son accident du 17 juillet 2009. Celui-ci n'était pas anodin puisqu'il avait provoqué une perte de connaissance et une hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-temporale droite. L'examen neuropsychologique consécutif à cet accident avait mis en évidence des troubles et l'IRM du 29 mars 2012 avait révélé des séquelles traumatiques. Dans ces circonstances, la question d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité se posait également. Enfin, il a requis, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise indépendante visant à déterminer les conséquences neurologiques et psycho-neurologiques de l'accident du 17 juillet 2009.

Dans sa réponse du 15 février 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, en se fondant sur l'appréciation du Dr U._____.

Par décision du 27 février 2017, le juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 octobre 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Ana Rita Perez.

Par réplique du 25 avril 2017, le recourant a maintenu sa position. Il a souligné qu'il ne comprenait pas pour quelle raison les importants déficits mis en évidence dans le rapport neuropsychologique du 10 février 2014 seraient liés non pas à l'accident de 2009, mais à un accident beaucoup plus ancien et après lequel il avait pu mener une existence autonome. Il a encore requis la mise en œuvre d'une enquête ménagère, telle que suggérée par la neuropsychologue W._____, laquelle avait indiqué que la question de l'autonomie dans les activités quotidiennes n'avait pas pu être évaluée finement.

Le 11 juin 2018, le juge en charge de l'instruction a rejeté les mesures d'instruction requises par les parties, dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite, sous réserve de l'avis contraire de la Cour.

Le 21 juin 2018, Me Perez a produit la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la CNA en lien avec l'événement du 17 juillet 2009, à la suite de son annonce de rechute du 17 mars 2014.

3. a) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

b) Les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Constitue un accident au sens de cette disposition toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

c) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Si l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1).

d) Le droit aux prestations suppose encore qu'un lien de causalité adéquate soit établi entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2).

e) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.1). On rappellera que les rechutes ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par

l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

4. L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, on doit d'abord constater que les douleurs dorsales dont se plaint l'assuré ne constituent manifestement pas une rechute de l'accident du 17 juillet 2009. L'intéressé ne le soutient pas, à

juste titre, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de revenir sur ce point plus en détail.

En revanche, le recourant allègue que les troubles neuropsychologiques dont il souffre doivent être considérés comme une rechute de l'accident de 2009. Il se fonde sur les constatations de la neuropsychologue W._____ et de la Dresse X._____. L'intimée se base pour sa part sur les conclusions du Dr U._____.

Le rapport du Dr U._____ fait suite à un examen complet du dossier et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. L'appréciation de la situation médicale est claire. Le neurologue analyse en détail et de manière convaincante la question de savoir si les lésions neuropsychologiques sont séquellaires à l'accident de 2009 ou au traumatisme subi dans l'enfance. En particulier, il explique avec soin que la perte de substance cérébrale de la région pariétale droite résulte d'une lacune osseuse due à la craniotomie réalisée dans l'enfance. Il détaille aussi les raisons pour lesquelles il attribue l'atrophie du corps calleux à ce traumatisme. Au final, il constate que les atteintes neuropsychologiques de l'assuré résultent, au degré de la vraisemblance prépondérante, du traumatisme intervenu dans l'enfance. Ses conclusions sont ainsi bien motivées. Cet avis est probant et doit être suivi. Le recourant se prévaut du fait que ce spécialiste a été consulté par l'intimée elle-même. Toutefois, les rapports des médecins des assureurs peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (cf. consid. 4 supra). Sur ce dernier point, il sied de relever que les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du Dr U._____.

En effet, la Dresse X._____ attribue les atteintes neurologiques aux lésions constatées sur le CT-Scan de 2009 et l'IRM de 2012. Elle n'examine toutefois pas la question de savoir si ces lésions sont

bien séquellaires à l'accident de 2009 plutôt qu'au traumatisme subi dans l'enfance.

La neuropsychologue W._____ part quant à elle d'emblée du principe que les symptômes constatés sont en lien de causalité avec l'événement de 2009. Elle ne discute donc pas plus avant cette question de la causalité, à propos de laquelle on doit d'ailleurs douter qu'elle puisse se prononcer en tant que neuropsychologue. Pour le surplus, elle atteste, de manière peu convaincante, une incapacité de travail totale depuis l'accident de 2009, alors même que l'assuré a travaillé pendant plus d'une année et demie après cet accident et que l'employeur l'a qualifié de « très bon ouvrier ». Au demeurant, l'intéressé a interrompu son activité en invoquant initialement des douleurs dorsales. La neuropsychologue W._____ s'étonne, enfin, du relativement bon fonctionnement de l'assuré et constate qu'une partie des symptômes résulte peut-être de facteurs indépendants de l'accident, notamment la participation d'un syndrome douloureux chronique et des effets secondaires des médicaments antalgiques. En réalité, tout porte à penser que le recourant présentait déjà avant l'accident de 2009 des troubles neuropsychologiques dus au traumatisme subi dans l'enfance, mais qui n'avaient pas de répercussion réelle sur la capacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle. Peut-être ces troubles se sont-ils accrus par la suite en raison des facteurs évoqués par la neuropsychologue W._____, mais cela ne permet pas d'établir un rapport de causalité avec l'accident de 2009. Au demeurant, contrairement à ce que soutient le recourant, le seul fait qu'il ait souffert de maux de tête depuis cet accident ne suffit pas à retenir un lien de causalité avec celui-ci (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. consid. 3c supra), d'autant que ces maux de tête se sont nettement atténués, dans un premier temps en cours d'hospitalisation ou après celle-ci.

Les observations du Dr J._____, lequel s'est limité à reprendre les constatations de la neuropsychologue W._____, ne permettent pas de modifier les considérations qui précèdent.

L'intimée était ainsi fondée à refuser d'allouer les prestations d'assurance litigieuses.

6. Il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise et une enquête ménagère, comme le requiert le recourant, dès lors que de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'occurrence, Me Ana Rita Perez a communiqué le 21 juin 2018 la liste de ses opérations, totalisant 14 h 15 de travail. Vérifiée

d'office, cette liste doit être approuvée, de sorte que l'indemnité sera fixée à 2'946 fr. 70 (débours et TVA compris).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 23 septembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

- IV. L'indemnité d'office de Me Ana Rita Perez est arrêtée à 2'946 fr. 70 (deux mille neuf cent quarante-six francs et septante centimes), débours et TVA compris.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Ana Rita Perez (pour Y. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :