

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 février 2019

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Métral, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christophe Tafelmacher, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 et 19 al. 1 LAA ; 22 al. 4 OLAA ; 119 al. 4 CPC**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, maçon de profession, a été engagé par l'entreprise D.\_\_\_\_\_ Sàrl en qualité de manœuvre dès le 15 janvier 2012 (selon la déclaration d'accidents du 8 février 2012). A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 28 janvier 2012, l'assuré a été victime d'un accident professionnel en chutant d'une échelle. Le même jour, il s'est rendu à l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : Q.\_\_\_\_\_), où une fracture crânienne occipitale gauche avec contusion fronto-basale bilatérale droite a été diagnostiquée (cf. rapport du 2 février 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin assistant au sein de Q.\_\_\_\_\_). La CNA a pris en charge cet accident.

Un CT-scan cérébral effectué 30 janvier 2012 a révélé ce qui suit, en comparaison d'un tel examen réalisé le 28 janvier 2012 :

« Résultat :

Apparition d'une hypodensité fronto-basale bilatérale à prédominance droite, avec minime composante hémorragique, dans le sens d'une contusion de contrecoup, rétrospectivement non significative le 28. Structures parenchymateuses, systèmes liquidiens par ailleurs sp [sans particularité]. Pas de déplacement secondaire de la fracture occipitale connue. Orbites, structures aériques, cadre osseux par ailleurs sp. Bouchon dans le conduit auditif externe gauche.

Conclusions :

Apparition, par rapport au 28.01, d'une contusion fronto-basale bilatérale à prédominance droite. »

Un CT-scan de la mandibule réalisé le 1<sup>er</sup> février 2012 n'a pas montré de fracture visualisée, ni de luxation des articulations temporo-mandibulaires.

Dans un rapport du 8 mars 2012, les Drs X.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur au sein de Q.\_\_\_\_\_, ont indiqué que l'assuré avait chuté d'une échelle d'environ deux mètres, avec réception occipitale. Il n'avait pas eu de perte de connaissance, de nausées ou de vomissements après la chute. L'intéressé se plaignait uniquement de douleurs importantes et de vertiges.

Dans un rapport du 22 mars 2012 adressé à la CNA, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), a posé les diagnostics de statut post-chute sur un chantier avec fracture crânienne occipitale gauche avec contusion fronto-basale bilatérale à prédominance droite, ainsi que de troubles otoneurologiques avec cophose gauche et vertiges constants augmentés par les changements de position probablement sur atteinte labyrinthique traumatique.

Le rapport du 3 avril 2012 consécutif à l'IRM cérébrale effectuée le même jour en raison de la persistance de céphalées sur le côté gauche, indiquait ce qui suit :

« Résultat :

Pas de mise en évidence de plage d'hémosidérine dans le parenchyme cérébral ni dans les régions juxtaméningées. Notamment, les régions fronto-basales ddc [des deux côtés] ont un aspect normal. Pas de processus expansif anormal ni de prise de contraste pathologique. Pas de zone œdémateuse cérébrale visible. Pas d'hydrocéphalée ni de déviation des structures médianes. Structures méningées, orbites et sphère ORL sans particularité.

Conclusion :

Examen dans les limites de la norme. Pas de lésion hémorragique intracrânienne décelable. Pas d'explication à la symptomatologie cérébrale et ORL du patient. »

L'assuré a séjourné à la K.\_\_\_\_\_ (ci-après : la K.\_\_\_\_\_) du 12 juin au 18 juillet 2012 en vue d'une réadaptation neurologique. Les spécialistes ont relevé que l'assuré se plaignait notamment d'une douleur occipitale gauche qui descendait tout le long de l'hémicorps gauche jusqu'au genou, de fourmillements occasionnels dans certains doigts gauches, de la persistance de vertiges occasionnels, d'une perte de l'audition à gauche et de la perte de l'odorat. Ils ont noté que les vertiges étaient difficilement catégorisables et ont adressé l'intéressé au V.\_\_\_\_\_ (ci-après : V.\_\_\_\_\_) pour un bilan otoneurologique. Les examens réalisés

à la K.\_\_\_\_\_ ont également mis en évidence une fracture post-traumatique du plateau supérieur de D6, alors stable et ne nécessitant pas de traitement particulier. L'assuré présentait en outre un tabagisme actif, une hypercholestérolémie, une gonalgie gauche avec possible syndrome rotulien et une lésion punctiforme centro-pontique évoquant une téléangiectasie capillaire avait été découverte fortuitement (cf. rapport du 30 juillet 2012 des Drs B.\_\_\_\_\_, médecin praticien, W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et E.\_\_\_\_\_, du Service de réadaptation en neurologie de la K.\_\_\_\_\_). L'assuré ressentait également des épisodes de céphalées constrictives, d'intensité et de fréquence variables, mais celles-ci étaient relativement bien soulagées par la prise d'antidouleurs (rapport d'examen neurologique du 30 août 2012 du Dr W.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 21 juin 2012 adressé à la K.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, a notamment conclu à un statut ORL normal, à une cophose gauche et à un déficit vestibulaire gauche difficilement quantifiable du fait de la participation du patient.

Le 13 juillet 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), dans laquelle il a indiqué qu'il travaillait comme maçon pour D.\_\_\_\_\_ Sàrl depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Dans un rapport du 6 septembre 2012, la Dresse J.\_\_\_\_\_ et le Dr Z.\_\_\_\_\_, de l'unité d'otoneurologie du Service ORL du V.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de vertiges d'origine post-traumatique et de cophose gauche. L'assuré présentait de très mauvaises performances d'équilibre, mais les examens complémentaires réalisés ne permettaient pas de conclure à une origine périphérique de ses vertiges.

Dans un rapport du 23 octobre 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« Actuellement, l'examen neuropsychologique du 08.10.2012 démontre une nette aggravation des performances en regard de l'évaluation effectuée en juin 2012. Cette aggravation ne peut être reliée au seul traumatisme crânio-cérébral qu'il a subi en janvier

2012. Par conséquent des facteurs psychologiques et environnementaux ne permettent pas au patient une allocation optimale de ses ressources attentionnelles dans les tâches effectuées étant donné les fortes préoccupations qu'il subit actuellement.

[...]

En ce qui concerne l'incapacité de travail, si nous admettons qu'il n'y a pas de séquelle vestibulaire, nous estimons que le patient est apte à reprendre une activité à plein-temps en admettant toutefois une baisse de rendement compte tenu des troubles attentionnels et exécutifs que nous relevions en juin 2012. Nous soulignons qu'en raison de la persistance d'une anosmie et d'une cophose gauche, le patient devrait certainement éviter les environnements bruyants ou être exposé à des substances toxiques.

Il va de soi que cette appréciation est subjective étant donné que l'examen neuropsychologique de ce jour est perturbé par des facteurs psychologiques et environnementaux qui ne permettent pas d'évaluer précisément les troubles attentionnels qui pourraient avoir une répercussion essentiellement sur le rendement. »

Dans un rapport du 4 février 2013, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics suivants :

- «Obstruction nasale persistante sur déviation de la cloison nasale
- Vertiges d'origine post-traumatique
- Cophose G [gauche]
- Status après fracture occipitale G, contusion fronto-basale bilatérale, avec séquelles neurologiques
- Status après fracture de D6
- Tabagisme
- Hypercholestérolémie
- Etat anxio-dépressif. »

Les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L.\_\_\_\_\_, médecin assistante, de l'unité de psychiatrie ambulatoire du V.\_\_\_\_\_, ont conclu à la présence d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) dans leur rapport du 4 février 2013. Les symptômes dépressifs décrits par l'assuré étaient peu congruents avec l'affect observé qui semblait plus témoigner d'une colère importante que d'une humeur très déprimée. Une symptomatologie psychotique avait été mise en évidence, se manifestant par des hallucinations auditives sous forme de voix et parfois d'illusions visuelles, qui avaient diminué, de même que les idées suicidaires. Un traitement anti-dépresseur et neuroleptique avait été introduit, mais les médecins doutaient de la compliance de l'assuré.

Dans un rapport du 7 mars 2013, le Dr EE.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a qualifié d'atypique le malaise fait par l'assuré le 4 mars 2013, au cours d'une séance de physiothérapie.

Un écho-doppler carotido-vertébral a été effectué le 26 mars 2013 et s'est révélé normal, ne permettant pas d'expliquer ce malaise.

Dans un rapport du 9 avril 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait également d'obstruction nasale chronique à la suite de l'accident. Au status, il a constaté une déviation septale du côté droit avec quasi occlusion de la narine droite avec, en association, un enfoncement de la pyramide nasale latérale droite et une bosse de l'arête nasale. Il a estimé qu'une septo-rhinoplastie était nécessaire.

Par lettre du 7 juin 2013, la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL au Service ORL du V.\_\_\_\_\_, a également relevé la nécessité d'une intervention de septo-rhinoplastie.

Dans une appréciation psychiatrique du 13 novembre 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil de la CNA, a estimé qu'il n'existait qu'un lien de causalité partiel entre l'accident et la symptomatologie psychique présente chez l'assuré :

« Le contexte à l'origine de cet épisode dépressif est à la fois son accident de travail datant de janvier 2012, mais également un contexte psychosocial particulièrement difficile. En effet, d'une part M. T.\_\_\_\_\_ a perdu son logement et se trouve en voie d'expulsion du territoire suisse, ce qui semble être le facteur majeur dans cette situation.

Par ailleurs, dans le descriptif clinique, même si l'état dépressif sévère reste retenu, il est fait état au premier plan [de] la présence d'une colère importante.

Enfin, il est à relever que cet assuré ne s'est pas montré particulièrement compliant face au traitement d'antidépresseur qui lui avait été prescrit.

On peut donc retenir un lien de causalité probable, mais partiel, entre l'accident du 28.01.2012 et les troubles psychiques. »

Le 5 décembre 2013, la CNA a pris connaissance du rapport médical établi le 23 juillet 2013 par le Dr O. \_\_\_\_\_ et la psychologue CC. \_\_\_\_\_ à l'intention de l'OAI. Ceux-ci ont posé les diagnostics de trouble dissociatif (F44.9) et de douleurs chroniques. Le tableau clinique avait varié dans le temps, la symptomatologie psychotique et dépressive semblait s'être améliorée, mais les troubles dissociatifs persistaient.

Dès septembre 2014, le Dr A. \_\_\_\_\_ a mentionné la présence de lombosciatalgies gauches dans ses rapports médicaux intermédiaires.

Dans un rapport médical du 15 décembre 2014, le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et la psychologue CC. \_\_\_\_\_, de l'Unité de psychiatrie ambulatoire du V. \_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique complexe chronique avec atteinte mnésique, attentionnelle, exécutive, perceptive, affective et relationnelle (F62.8).

Le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 30 mars 2015 et retenu les diagnostics de traumatisme crânien, troubles de l'équilibre et gonalgies gauches d'origine imprécise.

A la suite d'un nouveau séjour à la K. \_\_\_\_\_, du 10 au 30 juin 2015, les diagnostics suivants ont été retenus dans le rapport établi le 13 juillet 2015 :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Thérapies physiques et fonctionnelles pour un syndrome post-commotionnel

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- TCC [traumatisme crânio-cérébral] sévère lors d'un accident au travail le 28.01.2012 (chute d'une hauteur de 3 m) avec :
  - Fracture occipitale gauche.
  - Contusion fronto-basale, bilatérale à prédominance droite.
  - Troubles oto-neurologiques avec cophose gauche et vertiges constants, probablement sur atteinte labyrinthique traumatique.
- Etat dépressif, en rémission, sous traitement antidépresseur
- Probable majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques

- Fracture du plateau supérieur de D6
- Discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 avec petite protrusion discale à base étroite postéro-latérale gauche.
- Déviation du septum nasal droit. »

L'avis de sortie du 29 juin 2015 indiquait quant à lui, au niveau psychique, les diagnostics d'épisodes dépressifs avec symptômes psychotiques et d'état de PTSD (trouble de stress post traumatique) chronique. Sur cet avis figuraient en outre les diagnostics de douleurs de l'hémicorps gauche fluctuantes (du rachis cervical jusqu'aux genoux) et de lipome sous-cutané de l'épaule gauche.

La discussion des Drs I. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie, et de la Dresse U. \_\_\_\_\_ était la suivante :

« Il s'agit d'un patient victime d'un accident [...] de travail en 2012 avec un TCC sévère et une contusion cochléo-vestibulaire gauche, dont l'évolution a surtout été marqué[e] par des troubles psychologiques, qui ont rendu l'appréciation médicale difficile.

Il nous est réadressé pour refaire le point de la situation et évaluer sa capacité de travail.

Au cours de ce séjour, nous avons évalué les problèmes suivants:

Tout d'abord nous rappelons que le TCC avait occasionné des contusions frontobasales bilatérales et temporo-polaires G.

Ces lésions se manifestent du point cognitif, comparativement aux deux derniers examens neuropsychologiques de juin et octobre 2012, chez un patient collaborant, ni ralenti, ni fatigable, par des troubles exécutifs (verbalisations, déficit de programmation, de coordination réciproque bimanuelle, d'abstraction et d'inhibition) et attentionnels (ralentissement des temps de réaction, rendement déficitaire aux tâche[s] d'attention sélective).

Par ailleurs, en regard de l'examen d'octobre 2012 et en lien avec l'amélioration de la thymie, nous objectivons une normalisation des performances en mémoire à court terme (verbale et visuo-spatiale) et des praxies idéomotrices ainsi que l'amendement des extinctions non systématiques aux doubles stimulations visuelles et tactiles.

Sur le plan professionnel, ces troubles exécutifs sont de nature à diminuer l'autonomie du patient dans les situations complexes; des tâches simples et routinières sont à privilégier. Les troubles attentionnels sont susceptibles de diminuer le rendement. La fatigabilité et les céphalées sont également des facteurs susceptibles d'interférer avec une activité régulière et efficace sur la durée.

Sur le plan neurologique, on est face à un patient très démonstratif présentant un hémisyndrome gauche surtout sensitif, toutefois sans élément objectif qui pourrait l'expliquer et sans que ces symptômes trouvent leur traduction aux examens radiologiques. En revanche, les contusions du contre-coup frontal prédominant à gauche pourraient expliquer les trouvailles de l'examen neuropsychologique.

Du point de vue psychiatrique, on peut retenir une symptomatologie dépressive relativement marquée en 2012, moindre actuellement. Ce qui se trouve sur le devant de la scène est une symptomatologie qui paraît relativement fixée, assez démonstrative, s'inscrivant aussi dans un contexte psychosocial défavorable, ce qui conduit à une probable majoration. Du point de vue thérapeutique, la prise en charge psychiatrique ou psychothérapeutique d'une telle présentation clinique reste difficile et pas forcément pertinente, accréditant parfois une psychopathologie ici somme toute légère.

Théoriquement, du point de vue psychiatrique, une réinsertion professionnelle serait bénéfique et sans contre-indication.

Quant à l'atteinte labyrinthique, le patient a profité d'une posturographie avec pour but une évaluation des vertiges et instabilité. Pendant l'examen, le patient mentionne une diminution du nombre des vertiges et l'évaluation relève plutôt des troubles fonctionnels liés à l'angoisse et pas de trouble vestibulaire. A la fin de l'évaluation, il montre moins de chutes, moins de vertiges et il se sent plus stable. Il lui a été conseillé de poursuivre des exercices à domicile.

Sur le plan physiothérapeutique, le patient quitte la K. \_\_\_\_\_ avec une évolution favorable des capacités fonctionnelles et des fonctions organiques et aucune proposition de poursuite ambulatoire n'est formulée. Il a été instruit pour des exercices à domicile.

Aux ateliers professionnels, l'évaluation d'un retour à l'activité antérieure n'a pas pu être jugée en raison d'importants troubles comportementaux du patient. Le faible niveau de participation du patient aux différents tests ne permet pas de valider les évaluations faites pendant son séjour aux ateliers. Il ne nous est donc pas possible de nous prononcer à partir de ces résultats pour quantifier une capacité professionnelle.

Du point de vue neuropsychologique, les troubles cognitifs et attentionnels constatés sont de nature à diminuer l'autonomie du patient dans les situations complexes. Des tâches simples et routinières sont à privilégier. Dans ce cadre, on conclut que le patient pourrait reprendre le travail pour autant qu'il s'agisse d'un travail simple et routini[e]r. Néanmoins, un travail en hauteur reste une contre-indication étant donné les vertiges et troubles d'instabilité chez ce patient. Du point de vue psychiatrique, une réinsertion professionnelle serait bénéfique et sans contre-indication.

Sur le plan internistique, le patient a mentionné un épisode de malaise qui s'est déroulé le samedi 28.06. alors qu'il était en congé. Etant avec ses amis, il a présenté une perte de connaissance avec une transpiration sans perte d'urine ou de selles, sans morsure de la

langue, sans spasme ou mouvements involontaires mentionnés par les amis. Le patient a repris connaissance quelques secondes après, alors qu'il était allongé. Pour cet épisode, il n'a pas consulté de médecin. Dès son retour à la K. \_\_\_\_\_ le lundi, l'examen physique n'a pas relevé de signe pathologique. Dans ce cadre, des examens supplémentaires n'ont pas été demandés. On laisse le soin au médecin-traitant de demander les examens nécessaires lors d'un éventuel nouvel épisode.

#### **INCAPACITE DE TRAVAIL**

Le patient est capable de travailler à 100 % dans une activité simple et routinière sans hauteur. »

Dans une appréciation du 31 juillet 2015, le Dr DD. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que la situation post-accidentelle était stabilisée, même si les séquelles de l'accident présentées pouvaient justifier d'un suivi médical espacé et de traitements symptomatiques à long terme. Le Dr DD. \_\_\_\_\_ a repris les conclusions de la K. \_\_\_\_\_ relatives à la capacité de travail de l'assuré et a considéré que les séquelles du TCC ressortant de l'évaluation neurologique, neuropsychologique et labyrinthique effectuée à la K. \_\_\_\_\_ correspondaient à une atteinte cérébrale organique de gravité modérée à moyenne ouvrant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 35 %.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 9 février 2016 que l'assuré n'a pas droit à des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 10 février 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières au 30 avril 2016, mais qu'elle continuerait à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires et les traitements symptomatiques.

Le 19 février 2016, l'assuré s'est opposé à la fin du versement des indemnités journalières, par l'intermédiaire de son mandataire. Il a fait valoir que son état de santé n'était pas encore stabilisé puisqu'il avait présenté des nouveaux épisodes d'évanouissement. Il a produit le résultat d'une IRM cérébrale du 13 novembre 2015, qui était superposable à celle de mars 2013, et notait par ailleurs la présence d'un anévrisme de 3 mm

de diamètre au niveau de la bifurcation entre l'artère cérébrale moyenne et l'artère cérébrale antérieure gauche.

Dans ses rapports des 1<sup>er</sup> et 16 mars 2016, rédigés en allemand, la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL au sein de la CNA, a considéré que la déviation septale et la déformation du nez ne se trouvaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 28 janvier 2012, de sorte que les coûts de la septo-rhinoplastie n'avaient pas à être pris en charge. Elle a en revanche estimé qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % pouvait être octroyée au niveau ORL lors de persistance de la perte d'odorat durant deux ans après l'accident.

Par lettre du 7 mars 2016, l'assuré, par son conseil, a maintenu sa demande de prise en charge de l'opération précitée et produit notamment un rapport établi le 10 février 2016 par le Dr G.\_\_\_\_\_ à ce sujet.

Par décision du 1<sup>er</sup> avril 2016, confirmée par décision sur opposition du 26 août 2016, la CNA a refusé la prise en charge d'une septo-rhinoplastie à visée fonctionnelle, en raison du défaut d'un lien de causalité certain, ou du moins probable, entre l'événement du 28 janvier 2012 et les troubles d'obstruction nasale. Le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour de céans le 28 septembre 2016 a été rejeté par arrêt du 23 mai 2017 (AA 114/16 - 52/2017).

Par écrit du 15 juin 2016, l'assuré a produit deux rapports de consultation en lien avec deux épisodes d'évanouissement et estimé que des investigations complémentaires étaient nécessaires. Les médecins ont à chaque fois conclu à un malaise vagal, suivi par une perte de contact d'origine psychogène pour le deuxième malaise, lequel a provoqué une amnésie circonstancielle d'environ deux heures.

Dans une appréciation du 26 juillet 2016 rédigée en allemand, le Dr AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement à la CNA, a indiqué qu'il y avait lieu d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 45 %, découlant d'une addition pondérée des taux retenus dans les appréciations des 6 août 2015 et 16 mars 2016.

Par décision du 16 septembre 2016, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 11 %, sur la base d'un gain assuré de 32'821 fr. et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45 %. Elle a retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité professionnelle simple et routinière n'exigeant pas de travail en hauteur, dans différents secteurs de l'industrie, qui lui permettrait de réaliser un revenu de 4'853 fr. par mois, calculé sur la base des descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT). Comparé au gain de 5'430 fr. par mois qu'il réaliserait sans l'accident, fixé selon les données salariales transmises par cinq entreprises, il en résultait une perte de 10,62 %. La CNA a précisé qu'il n'existait aucun droit à des prestations en raison des troubles psychogènes, ceux-ci n'étant pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

L'assuré a formé opposition contre cette décision en date du 20 octobre 2016. Il a invoqué que ses évanouissements trouvaient leur origine dans l'accident du 28 janvier 2012 et limitaient sa capacité de travail à 50 %, et que la jurisprudence indiquait de retenir la moyenne des salaires minimaux des DPT, soit un salaire mensuel de 4'522 fr. 85 en l'occurrence. Il considérait en outre que son gain assuré devait être calculé sur la base du salaire qu'il touchait auprès de D.\_\_\_\_\_, Sàrl, à savoir un salaire horaire de 31 fr. 15, soit 66'360 fr. annuels.

Il a produit un rapport médical rédigé par le Dr G.\_\_\_\_\_ le 14 octobre 2016 en ces termes :

« En ce qui concerne une reprise du travail avec une activité simple et routinière, il faut noter cette perte auditive totale du côté gauche avec troubles vertigineux conséquents et chronicisés malgré les traitements proposés. Pour ceci, chez un patient travaillant comme

maçon sur chantier, l'activité professionnelle risque bien d'être compromise (risque de chute sur déficit cochléo vestibulaire gauche après fracture du crâne). Pour l'instant, la reprise professionnelle n'est donc pas possible. En ce qui concerne la question des évanouissements, ils dépendent directement du status post fracture du crâne avec cophose et déficit vestibulaire. C'est précisément ces événements là et l'instabilité posturale chronique qui interfèrent avec la reprise du travail.

Je n'ai pas d'autres commentaires à effectuer actuellement puisque je n'ai pas revu le patient depuis relativement longtemps mais les problèmes susmentionnés sont à considérer comme des problèmes chroniques voir[e] des séquelles définitives pour lesquelles il n'y a pas grand-chose de plus à proposer. »

L'assuré a également joint à son opposition un rapport médical établi le 14 octobre 2016 par le Dr A.\_\_\_\_\_, qui faisait part des éléments suivants :

« - La capacité de travail de Monsieur T.\_\_\_\_\_ dans une activité simple et routinière est difficile à apprécier, car elle devrait faire l'objet de stages préalables avec évaluation subséquente. Cependant, le rendement sera certainement inférieur à celui attendu, notamment dans l'économie libre. Globalement, le taux d'occupation pourrait être de 50 %.

- Les évanouissements ou syncopes ont une incidence sur la capacité à travailler, essentiellement sur le plan qualitatif. Ce problème doit orienter vers des activités à environnement protégé en raison des chutes possibles, notamment pour ce qui est de l'utilisation d'outils potentiellement dangereux.

- La situation médicale de Monsieur T.\_\_\_\_\_ se caractérise par une multiplicité de diagnostics dont la répercussion sur la capacité de travail est difficile à globaliser. Certains aspects ne sont encore pas stabilisés, notamment sur le plan ORL où une septorhinoplastie doit encore être pratiquée prochainement.

- Actuellement, les éléments de santé les plus problématiques concernent le syndrome vertigineux persistant et l'état anxio-dépressif, dans un contexte d'état de stress post-traumatique (guerre de Yougoslavie). »

La CNA a soumis le cas de l'assuré au Dr BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour appréciation. Celui-ci s'est prononcé notamment comme suit, en date du 21 avril 2017 :

« Troubles neuropsychologiques, notamment au niveau cognitif et attentionnel

M. T.\_\_\_\_\_ a subi une lésion cérébrale bifrontale et temporale gauche dont l'origine post-traumatique est, au vu de la réception occipitale lors de la chute et de l'imagerie précoce, établie au degré

de la vraisemblance prépondérante. Un examen neuropsychologique, effectué à la K. \_\_\_\_\_ environ six mois après l'événement accidentel, met en évidence, sur le plan cognitif, un ralentissement, une fatigabilité accrue, des troubles exécutifs, et un trouble du déchiffrement d'oreille. Ces troubles ne sont pas, pourtant, jugés assez sévères pour justifier un suivi neuropsychologique en ambulatoire, la prise en charge à la clinique se bornant à rassurer M. T. \_\_\_\_\_ quant à ses compétences cognitives. Un deuxième bilan neuropsychologique de l'assuré est fait en octobre 2012, démontrant une nette aggravation des performances en regard de l'évaluation effectuée en juin 2012. En l'espèce, en l'absence de complications du traumatisme cranio-cérébral subi, cette aggravation ne peut s'expliquer d'un point de vue organique comme cela a déjà été constaté par le Dr W. \_\_\_\_\_. Nous pouvons donc, en nous basant sur les résultats du premier examen neuropsychologique, retenir un trouble neuropsychologique tout au plus modéré, tout en rappelant qu'à six mois de l'accident, la situation médicale n'était pas encore stabilisée.

#### Anosmie (perte de l'odorat) et hypoguesie (diminution du goût)

En raison de leur position frontobasale, les filets du nerf olfactif sont particulièrement susceptibles d'être lésés lors des traumatismes frontaux. Il s'agit d'une complication fréquente et typique de ce genre de traumatisme cranio-cérébral. Au vu de l'importance de l'odorat pour la reconnaissance des arômes alimentaires, les personnes concernées par une anosmie se plaignent souvent d'une diminution du goût. Or, une hypoguesie vraie ne peut être la conséquence de la lésion cérébrale frontale subie par M. T. \_\_\_\_\_. Il est remarquable que les troubles olfactifs et gustatifs invoqués par l'assuré n'aient pas été confirmés par les spécialistes en oto-rhino-laryngologie, et d'ailleurs pas par les médecins de la K. \_\_\_\_\_ à l'occasion du deuxième séjour de M. T. \_\_\_\_\_ à la clinique. Nous ne pouvons pas, par conséquent, être sûrs d'une amélioration sur le plan clinique ou d'une omission de la part des médecins. Notons, entre parenthèses, qu'il n'existe pas de méthode objective fiable pour détecter un trouble olfactif ou gustatif, les tests à disposition présupposant un patient actif et coopératif.

#### Vertiges

Trouble très fréquent dans les suites immédiates des traumatismes crâniens, il est présent dans le cas en l'espèce. Or, l'évaluation clinique du trouble a été difficile tant au début que durant l'évolution. Le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a pu, lors du séjour de M. T. \_\_\_\_\_ à l'hôpital Q. \_\_\_\_\_ et à distance de trois semaines, objectiver un nystagmus évocateur d'une lésion labyrinthique. Le même est vrai pour le Dr C. \_\_\_\_\_ à [...], qui constate « un déficit vestibulaire gauche difficilement qualifiable du fait de la participation de l'assuré ». Par contre, les tests paracliniques effectués au service d'ORL du V. \_\_\_\_\_ en août 2012, notamment les potentiels évoqués otolithiques et la vidéo nystagmographie, ne mettent pas en évidence un dysfonctionnement sacculaire ou une atteinte vestibulaire périphérique ou centrale. Il faut rappeler ici qu'une lésion traumatique directe du rocher, siège du labyrinthe et de l'oreille interne, n'a pas été corroborée par l'imagerie à disposition. Même en faisant abstraction du comportement souvent démonstratif et incohérent de l'assuré en ce qui concerne son trouble de l'équilibre, force est de constater qu'une atteinte traumatique du

système vestibulaire n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

#### Cophose (surdité)   gauche

En tant que neurologue je vais me limiter à constater qu'il y a une discordance entre la surdité totale gauche décrite aux audiogrammes et les latences absolues et intermédiaires conservées ddc aux PEA (potentiels évoqués auditifs) retrouvées par le Dr C.\_\_\_\_\_. Contrairement à l'audiogramme, l'enregistrement des PEA ne requiert pas la participation du patient, permettant ainsi d'évaluer l'intégrité des voies auditives chez les nouveau-nés ou les personnes comateuses, par exemple. Il est certainement surprenant, de trouver des PEA normaux ddc chez un patient avec une surdité totale unilatérale. Autres tests objectifs de la fonction du système acoustique, le tympanogramme et le réflexe stapédien n'ont pas pu être exécutés en raison de la mauvaise collaboration de l'assuré.

#### Troubles sensitivo-moteurs

Il y a deux raisons qui permettent de douter de l'organicité des troubles sensitivo-moteurs présentés par l'assuré. Premièrement, c'est la manifestation clinique avec une présentation variable, souvent démonstrative des troubles. La manifestation parfois bilatérale mais prépondérante à gauche n'est pas systématique et n'est pas accompagnée d'anomalies au niveau des réflexes ou du tonus musculaire p.ex., comme cela serait le cas dans les atteintes des voies longues (cerveau-moelle épinière). Deuxièmement, et plus important encore, il n'y a pas de substrat organique susceptible de causer un trouble sensitivo-moteur de l'hémicorps gauche. Les lésions fronto-temporales démontrées chez M. T.\_\_\_\_\_ ne font partie ni du système de la motricité ni de la sensibilité.

Ev nements paroxystiques ( vanouissements/pertes de connaissance, malaises de type vagal, épisodes de manifestations de crises tonico-cloniques)

Un premier épisode document  se manifeste le 04.03.2013 lors d'une séance de physiothérapie quand M. T.\_\_\_\_\_ éprouve une sensation de chaleur et/ou brûlure cervicale gauche irradiant par la suite vers l'hémicorps gauche. Une perte de connaissance n'est pas signalée mais une amnésie circonstancielle et une hémiparésie gauche déjà régressive à l'entrée à l'hôpital Q.\_\_\_\_\_. L'IRM cérébrale s'avère normale, l'examen clinique est particulier avec plusieurs éléments en faveur d'une non-organicité des constatations (chute alternante du bras droit et gauche, avec correction de l'assuré, pas de chute du MSG [membre supérieur gauche] en arrière au-delà des 90 , l chage brusque de la résistance à l'examen spécifique des forces articulaires (poignet, coude,..), paresthésies diffuses, ROT [réflexes ostéo-tendineux] hypovifs et symétriques, RCP [réflexe cutané plantaire] en flexion ddc). Le Dr EE.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie   [...], qualifie ce malaise d'« atypique », sous-entendant non épileptique.

Le 19.04.2016, sans signe de traumatisme préalable, M. T.\_\_\_\_\_ est retrouvé dans un escalier à [...], établissement [...] destiné à l'exécution des peines privatives de liberté et des mesures prononcées en vertu du code pénal. Dans le contexte d'un traumatisme cranio-cérébral, il importe d'évaluer s'il s'agit d'une

crise épileptique comme manifestation d'une éventuelle épilepsie post-traumatique. En l'espèce, M. T. \_\_\_\_\_, le 19.04.2016, ne s'est pas senti bien pendant des heures, finalement souffrant de vertiges accompagnés de sueurs et de nausées. L'examen clinique n'est pas conclusif mais parle en défaveur d'une crise tonico-clonique.

Toujours pendant son séjour en prison, M. T. \_\_\_\_\_ présente un autre épisode en date du 01.06.2016. Suite à l'extraction d'une molaire, l'assuré souffre d'un malaise avec perte de contact d'environ deux heures sans cyanose, sans perte d'urines, sans pâleur et avec des mouvements anormaux par intermittence d'une durée de quelques minutes sous forme de tremblements. La sémiologie décrite et la durée de la crise parlent en défaveur d'un événement comitial organique. Il en est de même de l'examen clinique effectué à [...] : « Au testing musculaire, la force est qualifiée à M4 au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs. Epreuves des bras tendus avec chute et compensation à plusieurs reprises sans que les bras touchent le matelas. Epreuves des jambes tendues avec chute d'environ 3 secondes des deux côtés. Sensibilité diminuée au niveau de la joue gauche à l'endroit de l'anesthésie locale, et au niveau du pied gauche ». Les signes présentés en post-ictal par l'assuré ne s'expliquent pas par une lésion cérébrale organique, notamment pas au niveau des lobes frontaux.

En résumé, la présentation des trois malaises susmentionnés est variable, sans signes clairs en faveur d'une épilepsie post-traumatique, chacun avec des caractéristiques de non-organicité. »

Le Dr BB. \_\_\_\_\_ en a conclu que les troubles cognitifs au niveau exécutif et attentionnel, ainsi qu'éventuellement l'anosmie, étaient fondés sur des atteintes structurelles organiques diagnostiquées, alors que ce n'était pas le cas des vertiges, de la cophose à gauche, des troubles sensitivo-moteurs ainsi que des évanouissements ou malaises. Un lien de causalité entre les malaises et l'accident n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Il était en outre évident que la situation sociale et légale, c'est-à-dire carcérale de l'assuré jouait un rôle important. L'évaluation de la gravité des troubles neuropsychologiques n'était guère possible au vu de la comorbidité psychiatrique.

A la demande de la CNA, l'assuré a communiqué, par courrier du 12 juin 2017, qu'il se trouvait sans titre de séjour au moment de son accident, que son précédent emploi avait pris fin le 31 août 2011 et que son activité auprès de D. \_\_\_\_\_ Sàrl n'avait semble-t-il pas été déclarée à l'AVS. Il a relevé que le Dr BB. \_\_\_\_\_ n'excluait pas que les épisodes d'évanouissement puissent être liés à l'accident.

Par décision sur opposition du 16 juin 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 16 septembre 2016. Reconnaisant une pleine valeur probante à l'avis du Dr BB.\_\_\_\_\_, elle a retenu que seuls les troubles cognitifs au niveau exécutif et attentionnel reposaient au degré de la vraisemblance prépondérante sur un substrat organique en relation de causalité naturelle avec la lésion traumatique cérébrale, à l'inverse des vertiges, de la cophose à gauche, des troubles sensitivomoteurs et des évanouissements ou malaises. Qualifiant l'accident de gravité moyenne, la CNA a examiné la causalité adéquate au moyen des critères de la pratique pour les troubles psychiques, étant donné le caractère distinct et indépendant de l'affection psychique et l'existence de séquelles physiques de l'accident, et a nié la présence d'un tel lien de causalité. La CNA s'est prononcée comme suit sur la capacité de travail à retenir :

« Il ressort de l'appréciation médicale du Dr DD.\_\_\_\_\_ (FMH chirurgie orthopédique), médecin d'arrondissement auprès de la Suva Fribourg, du 3 août 2015, que l'assuré pourrait mettre en valeur une capacité de travail de 100% dans une activité simple et routinière n'exigeant pas de travail en hauteur. Certes, le Dr A.\_\_\_\_\_ (FMH médecine générale), à [...], retient le 14 octobre 2016 à l'appui de l'opposition un taux d'activité de 50%. Cela dit, il tient compte notamment des évanouissements, du syndrome vertigineux persistant et des troubles psychiques, qui n'incombent pas à la Suva, comme cela a encore été démontré plus haut, ce qui ne laisse en aucune manière planer un doute sur les conclusions du Dr DD.\_\_\_\_\_, qui apparaissent tenir fort équitablement compte des suites naturelles et adéquates de l'accident assuré. En effet, notamment, le 15 décembre 2014, le Dr Y.\_\_\_\_\_, Chef de clinique adjoint, et Mme CC.\_\_\_\_\_, psychologue assistante, unité de psychiatrie ambulatoire, V.\_\_\_\_\_, ont relié l'atteinte mnésique, attentionnelle, exécutive, perceptive, affective et relationnelle au diagnostic d'état de stress post-traumatique (F62.8) complexe chronique. D'autre part, le Dr BB.\_\_\_\_\_, en conclusion de son appréciation, a notamment considéré qu'une partie des troubles neuropsychologiques retenus trouvait une explication dans le substrat organique accidentel. »

La CNA a confirmé les revenus avec et sans invalidité retenus et, s'agissant du gain assuré, elle a précisé que celui-ci correspondait au salaire touché du 28 janvier 2011 au 31 août 2011 auprès de l'entreprise R.\_\_\_\_\_ SA, soit 32'648 fr. et non 32'821 fr. comme précédemment calculé par erreur. Elle a relevé que la date du début des rapports de travail avec D.\_\_\_\_\_ Sàrl n'avait pas été établie, pas plus que le

montant du salaire effectivement perçu. Selon l'extrait de son compte individuel AVS, l'assuré avait travaillé en moyenne huit mois par année, sans autorisation de travail, et réalisé un revenu annuel moyen de 32'961 fr. de 1996 à 2011. Elle a ainsi estimé que le gain annuel de 32'821 fr. retenu tenait correctement compte des circonstances du cas d'espèce.

L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 30 septembre 2015.

**B.** Par l'intermédiaire de son mandataire, T. \_\_\_\_\_ a recouru le 18 août 2017 contre la décision sur opposition de la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité dont le montant mensuel n'est pas inférieur à 3'042 fr. 55 lui est octroyée à compter du 1<sup>er</sup> mai 2016, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour qu'elle reprenne l'instruction et rende ensuite une nouvelle décision. Il a invoqué que les troubles otoneurologiques présentaient un substrat organique puisque plusieurs médecins les avaient rattachés à une atteinte labyrinthique, si bien qu'ils étaient en lien de causalité adéquate avec l'accident du 28 janvier 2012. S'agissant de l'examen de la causalité adéquate pour les autres atteintes, le recourant estimait qu'il n'y avait pas lieu de distinguer entre les éléments physiques et psychiques dans la mesure où les troubles psychiques ne constituaient pas une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme cranio-cérébral. Il a fait valoir que son accident avait été particulièrement impressionnant, qu'il souffrait toujours de douleurs physiques persistantes et que son incapacité de travail dans son ancienne activité était toujours totale. Il a également relevé que son état avait subi une nette aggravation, mise en évidence par les médecins de la K. \_\_\_\_\_, qui devait être prise en considération même si elle ne présentait qu'un lien de causalité partiel avec l'accident. Enfin, les vertiges et évanouissements dont il souffrait étaient particulièrement invalidants, de sorte qu'il réalisait cinq critères jurisprudentiels et que le lien de causalité adéquate entre ses troubles et son accident devait être admis. Sa capacité de travail était dès lors de 50 % comme retenu par le Dr

A.\_\_\_\_\_ en prenant en considération l'ensemble de sa situation médicale. Il a soutenu que son gain assuré devait être calculé sur la base de sa nouvelle relation contractuelle puisqu'il avait été engagé pour une durée indéterminée par D.\_\_\_\_\_ Sàrl au moment de l'accident. Son salaire ressortait clairement de la déclaration d'accident du 8 février 2012 que cette société avait transmise à la CNA et avait servi à calculer les indemnités journalières versées, de sorte que l'intimée ne pouvait prétendre qu'il ne lui était pas possible de déterminer le salaire assuré sans violer le principe de la bonne foi. Il convenait donc d'annualiser le salaire perçu par le recourant pour son activité auprès de D.\_\_\_\_\_ Sàrl, étant précisé qu'il avait obtenu une autorisation de séjour, de sorte que son gain assuré était de 66'360 fr. 70.

Dans sa réponse du 27 novembre 2017, la CNA a maintenu sa position, estimant qu'il n'avait pas été établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles autres que cognitifs reposaient sur un substrat organique.

Par réplique du 9 mars 2018, le recourant a fait valoir qu'il avait chuté d'une hauteur de deux à trois mètres et qu'il avait perdu connaissance par la suite, ce que confirmaient par écrit deux témoins, de sorte que son accident avait eu un caractère particulièrement dramatique. Il suggérait d'interpeler le Dr A.\_\_\_\_\_ qui était selon lui le plus à même d'estimer la gravité, l'impact et les conséquences médicales à long terme de l'accident. Il a souligné que l'atteinte labyrinthique n'avait pas été constatée uniquement par son médecin de famille, mais au total par huit médecins spécialistes qui l'avaient examiné, au contraire du Dr BB.\_\_\_\_\_ qui, par ailleurs, ne se prononçait pas sur les constatations des autres médecins. Il a précisé que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne l'avait pas pris en charge de manière particulièrement suivie de sorte qu'il ne pouvait être assimilé à un médecin de famille et rien ne permettait de remettre en cause l'objectivité de son appréciation. Enfin, il a invoqué qu'il ne devait pas être pénalisé en lien avec son gain assuré du seul fait que son employeur avait manqué à ses obligations légales.

Dans sa duplique du 13 juillet 2018, la CNA a estimé qu'il importait peu que la chute ait été de deux ou trois mètres et relevé qu'aucune perte de connaissance n'était relatée dans les premiers documents médicaux et que c'est sur la base des dires du recourant que les médecins de la K.\_\_\_\_\_ en avait mentionné une. La CNA considérait que les témoignages produits, dont elle remettait en cause la vraisemblance, ne changeaient rien de toute manière à la réalité médicale.

Le recourant s'est déterminé une nouvelle fois le 28 août 2018.

Par écrit du 4 décembre 2018, le recourant a requis l'octroi de l'assistance judiciaire avec effet rétroactif au 12 novembre 2015.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le montant de la rente d'invalidité à laquelle le recourant a droit, plus particulièrement sur son taux d'invalidité et le montant de son gain assuré. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée au recourant n'est en revanche pas litigieuse.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Le point de 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

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 »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_464/2014 du

17 juillet 2015 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crano-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb et les références).

En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 134 V 109).

Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

**d)** Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité prend naissance dès qu'il

n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 3).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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).

**4. a)** A titre préliminaire, il faut constater que la situation médicale du recourant apparaît stabilisée au vu des documents médicaux au dossier. Le recourant ne le conteste d'ailleurs plus dans son recours. Il n'a en outre pas été mis au bénéfice de mesures de réadaptation par l'OAI. Il convient par conséquent d'examiner son droit à la rente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2016. A cette fin, il y a lieu de déterminer quels sont les troubles qui sont en rapport de causalité naturelle et adéquate avec son accident du 28 janvier 2012 et quelle est leur influence sur sa capacité de travail.

A cet égard, la CNA admet que les troubles cognitifs présentés par le recourant au niveau exécutif et attentionnel reposent sur un substrat organique en relation de causalité naturelle avec la lésion traumatique cérébrale bifrontale et temporale gauche subie lors de l'accident. L'intimée estime en revanche que les vertiges, la cophose à gauche, les troubles sensitivomoteurs et les évanouissements ou malaises ne sont pas fondés sur un déficit organique objectivable et exclut que ces atteintes soient, de même que les troubles psychiques, en relation de causalité adéquate avec l'accident subi.

**b)** Le recourant soutient que ses troubles otoneurologiques présentent un substrat organique puisque plusieurs médecins les ont rattachés à une atteinte labyrinthique. Il ressort en effet de différents rapports médicaux qu'une telle atteinte a été envisagée à plusieurs reprises, sans pour autant qu'elle puisse être confirmée. Dans son rapport médical du 22 mars 2012, le Dr G.\_\_\_\_\_ parle de troubles otoneurologiques « probablement sur atteinte labyrinthique traumatique », tout en précisant qu'il était alors quasiment impossible de procéder au status otoneurologique. L'IRM cérébrale réalisée le 3 avril 2012 n'a pas permis d'apporter d'explication aux troubles ORL du recourant. Les Drs B.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ de la K.\_\_\_\_\_ ont évoqué une atteinte labyrinthique dans leur rapport du 30 juillet 2012, tout en précisant que les vertiges étaient difficilement catégorisables et en

adressant le recourant pour un bilan otoneurologique au V.\_\_\_\_\_. A l'issue des examens complémentaires réalisés, les Drs J.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont constaté, dans leur rapport du 6 septembre 2012, que rien ne permettait de conclure à une origine périphérique des vertiges. A réception de ces résultats d'examen, le Dr W.\_\_\_\_\_ a confirmé, dans son rapport du 23 octobre 2012, que le bilan otoneurologique pratiqué s'était révélé normal, sans aucune atteinte séquellaire du point de vue vestibulaire. A l'issue du second séjour du recourant à la K.\_\_\_\_\_, les Drs I.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ retiennent certes, dans le cadre des diagnostics, une probable atteinte labyrinthique traumatique. Cependant, dans leur appréciation, ils exposent que la posturographie dont a profité le recourant durant son séjour, avec pour but une évaluation des vertiges et de l'instabilité, avait plutôt relevé des troubles fonctionnels liés à l'angoisse et non des troubles vestibulaires. Au final, force est de constater qu'aucun des examens auxquels les médecins ont procédé ni aucune des imageries réalisées n'ont permis de mettre en évidence une atteinte labyrinthique.

**c)** Si aucune cause organique n'a pu être démontrée, la plupart des médecins rattachent néanmoins les troubles otoneurologiques au traumatisme cranio-cérébral (cf. rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2012, rapport de la K.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2012 p. 4, rapport des Drs J.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2012, rapports du Dr A.\_\_\_\_\_ des 4 février et 6 mai 2013, prise de position du Dr BB.\_\_\_\_\_), de même que les maux de tête dont le recourant s'est régulièrement plaint (rapport d'examen neurologique du Dr W.\_\_\_\_\_ du 30 août 2012 et rapport de la consultation de l'appareil locomoteur à la K.\_\_\_\_\_ du 15 juillet 2015). Il semble en aller différemment des troubles sensitivo-moteurs, qui non seulement peinent à s'expliquer au vu des zones touchées dans le cadre du traumatisme subi, mais présentent de surcroît des critères de non-organicité (cf. prise de position du Dr BB.\_\_\_\_\_ du 21 avril 2017), étant rappelé que les médecins de la K.\_\_\_\_\_ ont également relevé que le recourant s'était montré très démonstratif et ont évoqué une probable majoration des symptômes liée au contexte psychosocial défavorable (rapport du 13 juillet 2015). En ce qui concerne les événements

paroxystiques, à savoir les malaises et évanouissements, aucune cause organique n'a également pu être décelée. Le Dr G. \_\_\_\_\_ admet qu'ils sont rattachés au tableau clinique du traumatisme crânio-cérébral (rapport du 14 octobre 2016) alors que le Dr BB. \_\_\_\_\_ l'exclut sur la base des incohérences qu'il détaille dans son appréciation du 21 avril 2017.

Le recourant présente également des troubles psychiques. Il a tout d'abord souffert d'un épisode dépressif, qui s'est manifesté de manière sévère avec des symptômes psychotiques au moment du rapport médical établi le 4 février 2013 par les Drs S. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_. Sur le vu de ce rapport, le Dr P. \_\_\_\_\_ a cependant constaté que ce trouble n'était qu'en partie en relation de causalité avec l'accident subi, et était également influencé par le contexte psychosocial du recourant (appréciation du 13 novembre 2013). La symptomatologie psychotique et dépressive semblait déjà s'être améliorée en juillet 2013 (cf. rapport médical du Dr O. \_\_\_\_\_ et de la psychologue CC. \_\_\_\_\_) et l'épisode dépressif était en rémission lors du deuxième séjour du recourant à la K. \_\_\_\_\_ (rapport du 13 juillet 2015). Les psychiatres traitants ont en outre posé les diagnostics de troubles dissociatifs (rapport du 23 juillet 2013 du Dr O. \_\_\_\_\_) et d'état de stress post-traumatique complexe chronique avec atteinte mnésique, attentionnelle, exécutive, perceptive, affective et relationnelle (rapport du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 15 décembre 2014). Dans le rapport de sortie de la K. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2015 figure également le diagnostic d'état de PTSD (trouble de stress post traumatique) chronique, lequel n'a finalement pas été repris dans le rapport du 13 juillet 2015 qui conclut à une probable majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques. Quoi qu'il en soit, le trouble de stress post traumatique n'est, selon les médecins, pas lié à l'accident du 28 janvier 2012, mais au vécu du recourant, notamment en lien avec la guerre d'Ex-Yougoslavie (cf. rapport du consilium psychiatrique à la K. \_\_\_\_\_ du 6 juillet 2015 et rapport médical du Dr A. \_\_\_\_\_ du 14 octobre 2016).

Au vu de ce qui précède, il faut constater que le recourant présente, outre des symptômes typiques des suites d'un traumatisme crânio-cérébral, des troubles psychiques distincts - puisqu'ils n'y sont

qu'en partie liés – de sorte qu'il y a lieu de se fonder, pour l'examen de la causalité adéquate, sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident.

**d)** En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave ; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb ; TF 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.2 et références citées).

**e)** En l'occurrence, l'accident du 28 janvier 2012 correspond, comme l'a retenu la CNA, à un accident de gravité moyenne. Cette appréciation n'est d'ailleurs pas contestée par le recourant.

S'agissant du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, le recourant s'est efforcé dans ses écritures, notamment au moyen de témoignages écrits, d'établir qu'il avait subi une perte de connaissance. Il faut à cet égard relever que le rapport d'hospitalisation du 8 mars 2012 indique précisément qu'il n'y avait pas eu de perte de connaissance après la chute. Certes, le rapport de la K. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2012 fait état d'une perte de connaissance, mais sur la base des dires du recourant. Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où le recourant aurait effectivement perdu connaissance après être tombé, cet élément ne suffit dans tous les cas pas à conclure au caractère

particulièrement impressionnant de l'accident (cf. TF 8C\_383/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 7.2.2). De même, que sa chute ait été d'une hauteur de trois mètres plutôt que de deux mètres ne permet pas non plus d'admettre ce critère en l'espèce, au vu de la casuistique développée par le Tribunal fédéral (cf. TF 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.4).

La CNA admet que le critère de la gravité de l'atteinte est réalisé, mais pas de façon particulièrement marquante. On ne voit pas de motif de s'écarter de ce point de vue, que le recourant ne critique pas dans son recours.

Le traitement médical n'a pas duré anormalement longtemps en l'occurrence et aucune erreur médicale n'est à déplorer.

Quant au critère des douleurs persistantes, il faut, selon la jurisprudence, que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C\_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). En l'occurrence, le recourant fait valoir qu'il souffre de douleurs physiques persistantes étant donné les douleurs très intenses qu'il présentait au moindre contact de la région péri-auriculaire du côté gauche et des réactions douloureuses provoquées par de simples effleurements de l'axe rachidien. Cependant, il faut relever, d'une part, que le recourant s'est montré très démonstratif en lien avec cet hémisyndrome gauche et qu'il existe une probable majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (rapport de la K.\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2015). De même, le Dr BB.\_\_\_\_\_ a indiqué les raisons qui le faisaient douter de l'organicité de ces troubles. D'autre part, il ressort du rapport de la K.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2012 que ces douleurs n'étaient pas constantes, ni liées à des efforts physiques, ce qui ne permet pas de conclure qu'elles auraient entravé le recourant de manière excessive dans sa vie quotidienne.

Le recourant fait valoir que son état de santé s'est aggravé, en particulier au niveau des troubles cognitifs. Il faut toutefois souligner que l'aggravation relevée par le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 octobre 2012 n'était pas reliée au seul traumatisme cranio-cérébral, mais était essentiellement due à des facteurs psychologiques et environnementaux. Cette aggravation ne saurait par conséquent être considérée comme une difficulté apparue au cours de la guérison, n'étant pas liée à l'accident.

L'intimée a laissé ouverte la question du degré et de la durée de l'incapacité de travail, puisque même en admettant la réalisation de ce deuxième critère, cela ne suffirait pas à admettre le lien de causalité adéquate. Elle a par ailleurs précisé que ce critère ne pouvait pas non plus, à lui seul, emporter l'admission du lien de causalité adéquate dans la mesure où l'incapacité de travail avait été influencée par les troubles psychiques proprement dits, révélés en août 2012 déjà, ainsi que par des circonstances non médicales intervenues relativement tôt. Son raisonnement ne prête pas flanc à la critique.

En définitive, tout au plus deux critères peuvent en l'occurrence être considérés comme réalisés, sans l'être de manière particulièrement marquée, ce qui va à l'encontre d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 28 janvier 2012 et les troubles présentés.

**f)** Cela étant, seuls les troubles cognitifs - dans la mesure où ils ne sont pas influencés par des facteurs psychosociaux - doivent être pris en considération en l'occurrence, faute pour les autres atteintes d'être en relation de causalité adéquate, voire également naturelle, avec l'accident du 28 janvier 2012.

La CNA retient que le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité simple et routinière n'exigeant pas de travail en hauteur, sur la base de l'avis médical du Dr DD. \_\_\_\_\_, qui a lui-même repris l'appréciation des médecins de la K. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 13 juillet 2015. Comme l'intimée le retient, dans son rapport médical du 14 octobre 2016, le Dr A. \_\_\_\_\_ tient compte de l'ensemble des atteintes

présentées par le recourant pour estimer sa capacité de travail à hauteur de 50 %, taux qui ne peut pas être retenu puisque seule l'influence des troubles cognitifs doit être prise en considération. On peut par ailleurs relever, en lien avec le grief du recourant relatif à l'existence d'une atteinte labyrinthique examiné ci-dessus (consid. 4b), que les médecins de la K.\_\_\_\_\_ ont tenu compte des vertiges et de l'instabilité dans leur évaluation de la capacité de travail du recourant, excluant les travaux en hauteur. Ces médecins ont en outre tenu compte, dans leur évaluation de la capacité de travail du recourant, de la fatigabilité et des céphalées dont il se plaignait (cf. leur rapport du 13 juillet 2015). On peut encore relever que, déjà dans son rapport d'examen neurologique du 23 octobre 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ envisageait la reprise d'une activité à plein temps, tout en admettant une baisse de rendement compte tenu des troubles attentionnels et exécutifs du recourant, tels que relevés en juin 2012. Ces troubles se sont toutefois améliorés par la suite, le rapport de la K.\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2015 faisant état d'une normalisation des performances en mémoire à court terme (verbale et visuo-spatiale) et des praxies idéomotrices ainsi que de l'amendement des extinctions non systématiques aux doubles stimulations visuelles et tactiles. Cela étant, l'appréciation des médecins, selon laquelle le recourant bénéficie actuellement d'une pleine capacité de travail dans une activité simple et routinière, sans baisse rendement, paraît tout à fait convaincante.

**g)** La CNA a considéré, compte tenu d'une telle capacité de travail, que le recourant pourrait réaliser un revenu de 4'853 fr. par mois qui, comparé au gain de 5'430 fr. par mois qu'il réaliserait sans l'accident, représentait une perte de 10,62 %. Ces montants, qui ne sont plus contestés dans le cadre du recours, ne prêtent pas le flanc à la critique et doivent par conséquent être confirmés. Il en résulte un taux d'invalidité de 11 %.

**5.** Dans un autre grief, le recourant critique le gain assuré calculé par la CNA.

**a)** Les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 22 al. 2 OLAA, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10).

Selon l'art. 22 al. 4 OLAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 applicable en l'occurrence (cf. ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; 130 V 445 consid. 1.2.1), les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (première phrase). Si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (deuxième phrase). En cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue (troisième phrase). Les cas de figure envisagés par l'art. 22 al. 4 deuxième et troisième phrases OLAA constituent des dérogations au principe selon lequel le salaire obtenu durant l'année précédant l'accident est déterminant pour le calcul des rentes (ATF 136 V 182 consid. 2.2).

Lors de la fixation du gain assuré, il y a également lieu de prendre en considération le droit des étrangers (ATF 138 V 106 consid. 5.4.4). Celui qui exerce une activité lucrative en Suisse sans autorisation de travail et qui n'aurait aucune chance de s'en voir délivrer une, ne peut pas se prévaloir, dans le cadre de l'assurance-accidents, d'avoir conclu un contrat de durée indéterminée d'un point de vue du droit civil (TF 8C\_67/2014 du 16 mars 2015 consid. 3.2 ; TF 8C\_807/2011 du 17 janvier 2012 consid. 3.2 ; TF U 387/01 du 11 septembre 2002 consid. 2.1.2). En effet, seulement en raison de l'absence d'une telle autorisation de travail, l'assuré aurait dû s'attendre à ce que sa relation de travail puisse dans les faits se terminer en tout temps à l'occasion d'un contrôle d'identité, ce qui justifie de considérer qu'il s'agit d'un contrat de travail de durée limitée (TF U 387/01 précité consid. 2.2 in fine). Il s'ensuit que le gain assuré doit

être déterminé uniquement sur la base de la durée effective de l'activité lucrative exercée (TF 8C\_807/2011 précité consid. 3.3).

**b)** En l'occurrence, les rapports de travail du recourant avec D.\_\_\_\_\_ Sàrl, envisagés pour une durée indéterminée, avaient duré moins d'une année au moment où l'accident s'est produit. Il est cependant admis que le recourant ne bénéficiait d'aucune autorisation de travail pour cette activité. En tant que ressortissant d'un Etat tiers, il ne pouvait alors s'attendre à recevoir une telle autorisation. En effet, selon l'art. 21 al. 1 LEtr (loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers, intitulée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers et l'intégration [LEI] ; RS 142.20), un étranger ne peut être admis en vue de l'exercice d'une activité lucrative que s'il est démontré qu'aucun travailleur en Suisse ni aucun ressortissant d'un Etat avec lequel a été conclu un accord sur la libre circulation des personnes correspondant au profil requis n'a pu être trouvé. Il est évident que cette condition ne pouvait être réalisée pour le poste occupé par le recourant. Le fait que ce dernier a été mis au bénéfice d'une autorisation de séjour depuis lors n'est en outre pas déterminant. Ce titre de séjour, certainement obtenu dans le cadre d'un cas individuel d'une extrême gravité (art. 30 al. 1 let. b LEtr/LEI), ne lui a été délivré qu'en 2017 et rien n'indique qu'il aurait eu, début 2012, toutes les chances d'obtenir une telle autorisation, compte tenu de sa situation d'alors.

Cela étant, c'est à juste titre que la CNA a refusé d'annualiser le revenu obtenu par le recourant pour son emploi auprès de D.\_\_\_\_\_ Sàrl en vue de calculer son gain assuré. Il convenait, comme elle l'a fait, de tenir compte des revenus qu'il avait réalisés dans l'année précédant son accident, soit du 28 janvier 2011 au 27 janvier 2012 (art. 15 al. 2 LAA et 22 al. 4 première phrase OLAA). Pour ce faire, la CNA s'est référée aux montants qu'il a perçus du 28 janvier 2011 au 31 août 2011 dans le cadre de son emploi auprès de R.\_\_\_\_\_ SA, tels qu'ils figurent dans son compte individuel AVS. Dans sa décision sur opposition, elle a précisé qu'au lieu des 32'821 fr. retenus, il s'agissait en réalité d'un montant de 32'648 fr., chiffre qui n'a pas été contesté par le recourant. Dans la

mesure où, comme vu ci-dessus, il y a lieu de prendre en considération les revenus obtenus par le recourant du 28 janvier 2011 au 27 janvier 2012, on peine à comprendre pourquoi la CNA a refusé de tenir compte de l'activité exercée par le recourant pour D.\_\_\_\_\_ Sàrl jusqu'à son accident. Certes, il faut constater, comme le relève la CNA, que différentes dates ont été avancées pour le début de cette activité. Ainsi, D.\_\_\_\_\_ Sàrl a indiqué que les rapports de travail avaient commencé le 15 janvier 2012 dans la déclaration de sinistre LAA tandis que le recourant a mentionné le 1<sup>er</sup> janvier 2012 dans sa demande de prestations à l'OAI puis il a allégué qu'il travaillait pour cette entreprise depuis décembre 2011 dans son opposition du 20 octobre 2016 et son recours notamment. Le recourant n'a cependant apporté aucune preuve à l'appui de ses déclarations, lesquelles divergent par ailleurs entre elles. Cela étant, on ne voit pas pourquoi il se justifierait de s'écarter de la date de début des rapports de travail communiquée par D.\_\_\_\_\_ Sàrl. Le seul fait que le recourant ait par la suite mentionné des dates de début de travail antérieures ne suffit pas à mettre en doute la date indiquée par son employeur dans la déclaration d'accident. De même, si le 15 janvier 2012 était effectivement un dimanche comme le relève la CNA, il n'est pas inhabituel que la date de début d'un contrat de travail, par exemple le 1<sup>er</sup> du mois, tombe en dehors des jours de semaine. La CNA n'apporte par ailleurs aucun élément qui justifierait de retenir que le contrat de travail du recourant aurait débuté uniquement le 28 janvier 2012, date de son accident. Il y a par conséquent lieu de prendre en compte, pour le calcul du gain assuré, les revenus perçus par le recourant dans le cadre de son emploi pour D.\_\_\_\_\_ Sàrl, du 15 au 27 janvier 2012, soit pendant deux semaines. S'agissant du salaire touché pour cette activité, on peine également à comprendre l'argumentation de la CNA, qui indique ne pas disposer d'éléments permettant de le déterminer, alors même que le salaire du recourant a été communiqué par son employeur dans la déclaration d'accident du 8 février 2012 et que c'est sur la base de ce montant que l'intimée a calculé les indemnités journalières qu'elle a versées au recourant. En date du 26 mars 2013, elle a d'ailleurs détaillé le calcul effectué à l'intention du mandataire du recourant. Il n'y a aucune raison de s'écarter du salaire communiqué, d'autant moins qu'il se situe

dans la moyenne des salaires versés par les entreprises contactées par la CNA en vue de l'établissement du revenu sans invalidité. Ainsi, compte tenu d'un salaire horaire de 28 fr. 40 (treizième salaire compris) à raison de 41 heures de travail par semaine, il y a lieu de tenir compte d'un revenu de 2'328 fr. 80 pour l'emploi exercé auprès de D.\_\_\_\_\_ Sàrl du 15 au 27 janvier 2012. En y ajoutant le montant (corrigé dans le cadre de la décision sur opposition) de 32'648 fr. touché de la part de l'entreprise R.\_\_\_\_\_ SA, on obtient ainsi un gain assuré de 34'976 fr. 80, qu'il y a lieu d'arrondir à 34'977 francs.

**6.** Compte tenu de ce qui précède, il n'apparaît pas nécessaire d'interpeller le Dr A.\_\_\_\_\_. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et les références citées). La requête du recourant en ce sens doit par conséquent être rejetée.

**7. a)** Le recours doit ainsi être très partiellement admis et la décision sur opposition du 16 juin 2017 réformée en ce sens que T.\_\_\_\_\_ a droit, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2016, à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un taux de 11 %, calculée sur la base d'un gain assuré de 34'977 francs. Cette décision est confirmée pour le surplus.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Compte tenu de la mesure très restreinte de l'admission du recours, le recourant succombant sur le principe, il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**8. a)** Par écrit du 4 décembre 2018, le recourant a requis l'octroi de l'assistance judiciaire avec effet rétroactif au 12 novembre 2015.

**b)** Aux termes de l'art. 61 al. 1 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti ; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. L'art. 18 LPA-VD prévoit que l'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (al. 1). Si les circonstances de la cause le justifient, l'autorité peut désigner un avocat d'office pour assister la partie au bénéfice de l'assistance judiciaire (al. 2). Pour le surplus, les dispositions régissant l'assistance judiciaire en matière civile sont applicables par analogie (al. 5).

L'assistance judiciaire n'est accordée qu'exceptionnellement avec effet rétroactif (art. 119 al. 4 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Elle ne couvre en principe que les opérations accomplies depuis le dépôt de la demande, ainsi que les démarches urgentes entreprises peu auparavant. Si la demande est déposée avec l'acte de recours, les actes nécessaires à la préparation du recours sont couverts, même s'ils ont été accomplis peu avant la demande (ATF 122 I 203).

**c)** En l'espèce, le recourant, respectivement son mandataire, n'exposent pas en quoi ils auraient été empêchés de requérir l'assistance judiciaire plus tôt dans le cadre de la présente procédure. On ne voit notamment pas en quoi il aurait été impossible de demander le bénéfice de l'assistance judiciaire lors du dépôt du recours, moment auquel le recourant était déjà assisté de Me Tafelmacher. On peut au demeurant relever que l'effet rétroactif est demandé à partir du 12 novembre 2015, soit au début de son mandat de représentation ; cependant, l'octroi de l'assistance judiciaire n'était dans tous les cas pas envisageable pour des opérations qui ne sont pas en lien avec la présente procédure de recours. En outre, le fait que le recourant s'est vu verser le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée avait certes une influence quant à sa situation financière, mais ne faisait aucunement obstacle au

dépôt d'une telle demande. La demande d'assistance judiciaire doit par conséquent être rejetée en tant qu'elle est sollicitée de manière rétroactive.

Il convient encore de se prononcer sur cette demande pour la période suivant son dépôt. Dans la mesure où, depuis le 4 décembre 2018, aucune opération n'a été nécessaire pour défendre les intérêts du recourant dans le cadre de la présente procédure, laquelle est gratuite et prend fin par le présent arrêt, cette demande d'assistance judiciaire s'avère sans objet.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est très partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 16 juin 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que T. \_\_\_\_\_ a droit, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2016, à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un taux de 11 %, calculée sur la base d'un gain assuré de 34'977 francs. Cette décision est confirmée pour le surplus.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. La demande d'assistance judiciaire formulée pour la période du 12 novembre 2015 au 3 décembre 2018 est rejetée ; cette demande est sans objet pour la période courant à partir du 4 décembre 2018.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christophe Tafelmacher (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- 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 :