

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 décembre 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à Montreux,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en qualité de manœuvre pour le compte de l'entreprise de placement W._____, sise à [...]. 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 24 juillet 2014, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Alors qu'il se trouvait sur une échelle à scier de petites poutrelles dans le but de démonter un faux plafond, celui-ci s'est effondré provoquant la chute de l'assuré qui a perdu connaissance avant de pouvoir avertir ses collègues et être amené en ambulance à l'hôpital de J._____ pour recevoir les premiers soins. Le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral avec fracture du condyle occipital droit non déplacé et hématome sous-galéal gauche a été retenu ainsi qu'une plaie pariéto-occipital de 7 cm. Une incapacité de travail totale dès cette date a été attestée.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale et cervicale effectuée le 7 août 2014 est venue confirmer ce diagnostic. Dans le rapport relatif à cette IRM du 8 août 2014 adressé à la Dre S._____, médecin traitant de l'assuré, on extrait notamment ce qui suit :

« Indications :

Contrôle suite à un traumatisme cérébral le 24 juillet avec fracture du condyle occipital à droite, hématome sous-galéal gauche. Autre fracture cervicale ?

(...)

Conclusion :

IRM cérébrale normale.

Séquelles d'un hématome pariétal sous-galéal gauche.

La fracture du condyle occipital droit est reconnu sur les images IRM par un hypersignal STIR et FLAIR du condyle occipital droite et de la surface articulaire droite de C1.

Hypersignal Stir et Flair entre l'apex de la dent et le basion évoquant une lésion partielle du ligament apical de la dent. »

La CNA a pris en charge les suites de cet accident (n° de sinistre 02.23229.14.0).

Dans un rapport du 14 octobre 2014 adressé à la Dre S._____, la Dre A._____, spécialiste en neurochirurgie et médecin adjointe à l'hôpital de [...], a relevé ce qui suit :

« **Rappel anamnestique**

Contrôle après un accident de travail avec chute de 1,5 mètre avec traumatisme crânien et cervical. Un bilan radiologique met en évidence une fracture du condyle occipital à droite non déplacée. On a procédé à la mise en place d'une minerve thermoformée.

Monsieur [...] vient ce jour à ma consultation pour contrôle. Il se plaint surtout de céphalées et de petites fasciculations au niveau de l'œil gauche, une hypoesthésie au niveau du cuir chevelu à gauche autour de la cicatrice de la plaie. Il se plaint également d'une hypoesthésie du gros orteil à droite, de douleurs à la nuque, des deux épaules et de la musculature deltoïde des deux côtés.

(...)

Appréciation

Monsieur T._____ présente donc une évolution radiologique favorable. Je propose un sevrage progressif de la minerve, par exemple au début pendant la nuit et commencer ensuite la journée, une heure le matin et une heure l'après-midi pendant 2-3 jours, puis 2 heures le matin et 2 heures l'après-midi... etc... de telle façon qu'au bout d'un mois il ne la porte plus.

Je délivre une ordonnance de physiothérapie et je délivre un certificat médical d'arrêt de travail jusqu'au 30.11.2014. Monsieur T._____ se rendra à votre consultation afin d'organiser un examen neurologique chez un neurologue de votre choix en raison de ses céphalées persistantes. Concernant son travail, il se rendra à votre consultation avant l'échéance de son certificat médical et je vous laisse le soin, en fonction de l'évolution, d'envisager éventuellement une reprise progressive du travail.

(...). »

A la demande de la Dre S._____, l'assuré a consulté le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, à plusieurs reprises. Dans un rapport du 12 janvier 2015 consécutif à ces consultations, le Dr Q._____ a retenu un status après traumatisme cranio-cérébral avec commotion cérébrale, fracture du condyle occipital droit non déplacée et de la surface articulaire C1 (vertèbre cervicale) ainsi qu'un syndrome subjectif post-

traumatique dominé par des troubles psychiques. Il a indiqué qu'une prise en charge psychiatrique devait être envisagée ultérieurement.

Une radiographie du crâne de face et profil du 4 février 2015 a documenté la normalité de la charnière cervico-occipitale et des parties molles cervicales antérieures sans calcification dystrophique sous occipitale.

Une IRM cérébrale et cervicale réalisée le 4 février 2015 également a confirmé la normalité du status cérébral et la disparition des anomalies du signal du condyle occipital droit et de la surface articulaire droite de C1, de même que l'anomalie du signal de l'apex de la dent et du basion.

Dans un rapport du 16 février 2015 adressé à la CNA, le Dr Q. _____ a relevé que l'assuré présentait un syndrome psycho-somatique post-traumatique sévère dominé par un tableau dépressif dans le cadre d'une fragilité psychologique. A ce titre, il a préconisé une prise en charge psychiatrique.

Le 9 mars 2015, le Dr Q. _____ a adressé son rapport à la CNA, dans lequel il a estimé qu'il ne subsistait aucune lésion organique post-traumatique cérébrale et cervicale. Il a avancé un pronostic réservé et relevé qu'il n'y avait aucune modification significative de l'état de santé de l'assuré hormis une légère atténuation des céphalées et des cervicalgies sous traitement.

En parallèle, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 17 mars 2015, faisant état de douleurs cervicales, fourmillements, vertiges et crises d'angoisse existant depuis le 24 juillet 2014. Il a également indiqué être suivi par les Drs S. _____, Q. _____ et N. _____, médecin assistant à la Fondation [...], secteur psychiatrique, à [...].

Dans le cadre de l'instruction du dossier, la CNA a organisé un séjour du 3 juin au 7 juillet 2015 au sein de la Clinique V._____ (ci-après : V._____) en vue d'une évaluation multidisciplinaire et professionnelle. Du rapport du 14 juillet 2015 relatif à ce séjour, les Drs [...],X._____, tous deux spécialistes en neurologie, et L._____, médecin à la V._____, ont notamment formulé les observations suivantes :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour cervicalgies et vertiges***

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- ***Chute de 1.5 m le 24.07.2014 au travail avec :***
 - ***TCC [traumatisme crânio-cérébral] léger.***
 - ***Fracture du condyle occipital droit non déplacée et de C1 traitée conservativement avec début de pseudarthrose au CT-scan [scanner] du 24.06.2015.***
 - ***Contusion labyrinthique bilatérale, compensée.***
 - ***Attaques de panique.***

RAPPEL ANAMESTIQUE

Le 24.07.2014, il se trouve à son travail en train de démonter le plafond d'un magasin lorsqu'une planche se décroche, tombe contre l'échelle où il se trouve ce qui l'amène à chuter d'une hauteur d'environ 1.5 m. On ne sait pas si le patient a perdu connaissance, il présente toutefois une amnésie pré-circonstancielle. Il présente un important hématome au niveau pariéto-temporo-occipital gauche avec un saignement important. (...)

LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

(...)

Concernant les éventuelles séquelles neuropsychologiques du traumatisme crânio-cérébral, nous effectuons un premier bilan cognitif en début de séjour indiquant des performances modérément déficitaires en mémoire antérograde verbale ainsi d'un déficit d'attention qui se manifeste par un important ralentissement des temps de réaction et d'un rendement à la limite de la norme d'une épreuve d'attention sélective.

Par ailleurs, les performances à l'ensemble des autres domaines cognitifs investigués sont globalement dans la norme. Relevons que les déficits se manifestent donc dans les épreuves nécessitant un effort de concentration. Ils dépassent ceux auxquels nous pourrions nous attendre à la suite d'un TCC léger. C'est le cas surtout des ralentissements de temps de réaction, qu'on explique mal. Une influence de troubles psychopathologiques sur les performances de ce patient semble probable. Durant le séjour, un travail sur les capacités attentionnelles et la vitesse de traitement de l'information a été réalisé. Malheureusement, on constate que peu de progrès au travers des différents niveaux de difficultés testés, montrant une variabilité importante des performances d'une séance à une autre et de nombreuses erreurs. Un suivi neuropsychologique ambulatoire n'est donc pas indiqué.

Concernant la colonne cervicale, le patient est évalué par notre spécialiste, le Dr M._____, qui propose de poursuivre la prise en charge en rééducation en visant un travail de renforcement, endurance et de proprioception des muscles du cou parallèlement à l'augmentation du traitement antalgique. Un CT [scanner] cervical est également réalisé sur ses propositions, indiquant un trait de fracture du condyle occipital toujours visible, compatible avec une pseudarthrose. Au vu de ces résultats, nous recommandons un nouveau contrôle d'ici six mois selon l'avis de nos radiologues et du Dr M._____, ainsi qu'une poursuite du programme vers une augmentation des charges, du travail musculaire et de la remise en confiance.
(...)

Concernant les vertiges, le patient a été évalué par le Dr C._____ ORL [oto-rhino-laryngologie], qui constate des examens audiométriques liminaires et supraliminaires, ainsi que des examens vestibulaires cliniques et paracliniques normaux. Il conclut donc à une contusion labyrinthique bilatérale ayant quasi totalement récupéré.

Du point de vue psychiatrique, la Dresse [...] constate en début de séjour la présence d'un trouble panique massif qui se manifeste par des attaques de panique quasi quotidiennes pouvant atteindre trois épisodes par jour.

Aucun véritable facteur déclenchant n'est mis en évidence. De plus, le patient développe progressivement une agoraphobie secondaire et un important repli social. Le traitement de Paroxétine est poursuivi et le patient est suivi par une psychothérapeute. Au terme de cette prise en charge intensive (environ trois séances par semaine) les bases pour une prise en charge de ce trouble panique massif ont pu être posées, avec une bonne collaboration du patient. Une légère diminution des attaques de panique (1-2 quotidiennement) a pu être constatée et un programme d'activation comportementale mis en place pour éviter un trop grand repli social et un effet délétère sur le moral de M. T._____. (...) notre psychiatre relève que la psychopathologie actuelle représente un important frein à la réadaptation physique et professionnelle du patient et recommande un suivi psychothérapeutique pour la suite. Ce dernier s'effectuera auprès de la Dresse N._____, psychiatre à [...].

Du point de vue professionnel, le patient est évalué au sein de nos ateliers où l'on constate à nouveau au premier plan des troubles anxieux et une composante dépressive qui rendent un investissement faible et de nombreuses autolimitations. (...) Nous ne retenons pas de limitation dans des activités simples et répétitives dans la mesure où ce patient trouve les ressources morales suffisantes, la problématique actuelle étant clairement d'origine psychopathologique. Ajoutons que cette dernière n'est pas en lien direct avec le traumatisme cérébral. Nous recommandons donc des mesures de réentraînement au travail afin de ne pas laisser ce patient hors du monde du travail.
(...). »

A la suite de ce séjour, la CNA a demandé l'avis de son médecin-conseil et, dans une appréciation du 7 août 2015, le Dr

R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé l'absence d'état séquellaire invalidant s'agissant de la fracture du condyle occipital, d'un point de vue neurologique et d'un point de vue ORL (oto-rhino-laryngologie). A cet égard, ce médecin a considéré que l'assuré ne présentait pas de pathologie en lien avec l'accident survenu le 24 juillet 2014 contre-indiquant une reprise d'une activité professionnelle.

Par décision du 2 octobre 2015, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 10 octobre 2015, considérant que les troubles subsistant au-delà de cette date n'étaient plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du 24 juillet 2014.

Le 12 octobre 2015, un examen neurologique a été réalisé à la V._____, lors duquel le Dr P._____ a observé une persistance des douleurs cervicales hautes droites, des phénomènes végétatifs et des attaques de panique inchangées depuis la sortie de l'assuré de la V._____. Il a encore retenu que tous les examens réalisés étaient rassurants et qu'il n'y avait pas de limitation à l'exercice d'une activité physique modérée.

Le 4 novembre 2015, l'assuré, par l'entremise de Me Aba Neeman, avocat à Montreux, a formé opposition à l'encontre de la décision du 2 octobre 2015. A l'appui de sa motivation, l'assuré a soutenu que la décision de la CNA n'était pas suffisamment motivée et était prématurée. L'assuré a en outre fait valoir que l'accident survenu le 24 juillet 2014 devait être considéré comme revêtant un caractère dramatique, impliquant ainsi la reconnaissance du lien de causalité adéquate entre ledit accident et ses troubles.

Dans un rapport d'IRM de l'épaule droite du 17 décembre 2015 adressé au Dr K._____K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il ressort notamment ce qui suit :

« (...)

Conclusion :

Stigmate de dénervation axonal intramusculaire teres minor droit.
Suspicion des lésions d'étirement post-traumatique concernant le
nerf axillaire dans son espace quadrilatère droit. »

Dans un rapport du 19 janvier 2016 adressé au Dr B._____,
nouveau médecin traitant de l'assuré, le Dr K._____ a posé les
diagnostics de pseudarthrose post-traumatique à droite, de stigmate de
dénervation axonale intramusculaire du muscle teres minor de l'épaule
droite, de séquelles de type tendinose post-traumatique et du nerf
axillaire, et des différentes structures du tendon de l'épaule droite. Il a
considéré que plusieurs éléments apparaissaient en lien avec l'accident du
24 juillet 2014. A titre de limitations fonctionnelles, ce médecin a relevé
que l'assuré présentait des contraintes de charge, surtout en porte-à-faux
et a préconisé un reclassement professionnel.

Le 24 janvier 2016, l'assuré est tombé dans les escaliers de
son appartement en raison d'une crise de vertiges provoquant une rupture
complète du ligament croisé antérieur du genou droit (n° de sinistre
23.74375.16.7).

Dans un rapport du 7 mars 2016 adressé au Dr K._____
consécutif à un électroneuromyogramme (ENMG), le Dr P._____ a
formulé les constatations suivantes :

« **Diagnostics**

- **Chute de 1.5 mètres le 24.07.2014 au travail avec TCC léger.**
- **Fractures du condyle occipital droit non déplacée et de C1 traitées conservativement avec début de pseudarthrose au CT-scan [scanner] du 24.06.2015.**
- **Contusion labyrinthique bilatérale, compensée.**
- **Attaques de panique.**
- **Eventuelles lésions ligamentaires du genou droit sur chute dans les escaliers, le 24.01.2016.**

(...)

Conclusion

Cet examen électroclinique ne révèle donc pas de signes pour une
atteinte des structures nerveuses au niveau du MSD [membre
supérieur droit] proximal. Il n'y a pas d'amyotrophie, la force est très
bien conservée, les neurographies sensitivomotrices sont normales

tout comme l'EMG [électromyogramme]. Je ne peux pas mettre en évidence à l'US [ultrason] une hypoamyotrophie du muscle teres minor non plus.

On constate des signes d'une légère atteinte myélinique sensitivomotrice du nerf médian au poignet, aux neurographies et à l'US ddc [des deux côtés]. Il m'est difficile de valider cette trouvaille, la description des plaintes est très floue au niveau des mains. On pourrait tenter une attelle palmaire la nuit à D [droite].

Je trouve ainsi une légère diminution de la sensibilité dans le territoire C2 à G [gauche], comme déjà constaté lors de l'hospitalisation, vraisemblablement liée avec la contusion locale, au moment de la chute.

Je ne retiens pas non plus de décompensation de la fonction vestibulaire, les épreuves sont un peu variables mais clairement imprégnées par l'anxiété du patient, il n'y a pas de déviation objectivable.

Je ne retrouve pas non plus de lésions des structures nerveuses au niveau du MID [membre inférieur droit], en lien avec la récente chute. »

Le 16 mars 2016, le Dr F._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecin-conseil de la CNA, a retenu que les vertiges de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident survenu le 24 juillet 2014.

Par décision sur opposition du 23 mars 2016, la CNA a confirmé la décision du 2 octobre 2015, considérant cette décision suffisamment motivée et retenant que les troubles subsistant au-delà du 10 octobre 2015, soit en particulier un syndrome psychosomatique post-traumatique sévère dominé par un tableau dépressif, n'étaient plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du 24 juillet 2014.

Par courrier du 19 avril 2016 adressé à l'assuré, le Dr B._____ a fait part de son désaccord avec la décision sur opposition du 23 mars 2016 rendue par la CNA. En annexe à ce courrier, le Dr B._____ a joint une correspondance qu'il avait envoyée à l'assuré le 20 octobre 2015, aux termes de laquelle ce médecin a estimé qu'il était difficile d'admettre qu'un traumatisme crânio-cérébral, avec fractures du condyle occipital droit et d'une vertèbre cervicale, consécutif à une chute d'une hauteur de plus de 2,5 mètres puisse être considéré comme un traumatisme crânio-cérébral léger. Il a en outre relevé que même si

l'examen otologique et l'IRM cérébrale et cervicale réalisés ne contribuaient pas à « poser le diagnostic précis de causalité, la recherche de celle-ci ne lui paraissait pas exhaustive et ne permettait pas d'exclure un lien avec la pseudarthrose du condyle fracturé ». A son sens, toutes les conséquences du traumatisme crânio-cérébral devaient être prises en charge par la CNA.

B. Par acte du 3 mai 2016, l'assuré, sous la plume de son conseil, a déposé un recours contre la décision sur opposition du 23 mars 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (ci-après : la CASSO), concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à la poursuite du versement des indemnités journalières et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et à la reprise de l'instruction sur le plan médical de son dossier.

En annexe à son acte de recours, l'assuré a transmis une déclaration de l'un de ses collègues de travail présent au moment de l'accident, indiquant que l'assuré était tombé d'une échelle d'une hauteur de 2,5 mètres et non d'une hauteur de 1,5 mètre.

Dans une appréciation du 8 août 2016, le Dr R._____ a estimé que les documents mis à disposition nécessitaient une analyse complémentaire et a préconisé la mise en œuvre d'un scanner (CT-scan) avec coupes fines sur les articulations « C0-C1 » couplé avec une scintigraphie (Spect-CT), de manière à évaluer si une hyperactivité existait en rapport avec les anciennes fractures et/ou pseudarthrose résultante.

Sous pli du 8 septembre 2016, la CNA a informé la CASSO qu'elle acquiesçait au recours, en ce sens qu'elle annulait la décision sur opposition et reprenait l'instruction médicale du dossier de l'assuré.

Par correspondance du 21 septembre 2016, l'assuré a demandé à la CASSO de prendre acte du fait que la CNA acquiesçait au recours et de statuer sur les frais.

Par arrêt du 4 octobre 2016 (AA 47/16 - 99/2016), la Cour de céans a annulé la décision sur opposition du 23 mars 2016 et renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire sur le plan médical et nouvelle décision.

C. Reprenant l'instruction du dossier de l'assuré, la CNA a demandé au Dr B._____, le 17 novembre 2016, d'organiser un scanner (CT-scan) avec coupes fines sur les articulations « C0-C1 » et une scintigraphie (Spect-CT).

Dans un rapport du 9 décembre 2016 adressé au Dr B._____ consécutif à un scanner de la colonne cervicale, on extrait ce qui suit :

« (...)

Description

Scanner comparatif du 25.06.2015

Image de consolidation quasi complète de la fracture du condyle occipital droit sans signe de déplacement secondaire.

Le reste des structures osseuses est sans particularité.

Le reste du status est superposable par rapport au comparatif. »

Dans un rapport du 15 décembre 2016 adressé au Dr B._____ consécutif à une scintigraphie osseuse de la colonne cervicale, il ressort ce qui suit :

« (...)

Conclusion

Examen dans les limites de la norme, sans mise en évidence de foyer hyper ou hypocaptant suspect sur l'ensemble des structures étudiées, notamment en regard du condyle occipital droit.

Pas d'argument scintigraphique parlant pour une pseudarthrose à ce niveau. »

Fort de documents médicaux recueillis, la CNA a demandé un avis à son médecin-conseil et dans une appréciation du 10 août 2017, le Dr R._____ a formulé les observations suivantes :

« (...)

Conclusions

En considération des séquelles somatiques retenues en rapport de causalité naturelle probable avec l'accident assuré SUVA du 24

juillet 2014, M. T. _____ est en mesure d'exercer une activité professionnelle à plein temps et sans restriction, quelle que soit l'activité.

En particulier, on peut certifier que les fractures du condyle occipital droit et de la surface articulaire de C1 (atlas) à droite sont consolidées et qu'il n'existe pas d'indices pour une arthrose post-traumatique, même minime, en rapport avec ce status après fractures. »

Par décision du 15 septembre 2017, la CNA a confirmé le terme du versement des prestations d'assurance au 10 octobre 2015, estimant que l'assuré pouvait exercer une activité professionnelle à plein temps et sans restriction.

Les 5 et 18 octobre 2017, l'assuré, représenté par Me Aba Neeman, avocat à Montreux, a formé opposition à l'encontre de cette décision. Dans le cadre de sa motivation, l'assuré a reproché à la CNA de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, conformément aux instructions données par la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 4 octobre 2016, violant de ce fait son droit d'être entendu. L'assuré a en outre déploré que les investigations complémentaires se soient limitées à un scanner et à une scintigraphie. Il a enfin fait valoir qu'il ne pouvait pas travailler et que l'OAI avait mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, aux termes de laquelle il a été conclu que l'assuré ne pouvait travailler – tout au plus – qu'à 50 % dans une activité adaptée.

En annexe à son opposition, l'assuré a joint une copie du rapport d'expertise du 29 août 2017 établi par la D. _____ de [...] (ci-après : D. _____), dont on extrait notamment ce qui suit :

« (...)

DIAGNOSTICS

Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de

travail

- Trouble panique avec agoraphobie F 40.01
- Rupture isolée du LCA [ligament croisé antérieur] non opéré M 23.8
le 24.01.2016 avec discrète laxité antérieure résiduelle
- Légère séquelles de commotion labyrinthiques droite suite H 81.9
au TCC [traumatisme crânio-cérébral] du 24.07.2014

travail **Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de**

- Cervicalgies droites chroniques sans syndrome radiculaire ni déficitaire :
 - Status post chute d'une hauteur de 1.5 m avec TCC, plaie du cuir chevelu, fracture du condyle droit non déplacée, fracture de l'articulaire de C1
- Céphalées de tension chronique
- Céphalées cervico-génétiques post traumatiques avec suspicion de composante médicamenteuse
- Syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance droite, infraclinique

APPRECIATION DU CAS

(...)

Pour ce qui est du genou droit, on remarque lors de la déambulation de l'expertisé vers et dans la salle d'examen, une épargne du membre inférieur droit contrastant avec une prise d'appui indolore sur ce membre pour monter sur le pèse personne ou lors de la descente du divan. L'examen clinique ne retrouve pas de synovite, d'épanchement et la palpation du genou est indolore. Il existe une légère laxité antérieure du genou mais contrebalancée par une excellente musculature. Il n'y a donc pas d'indication chirurgicale. La relecture de l'IRM du genou droit du 28.01.2016 montre clairement une rupture isolée du ligament croisé antérieur. Cette lésion peut expliquer des douleurs modérées du genou droit et une gêne dans les mouvements rotatoires marqués en appui monopodal, mais les plaintes rapportées par Monsieur T._____ semblent disproportionnées.

Du fait de la lésion isolée du LCA avec discrète laxité antérieure résiduelle, les limitations suivantes sont retenues : pas d'activité en terrain irrégulier, pas de travaux sur une échelle ou un échafaudage. (...).

En conclusion et après discussion interdisciplinaire, nous estimons que la capacité de travail de Monsieur T._____ est nulle dans toute activité depuis le 24.07.2014 jusqu'au 12.03.2017. A partir du 13.03.2017, en raison d'une amélioration significative et durable de la pathologie psychiatrique mais partielle, la capacité de travail est estimée à 50 % dans une activité adaptée, l'activité habituelle d'ouvrier de démolition n'étant plus adaptée. Une réévaluation psychiatrique à un an est préconisée.

(...). »

Par décision sur opposition du 12 décembre 2017 (n° de sinistre 02.23229.14.0), la CNA a confirmé le terme du versement des prestations d'assurance au 10 octobre 2015, considérant que la symptomatologie de l'assuré n'était plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du 24 juillet 2014.

Par décision sur opposition du même jour (n° de sinistre 23.74375.16.7), la CNA a considéré que l'assuré n'était pas couvert par elle pour les suites de l'accident du 24 janvier 2016, la lésion au genou

droit, au motif que l'assuré n'était sous contrat chez aucun employeur, ni ne bénéficiait d'aucune prestation d'assurance sociale. Cette décision fait l'objet d'un recours auprès de la CASSO (AA 14/18).

D. Par acte du 26 janvier 2018, T._____, représenté par son conseil, interjette recours contre la décision sur opposition rendue le 12 décembre 2017 (n° de sinistre 02.23229.14.0) par la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à la réforme de la décision en ce sens que la CNA doit prêter au-delà du 10 octobre 2015, et subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction sur le plan médical. Le recourant fait, en substance, grief à la CNA de ne pas avoir mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire éludant ainsi la portée de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 4 octobre 2016. Le recourant invoque également une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où la CNA n'a pas donné suite à sa demande tendant à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. Il considère enfin que l'appréciation du Dr R._____ est laconique et qu'une causalité adéquate doit être reconnue entre les troubles subsistant au-delà du 10 octobre 2015 et l'accident du 24 juillet 2014.

Par réponse du 8 mars 2018, la CNA propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Elle précise que dans la mesure où l'arrêt de renvoi du 4 octobre 2016 annulait la décision litigieuse et requérait un complément d'instruction sur le plan médical, elle n'a nullement violé cet arrêt de renvoi en rendant une nouvelle décision après avoir complété son dossier médical par de nouvelles imageries et rapports, quand bien même elle n'avait pas mis en œuvre une expertise médicale.

Par réplique du 12 avril 2018, le recourant maintient les conclusions prises au pied de son mémoire de recours, tout en précisant que la décision sur opposition de la CNA du 12 décembre 2017 contient diverses contradictions.

Par duplique du 4 mai 2018, la CNA propose à nouveau le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse.

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 en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Dans le cas d'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 10 octobre 2015.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

4. Dans les cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une

jurisprudence particulière en matière de causalité (ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

a) 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. ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références citées). Il faut également 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).]

b) 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 cranio-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 cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas

d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. 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 distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

c) 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 134 V 109 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

6. a) Dans un premier grief de nature formelle, le recourant reproche à la CNA d'avoir éludé la portée de l'arrêt de renvoi du 4 octobre 2016 de la Cour de céans en ne mettant pas en œuvre une expertise pluridisciplinaire et en se contentant d'un scanner de la colonne cervicale ainsi que d'une scintigraphie osseuse pour rendre sa décision.

Toutefois, ce grief doit être rejeté. En effet, dans l'arrêt de renvoi du 4 octobre 2016, la Cour de céans a relevé que l'intimée faisait droit aux conclusions subsidiaires du recourant, consistant à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire sur le plan médical. La Cour de céans a, dès lors, annulé la décision sur opposition litigieuse du 23 mars 2016, renvoyé la cause à l'intimée pour complément d'instruction sur le plan médical et nouvelle décision. Après avoir complété son dossier médical par de nouvelles imageries et rapports, l'intimée a rendu une nouvelle décision (15 septembre 2017). Partant, l'intimée n'a pas violé le jugement du 4 octobre 2016 et s'est dès lors conformée en tous points au jugement du 4 octobre 2016 de la Cour de céans.

b) Dans un second grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en ce sens qu'il n'a pas été donné suite à ses diverses demandes de mise en œuvre d'une expertise médicale, laquelle serait, de son avis, seule à même de répondre aux problématiques soulevées dans le cas d'espèce.

Il est ici le lieu de relever qu'il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient

toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6, TF 9C_717/2013 du 30 décembre 2013 consid. 3.3).

De plus, l'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). Ainsi, si le juge estime disposer de tous les éléments médicaux pour apprécier la causalité adéquate, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire tombe à néant.

7. Sur le fond, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'un accident le 24 juillet 2014 provoquant un traumatisme cranio-cérébral avec fractures du condyle occipital droit non déplacé, de la surface articulaire droite C1 et lésion partielle du ligament apical de la dent. En revanche, les positions des parties divergent sur le point de savoir s'il existe encore un lien de causalité entre l'événement précité et les troubles du recourant subsistant au-delà du 10 octobre 2015.

a) En effet, dès le 11 octobre 2015, la CNA estime que la symptomatologie du recourant ne présente plus déficit organique objectivable au sens d'une altération structurelle et nie la causalité adéquate, au motif que les critères développés par la jurisprudence ne sont pas réalisés dans le cas d'espèce (cf. consid. 4c *supra*). Pour arriver à cette conclusion, l'intimée s'est fondée sur les appréciations de son médecin-conseil, le Dr R._____.

A l'examen du dossier de la cause, la Cour de céans ne peut que se rallier à cette appréciation. Il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr R._____ et le recourant n'amène, au demeurant, aucune pièce médicale suffisamment pertinente pour faire douter de leur bien-fondé.

b)

aa) Sur le plan somatique, et plus particulièrement s'agissant de la colonne vertébrale, les médecins de la V._____ retiennent en 2015 qu'il perdure un trait de fracture du condyle occipital compatible avec une pseudarthrose, que les performances enregistrées lors de l'évaluation neuropsychologique se sont avérées globalement dans la norme, que la contusion labyrinthique bilatérale a quasi totalement récupéré (cf. rapport du 14 juillet 2015 de la V._____). Le Dr P._____ de la V._____ remarque par ailleurs que tous les examens neurologiques sont rassurants et qu'il n'y a pas de limitation à l'exercice d'une activité physique (cf. rapport du 12 octobre 2015).

Le Dr R._____ relève, dans un premier temps, qu'il existe encore un fragment de la fracture du condyle occipital droit mais qu'il n'y a pas lieu de retenir un état séquellaire invalidant (cf. rapport du 7 août 2015). Après l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 4 octobre 2016 et l'instruction complémentaire (un scanner de la colonne cervicale et une scintigraphie osseuse), le Dr R._____ confirme son précédent avis dans son appréciation du 10 août 2017, estimant que la fracture du condyle occipital droit est consolidée, respectivement qu'il n'existe plus de fragments mobiles pouvant faire évoquer une pseudarthrose, de même que la fracture de la surface articulaire de C1. Dans le cadre de son appréciation, il observe qu'au niveau de la colonne cervicale, il n'y a pas de séquelles appréciables à prendre en considération, de sorte qu'il n'y a pas non plus de limitations fonctionnelles dans l'exercice d'une activité professionnelle.

Les conclusions des médecins de la V._____ et du Dr R._____ sont au surplus corroborées par les résultats de l'expertise de la D._____. En effet, s'agissant des troubles somatiques, particulièrement concernant le rachis cervical, si les experts concèdent que les fractures du condyle et de la surface articulaire C1 peuvent entraîner des douleurs occasionnelles, occipitales, irradiant un peu dans la direction de la nuque, ils constatent surtout que celles-ci sont parfaitement consolidées (cf. rapport d'expertise du 29 août 2017 p. 18) et que le rachis est indolore

à la palpation et à la percussion. Les experts ne remarquent aucune gêne s'agissant de la mobilité de la nuque qui est parfaitement symétrique (cf. *ibid.* p. 16). Finalement, sur la base des seuls troubles au niveau du rachis et des membres supérieurs, ils ne retiennent, en l'absence de gêne fonctionnelle, aucune incapacité de travail (cf. *ibid.* p. 18).

On ajoutera que tous les examens radiologiques figurant au dossier viennent confirmer ces conclusions. Tant les IRM et que les radiographies ont fait état de la normalité du status au niveau cérébral et de la disparition des anomalies du signal du condyle occipital droit, de la surface articulaire droite C1 et de l'apex de la dent et du basion déjà en février 2015 (cf. rapport du crâne face et profil du 4 février 2015, rapport d'IRM cérébrale et cervicale du 6 février 2015, rapport du scanner de la colonne cervicale du 9 décembre 2016 ; cf. également rapport du 14 octobre 2014 de la Dre A._____ et rapport du 9 mars 2015 du Dr Q._____). Tous ces éléments ont encore été vérifiés par une scintigraphie osseuse du 15 décembre 2016.

Partant, l'instruction complémentaire mise en œuvre par la CNA (scanner de la colonne cervicale du 9 décembre 2016 et scintigraphie osseuse du 15 décembre 2016), a permis de constater qu'il n'y avait plus de fragments mobiles pouvant faire penser à une pseudarthrose.

Compte tenu de ces constats étayés, on peut écarter l'avis du Dr K._____ du 19 janvier 2016, dans lequel ce dernier s'est limité à mentionner une pseudarthrose traumatique à droite sans autre précision.

Il en va de même des courriers des 20 octobre 2015 et 19 avril 2016 du Dr B._____, qui s'est surtout focalisé sur la gravité du traumatisme crânio-cérébral, tout en reconnaissant que les radiographies et IRM ne permettent pas d'établir la causalité entre les troubles du recourant et l'accident incriminé.

bb) S'agissant des troubles à l'épaule droite, le Dr R._____ relève que lors du séjour du recourant à la V._____, aucun trouble ni

plainte n'ont été signalés en rapport avec l'articulation scapulo-humérale droite. Il est dès lors dubitatif sur l'apparition bien ultérieure des troubles et s'étonne des diagnostics retenus sur la base d'une IRM uniquement. Après visualisation des images, le Dr R. _____ constate également au niveau du muscle petit rond des petites zones d'hypersignal, pouvant évoquer dans le diagnostic différentiel des zones de dénervation aiguë. Cependant, vu la date de l'examen (IRM du 17 décembre 2015), soit près d'une année et demi après l'accident du 24 juillet 2014, il retient d'emblée des signes de dénervation aiguë incompatible avec cet événement, indiquant qu'à l'évidence un tel temps d'évolution n'est certainement pas compatible avec des signes IRM de dénervation aiguë. Dans la mesure où l'accident du 24 juillet 2014 aurait entraîné une lésion nerveuse aiguë au niveau du plexus brachial, l'IRM effectuée dix-huit mois après aurait pu éventuellement mettre en évidence des zones d'hypotrophie musculaire, voire même de dégénérescence graisseuse débutante. Il précise que ces hypersignaux dans le muscle petit rond s'accompagnent également d'un important hypersignal distal du muscle sous-épineux (plus que du tendon) et il y a lieu à son avis de mettre dans le diagnostic différentiel des hypersignaux du muscle petit rond et du sous-épineux de simples artéfacts IRM (effet tunnel). Quoi qu'il en soit, ces signes IRM ne sont en aucune façon corroborés par l'électroneuromyogramme (ENMG) du 7 mars 2016. Le Dr P. _____ de la V. _____, lequel a en l'occurrence examiné le recourant après un nouvel accident le 24 janvier 2016 avec lésion du ligament croisé antérieur à droite, n'a trouvé aucun déficit proximal des racines du plexus brachial droit pouvant évoquer un traumatisme ancien ou récent de cette structure anatomique. Il en est ainsi de même pour la suspicion de lésion du nerf axillaire, qui doit rester comme suspicion diagnostique non confirmée, vu la parfaite absence de corrélat clinique.

Dans le même sens, les experts de la D. _____ qui ont visualisé l'IRM du 17 décembre 2016 ne retrouvent pas les signes décrits et constatent, en revanche, une excellente trophicité musculaire de toute la musculature de la coiffe des rotateurs et en particulier du teres minor. Les experts précisent encore que, même si l'on peut éventuellement penser à un étirement partiel du plexus brachial, celui-ci a parfaitement

guéri et le recourant a parfaitement récupéré avec une musculature qui reste, à deux ans et demi de l'accident, développée d'une façon supérieure à la moyenne et symétrique (cf. rapport d'expertise du 29 août 2017 p. 18).

Au vu de ces avis convergents, il n'y a pas lieu de s'attarder sur l'avis du Dr K._____, qui se limite à reprendre les résultats de l'IRM du 17 décembre 2016 sans plus d'explication.

cc) Sur le plan neurologique, tant le Dr Q._____ que le Dr P._____ de la V._____ retiennent que les examens réalisés sont rassurants et qu'il n'y a pas de limitation à l'exercice d'une activité physique (cf. rapports des 16 février 2015 et 9 mars 2015 du Dr Q._____ et rapport du 12 octobre 2015 du Dr P._____).

Le recourant n'amène aucun élément de nature à contredire ces avis.

c) Sur le plan psychosomatique, la Dre A._____ observe que le recourant ne présente pas de troubles neurologiques. Il constate, toutefois, que ce dernier se plaint de céphalées et de petites fasciculations au niveau de l'œil gauche, d'une hypoesthésie au niveau du cuir chevelu à gauche autour de la cicatrice de la plaie, d'une hypoesthésie du gros orteil à droite, de douleurs à la nuque, des deux épaules et de la musculature deltoïde des deux côtés (cf. rapport du 14 octobre 2014).

Le Dr Q._____ relève une symptomatologie post-traumatique avec céphalées, vertiges, paresthésies locales des avant-bras et une perte partielle de la sensibilité de l'orteil droit. Il conclut à un syndrome psychosomatique post-traumatique (cf. rapport des 12 janvier 2015 et 16 février 2015), tout en mentionnant l'absence de lésion organique post-traumatique cérébrale et cervicale ultérieurement (cf. rapport du 9 mars 2015).

Le recourant s'étant également plaint de vertiges, les médecins de la V._____ constatent pour leur part des examens ORL (oto-rhino-laryngologique) clinique et paracliniques normaux. Ils concluent à une contusion labyrinthique bilatérale ayant quasi totalement récupéré (cf. rapport du 14 juillet 2015 p. 4).

En conséquence, c'est à raison que l'intimée considère que les investigations entreprises ne mettent plus en évidence un substrat organique au sens d'une altération structurelle.

d) Sur le plan psychiatrique, certains médecins retiennent que l'atteinte psychique présentée par le recourant, à savoir un trouble panique avec agoraphobie, n'est pas en lien direct avec le traumatisme cérébral survenu le 24 juillet 2014 (cf. rapport V._____ du 14 juillet 2015, p. 5, et rapport du 7 août 2015 du Dr R._____). Les médecins de la V._____ constatent d'ailleurs, au premier plan, des troubles anxieux et une composante dépressive. De plus, tous les médecins intervenus dans le dossier arrivent à la conclusion que les troubles psychiques se sont rapidement manifestés à l'avant plan. En effet, lors de son séjour à la V._____, le recourant a indiqué avoir eu un premier épisode d'attaque de panique quelques jours déjà après son accident, ce qui l'a conduit à consulter en urgence. Ces crises se sont, par la suite, chronicisées pour atteindre une vingtaine de crises par semaine. Cette pathologie s'est accompagnée d'une agoraphobie et d'un important repli social (cf. rapport du 14 juillet 2015, consilium psychiatrique du 10 juin 2015, p. 2). Le recourant a d'ailleurs lui-même exprimé être alors plus angoissé par les attaques de panique que par l'accident (cf. *ibid.* p. 2). Ces considérations ont, au surplus, été confirmées par l'expertise mise en place par l'assurance-invalidité, puisque les experts ont estimé que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité entre le 24 juillet 2014 et le 12 mars 2017 pour des raisons psychiatriques (cf. rapport d'expertise du 29 août 2017 p. 31, cf. également sur cette question rapports des 12 janvier 2015, 16 février 2015 et 9 mars 2015 du Dr Q._____).

e) Compte tenu de ce qui précède, il convient de déterminer si la symptomatologie post-traumatique présentée par le recourant est en lien de causalité adéquate avec l'accident du 24 juillet 2014 (cf. consid. 4b *supra*).

8. Compte tenu de la prédominance des atteintes psychiques et psychosomatiques, il s'agit d'appliquer la jurisprudence rendue en matière d'accidents en vue de l'examen de la causalité adéquate (cf. consid. 4c *supra*).

a) Préalablement, on peut écarter le grief du recourant en ce qu'il estime la qualification de l'accident devrait être effectuée par un expert médical. Celle-ci doit être déterminée par l'administration, respectivement par le juge, et non le corps médical (cf. consid. 6b *supra in fine* ; TF 8C 349/2013 du 15 novembre 2013 consid. 2.1).

Il n'y a pas davantage lieu de remettre en question l'appréciation de l'intimée en ce qu'elle a qualifié l'accident de gravité moyenne. On peut d'ailleurs relever que pour un cas similaire le Tribunal fédéral des assurances a retenu un accident de gravité moyenne (TFA U 80/00 du 2 novembre 2000 : cas d'une chute d'une hauteur de 2 mètres avec évanouissement pendant deux à trois minutes avant que l'assuré ne soit amené à une permanence médicale).

b) Dans le cadre de la décision querellée, l'intimée a considéré qu'aucun des sept critères n'était satisfait. Le recourant, quant à lui, estime qu'ayant été victime d'un traumatisme crânio-cérébral, le critère de la gravité des lésions physiques est satisfait. Il en irait de même du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, dans la mesure où la hauteur de la chute, selon un témoin, aurait été supérieure à 1,5 mètre (cf. déclaration de l'un de ses collègues de travail présent au moment de l'accident), que le recourant a rejoint ses collègues en tremblant, couvert de sang et que sa tête avait même gonflé. Pour le surplus, il conviendrait également de retenir les critères des douleurs

physiques persistantes et des difficultés et complications apparues en cours de guérison.

c) aa) Premièrement, s'agissant du caractère impressionnant de l'accident, l'examen de ce critère doit se faire sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce (TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.1.2). En l'occurrence, on ne voit pas qu'une chute d'une échelle d'une hauteur de 1,5 mètre, voire plus, doive se voir reconnaître un caractère particulièrement impressionnant, ceci d'autant plus que le recourant n'en a plus aucun souvenir.

bb) Il n'y a pas lieu de considérer la nature particulière de lésions physiques ou leur gravité, dans la mesure où elles apparaissent proportionnées à l'événement accidentel.

cc) On ne saurait retenir une durée anormalement longue du traitement médical. En effet, les fractures et autres lésions somatiques observées ont été consolidées, respectivement guéries, dans des délais usuels.

dd) Etant donné que le tableau clinique est essentiellement dominé par des troubles psychosomatiques ou psychiques, on peut écarter des douleurs physiques persistantes qui seraient en lien avec des substrats organiques.

ee) Aucune erreur dans les traitements médicaux n'a été relevée, ce que le recourant ne prétend, au demeurant, pas.

ff) Quant à des difficultés apparues au cours de la guérison ou des complications importantes, celles-ci doivent clairement être exclues. Les arguments du recourant en lien avec une pseudarthrose sont sans pertinence, ce diagnostic ayant été écarté grâce à la scintigraphie osseuse du 15 décembre 2016.

gg) Eu égard au degré et à la durée de l'incapacité de travail prononcée pour des raisons strictement somatiques, on rappellera que le Dr R._____, les médecins de la V._____ et les experts de la D._____ ont mentionné l'absence de séquelles physiques entravant une reprise d'activité professionnelle.

d) Sur le vu de ce qui précède, on peut conclure au défaut de lien de causalité adéquate entre l'accident du 24 juillet 2014 et les troubles psychiques présentés par le recourant.

Compte tenu de ce constat, les mesures d'instruction requises par le recourant (notamment une expertise médicale pluridisciplinaire) apparaissent manifestement superflues.

9. a) En définitive le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse du 12 décembre 2017 (n° de sinistre 02.023229.14.0) confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée qui n'y a pas droit comme assureur social (ATF 128 V 323).

c) Par décision du juge instructeur du 1^{er} février 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 janvier 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Aba Neeman. Ce dernier a produit sa liste des opérations les 27 août et 13 décembre 2019, qui comprend notamment des débours.

Me Aba Neeman a arrêté sa note d'honoraires à un montant de 2'662 fr. 20 hors taxe correspondant à un temps de travail de 14 h 79, auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 7,7 %, soit un montant de 205 francs.

A titre de débours, Me Aba Neeman a arrêté un montant de 205 francs. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), ce qui donne un montant de 133 fr. 10 à titre de débours. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 7,7 %, soit un montant de 10 fr. 25.

Au final, le montant de l'indemnité de Me Aba Neeman est arrêté à 3'010 fr. 55, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 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).

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

- I. Le recours déposé le 26 janvier 2018 par T._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 12 décembre 2017 (n° de sinistre 02.23229.14.0) est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Aba Neeman est arrêtée à 3'010 fr. 55 (trois mille dix francs et cinquante-cinq centimes).

V. T._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office, laquelle est mise provisoirement à la charge de l'Etat

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Aba Neeman (pour T._____), à [...],
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Berne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :