

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Sophie Beroud,
av. à Lausanne

et

C. _____ **SA**, à [...].

Art. 4, 43 et 44 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC d'employé de commerce et d'un diplôme fédéral en assurances, a travaillé pour différentes assurances. Du 1^{er} septembre 2012 au 30 juin 2014, il a été employé en tant que courtier en assurances par U._____ SA. Après une période de chômage, il a débuté le 25 janvier 2016 une formation non rémunérée, dans le cadre d'un processus d'engagement auprès de T._____ Sàrl, assurée contre les accidents auprès de C._____ SA (ci-après : C._____ SA ou l'intimée).

L'assuré a été victime d'un infarctus du myocarde dans la nuit du 26 au 27 janvier 2016. Il s'est rendu au Centre K._____, où ont été diagnostiqués un STEMI (infarctus du myocarde avec élévation de segment ST) inférieur subaigu sur maladie coronarienne monotronculaire avec occlusion récente de la circonflexe moyenne, une péricardite post-infarctus et une bursite olécranienne non infectieuse du coude droit (cf. rapport du 10 février 2016 du Dr G._____, spécialiste en cardiologie). Il a été en incapacité de travail totale à compter du 27 janvier 2016.

Dès le 5 février 2016, l'assuré a séjourné au service de réadaptation de la Clinique S._____. Le 29 février 2016, alors qu'il subissait une ponction de liquide dans le coude droit, il a fait un malaise vagal. Il a chuté de la table d'examen et s'est tapé la tête sur le sol, ce qui a entraîné un traumatisme crânien. Un scanner cérébral réalisé 48 heures après cette chute n'a montré aucune anomalie (cf. protocole de soins établi par le personnel soignant de la Clinique S._____ du 29 février au 3 mars 2016 et rapport de sortie rédigé le 10 mars 2016 par le Dr L._____, chef de clinique). L'assuré est rentré à son domicile le 3 mars 2016.

Dans un rapport du 23 mars 2016, le Dr T._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de vertige paroxystique positionnel bénin, dont le mécanisme était certainement dû au traumatisme crânien.

Le 20 mai 2016, au cours d'une promenade, l'assuré a ressenti un malaise, chutant à nouveau. Il a été transféré au Centre K._____, où un scanner (CT) cérébro-cervical a été effectué, lequel ne montrait aucune atteinte pathologique (cf. rapport du 21 mai 2016 du Dr J._____, médecin assistant au Centre K._____).

Le 1er juin 2016, 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).

Dans un rapport du 30 juin 2016, le Dr T._____ a posé le diagnostic de syndrome post-traumatisme crânien à la suite de deux chutes. L'assuré conservait également un vertige paroxystique positionnel bénin lié au traumatisme, nécessitant la poursuite d'une prise en charge en oto-rhino-laryngologie (ORL). Les vertiges s'étaient aggravés après la chute du 20 mai 2016. Le patient se plaignait aussi de troubles de la concentration et de céphalées postérieures.

Le 5 décembre 2016, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un syndrome de stress post traumatique (F 43.10) et évoqué une interruption de travail totale depuis le 27 janvier 2016.

Dans un rapport du 5 avril 2017, le Prof. Z._____, spécialiste en neurologie au Centre K._____, a indiqué que l'assuré présentait des vertiges positionnels depuis un traumatisme crânien, mais que l'examen n'avait mis en évidence aucun signe d'une atteinte cérébelleuse ou neurologique autre. Il préconisait de poursuivre les investigations oto-neurologiques pour évaluer la question et assurer une prise en charge adaptée.

Dans un rapport du 16 juin 2017, le Dr Q._____, spécialiste en ORL au Centre K._____, a notamment posé les diagnostics de status après vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB) post-traumatique du canal postérieur gauche, de status après traumatisme crânien bénin le 29

février 2016, de symptômes post-commotionnels persistants, de status après infarctus du myocarde le 27 janvier 2016 et d'état anxio-dépressif. Sur le plan ORL et otoneurologique, il n'y avait pas de contre-indication à la reprise du travail. La capacité de travail était complète dans l'activité de conseiller en assurances.

Dans un courriel du même jour au Dr Q._____, l'assuré lui a reproché d'avoir oublié son second traumatisme crânien du 20 mai 2016. Il a relevé avoir encore des vertiges, des troubles post-traumatiques persistants et un état anxio-dépressif. Il a contesté disposer d'une pleine capacité de travail.

Le 19 juin 2017, le Dr Q._____ a répondu à l'assuré qu'il n'avait pas omis le second traumatisme, mais que celui-ci n'avait pas provoqué d'autre lésion labyrinthique que celle déjà connue après le premier traumatisme. L'examen clinique était normal, les signes pour un VPPB absents et la capacité de travail était effectivement complète du point de vue ORL.

Par décision du 8 novembre 2017, confirmée par décision sur opposition du 2 février 2018, C._____ SA a refusé au recourant toutes prestations d'assurance, au motif qu'il n'était pas couvert par l'assurance-accidents le jour de son accident du 29 février 2016.

En parallèle, l'OAI a poursuivi l'instruction de la cause. Une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès de la Clinique W._____. Dans leur rapport du 22 janvier 2018, au point relatif à l'appréciation neurologique, les experts ont noté un examen strictement normal, sans signe de la lignée vestibulaire. Ils admettaient qu'après les deux traumatismes crâniens mineurs de février et mai 2016, l'assuré avait certes eu des vertiges paroxystiques bénins post-traumatiques dont il ne persistait plus aucune évidence. Les experts ne retenaient plus aucune atteinte à la santé sur le plan neurologique susceptible d'interférer avec la capacité de travail, dans quelque activité que ce soit. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de stress post traumatique évoqué par le

psychiatre traitant sans aucune description précise était contesté, les circonstances de l'accident étant relativement bénignes et aucun symptôme persistant typique (flash-back, cauchemars récurrents, pensées inclusives) n'ayant été évoqué. Ils ont posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble anxieux d'intensité modérée (F41.9). Les capacités d'adaptation, de flexibilité et d'affirmation étaient réduites. L'impact sur la capacité de travail n'était pas supérieur à 30 % dans l'activité antérieure et était nul dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique.

B. A la suite du recours déposé par l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 2 février 2018 par C. _____ SA, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par arrêt du 1^{er} avril 2019, l'a annulée et a renvoyé la cause à cet assureur pour qu'il en complète l'instruction et rende une nouvelle décision. Elle a en effet considéré que l'assuré bénéficiait d'une couverture d'assurance-accident durant trente jours encore après la fin de sa formation auprès de T. _____ Sàrl, à savoir jusqu'au 6 mars 2016. L'événement du 29 février 2016 devait en conséquence être couvert.

Le 27 août 2018, le Dr Q. _____ a posé le diagnostic d'acouphène neurosensoriel chronique perturbateur. L'otoscopie était normale des deux côtés, l'examen vestibulaire également, de même que l'audiogramme des deux côtés pour l'âge du patient, outre un léger scotome auditif symétrique dans les hautes fréquences, à l'origine de l'acouphène.

Dans un rapport médical du 13 mars 2019, le Dr Q. _____, la psychologue C. _____ et le Dr R. _____, spécialiste en ORL, ont indiqué que les mécanismes neurophysiologiques susceptibles d'être à l'origine d'acouphènes avaient été discutés en détail avec le patient et qu'un lien entre cette symptomatologie et le contexte psycho-social dans lequel elle s'inscrivait avait pu être établi.

Par courriel adressé à l'assuré le 23 mai 2019, C._____ SA l'a informé de son intention de mettre en œuvre une expertise auprès du [...], et lui a transmis la liste des questions qu'elle entendait poser à l'expert. Cette expertise n'a finalement pas eu lieu, l'un des médecins du centre, le Dr [...] ayant considéré qu'il n'était pas en mesure d'effectuer l'expertise sans que son impartialité puisse être mise en doute. Le [...], second centre mandaté, a lui aussi décliné la demande. L'assureur s'est alors adressé à H._____ SA, afin que ce centre examine les rapports de causalité, les séquelles, les limitations dues à l'accident et évalue l'incapacité de travail.

Dans deux questionnaires complétés les 17 et 21 juin 2019 en vue de l'expertise, les Drs M._____ et I._____, médecin généraliste traitante de l'assuré, ont affirmé que l'atteinte à la santé (soit un syndrome dépressif avec anxiété et insomnie) était au moins partiellement, si ce n'est possiblement totalement, imputable à l'accident. Ils ont annexé à leur questionnaire un rapport établi le 28 août 2018 par le Dr X._____, médecin généraliste, indiquant au titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail :

« Cardiopathie ischémique avec :

- sp STEMI inférieur subaigu sur maladie coronarienne monotronculaire sur occlusion de la Cx moyenne avec péricardite post-infarctus en janvier 2016 traitée conservativement coronarographie du 6.8.18 (Dr [...]). Lésion monotronculaire. Sténose significative chronique de l'artère circonflexe moyenne (CTO). Lésion non significative de l'ostium de la première marginale. Succès d'angioplastie de l'artère circonflexe moyenne. Implantation de 2 stents actifs. Bon résultat angiographique.

Etat anxio-dépressif avec PTSD [syndrome de stress post-traumatique] dans les suites post infarctus (selon avis du Dr M._____, psychiatre)

Acouphène neurosensoriel chronique perturbateur (avis ORL Dr Q._____, août 2018)

Sp TC [status post traumatisme crânien] sur probable malaise vasovagal le 29.2.16/2016

- CT-scan cérébral dans la norme

- vertiges persistants => avis Dr T._____ : VPPB post traumatique

Sp 2^{ème} TC le 21.5.2016 => CT-scan cervico-cerebral sp

consilium neurologique du 14.2.2017 Centre K._____ : VPPB post-traumatique avec troubles fonctionnels et PTSD : prise en charge psy ++++

consilium ORL et otoneurologique Centre K._____ Dr Q._____ en juin 2017 : dans la norme ».

Le 26 novembre 2019, C._____ SA a rendu une décision incidente relative à la mise en œuvre d'une expertise auprès de H._____ SA, qui n'a pas été contestée par l'assuré.

Le 28 janvier 2020, l'assuré a résilié le mandat de son avocate d'alors, Me N._____, « en raison des relations que cette dernière entretenait avec C._____ SA ».

Par courriel adressé le 9 février 2020 à C._____ SA, l'assuré a émis des doutes sur l'impartialité de H._____ SA.

A la suite d'un report par H._____ SA, le 19 mars 2020, du dernier examen, le recourant a écrit le 24 mars 2020 à C._____ SA, pour signaler qu'il s'était rendu par deux fois aux bureaux de H._____ SA, à [...], la troisième visite ayant été annulée sans faute de sa part, et réclamer le versement immédiat d'indemnités journalières de mars 2016 à mars 2020.

Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire (psychiatrique et neurologique) du 13 mai 2020, les experts de H._____ SA ont posé les diagnostics suivants : trouble de la personnalité immature (F60.8), status après infarctus du myocarde du 27 janvier 2016, status après chutes sur probables syncopes les 29 février 2016 et 20 mai 2016 sans séquelle neurologique, vertiges paroxystiques bénins sur dysfonction d'un des canaux postérieurs, céphalées inclassables et acouphène dans le cadre probable d'une presbyacousie. Ils ont indiqué que du point de vue psychiatrique, le trouble diagnostiqué n'avait aucun lien avec les chutes dont avait été victime l'examiné. A ce propos, ils ont relevé ce qui suit :

« En conclusion, les critères diagnostics remplis (régression, dépendance, clivage des objets, pensée et discours projectif, idéalisation de soi et des parents) permettent de poser le diagnostic de trouble de la personnalité immature. Ce trouble est théoriquement présent depuis au moins l'adolescence mais était, jusqu'au moment de l'infarctus du myocarde, en apparence parfaitement compensé chez la personne assurée. La réaction aux 2 chutes que la personne assurée a présentées s'inscrit dans le cadre de ce trouble de personnalité déjà décompensé ou moment de l'infarctus, raison pour

laquelle les symptômes que ces chutes ont entraînés sont majorés par les désirs régressifs (inconscients) de la personne assurée.

Sur le plan psychiatrique, l'atteinte à la santé psychique n'a aucun lien avec les chutes dont a souffert la personne assurée. Celles-ci lui permettent toutefois d'entretenir un conflit qu'elle prolonge pour rester à l'aide sociale et « justifier » ainsi, du fait de son manque de moyens financiers, le fait d'habiter chez ses parents. La quérulence est en fait une pseudo-quérulence, mise en scène pour prolonger indéfiniment le conflit asséurologique et justifier la non-acquisition de revenus propres qui l'obligeraient à rentrer dans sa propre famille ».

Sous l'angle neurologique, sur la base des rapports au dossier, les experts ont expliqué les raisons qui leur permettaient d'exclure un traumatisme crânien même léger et leur faisaient préférer un trauma crânien simple qui n'était selon eux pas susceptibles d'engendrer les atteintes dont souffrait l'assuré. S'agissant de la chute du mois de mai 2016, ces derniers la reliaient très vraisemblablement à un épisode de syncope sans lien avec un dysfonctionnement du système nerveux, ni avec un dysfonctionnement du système vestibulaire. Du point de vue tant psychiatrique que neurologique, les experts ont considéré que la capacité de travail était complète dans l'activité habituelle de l'assuré, sous réserve d'une interruption totale de travail admise durant le mois ayant suivi la chute du 29 février 2016.

Sur la base de ce rapport d'expertise, C. _____ SA a rendu une décision le 17 juin 2020, par laquelle elle a retiré l'effet suspensif à toute opposition, nié l'obligation de prester au-delà du 28 mars 2016 et refusé de verser toute indemnité journalière du 29 février au 28 mars 2016 et de couvrir tout accident ultérieur.

L'assuré, alors représenté par Me P. _____, a fait opposition le 23 juin 2017. Il a contesté, sur la base de rapports au dossier, l'absence de lien de causalité et demandé le versement d'indemnités journalières depuis le 29 février 2016 et au-delà du 28 mars 2016.

C. _____ SA a rendu une décision sur opposition le 10 février 2021, dans laquelle elle a rejeté l'opposition du recourant et confirmé la

décision du 17 juin 2020 mettant un terme aux prestations d'assurance dès le 28 mars 2016.

C. Par acte du 15 mars 2021, représenté désormais par Me Sophie Beroud, B._____ a recouru contre cette décision, concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à C._____ SA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il conteste essentiellement le bien-fondé même de l'expertise ordonnée par C._____ SA auprès de H._____ SA, considérant qu'il y avait suffisamment au dossier de rapports permettant de statuer sur le cas sans recourir à une nouvelle expertise. Ainsi, il entend que la cause soit renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision fondée uniquement sur les autres rapports médicaux du dossier. Dans un second grief, le recourant soutient que le centre d'expertise désigné par C._____ SA serait partial, au motif que ce centre est voisin de palier d'une agence de C._____ SA et que des places de parc destinées à C._____ SA portaient l'indication « expertise ». Cette situation n'ayant été découverte qu'à son arrivée sur place, il n'était pas en mesure d'exercer auparavant son droit de récusation. L'expertise ne dispose ainsi pas selon lui de valeur probante. Il considère également que le contenu même de l'expertise n'est pas probant en raison des différents rapports au dossier, dont les experts n'auraient pas tenu compte. Il prétend enfin qu'il existe des erreurs grossières dans l'expertise.

C._____ SA a répondu le 23 avril 2021. Elle a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en réfutant notamment les griefs soulevés par le recourant sur la supposée prévention de H._____ SA, sur l'opportunité de l'expertise, sur le contenu de celle-ci et sur les erreurs grossières du rapport reprochées.

Le recourant a déposé des déterminations spontanées le 7 juin 2021. Rappelant que l'intimée n'a pas contesté l'arrêt rendu le 1^{er} avril 2019 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal reconnaissant son droit à une couverture d'assurance, il insiste sur le fait que le dossier contient de nombreux rapports médicaux rendus entre 2016

et 2019 provenant de médecins expérimentés et permettant de statuer, de sorte qu'il était superflu de mettre en œuvre une expertise. Il réfute par ailleurs avoir pu se rendre compte de la proximité de H._____ SA avec l'agence de l'intimée avant de s'y rendre, raison pour laquelle il n'a pas demandé sa récusation avant. Selon lui, le fait que l'agence de l'intimée en question exerce uniquement la vente de produit d'assurance ne change rien à la problématique soulevée, l'attitude adoptée ensuite par l'intimée - à savoir la suppression du panneau « expertise » sur sa place de parc - ne faisant que renforcer l'apparence de prévention. Par conséquent, le recourant a confirmé ses conclusions.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de C._____ SA en lien avec l'événement du 29 février 2016 ou, en d'autres termes, sur l'existence d'un lien de causalité entre l'état de santé actuel du recourant et l'événement en question.

3. Dans un premier grief, le recourant s'en prend à l'utilité même de l'expertise, alléguant que cette dernière n'était pas nécessaire

en raison des nombreux rapports figurant déjà au dossier. Il demande, à ce propos, le renvoi de la cause à C._____ SA pour que cette dernière rende une nouvelle décision uniquement fondée sur les rapports médicaux préexistants. Ce faisant, il fait implicitement référence à l'interdiction de recueillir une « second opinion ».

a) Aux termes de l'art. 43 al.1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

En matière d'assurances sociales, où la procédure est régie par le principe inquisitoire, il appartient à l'assureur d'établir d'office les faits pertinents et d'administrer les preuves nécessaires. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 ; 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 4).

b) Sont considérés comme nécessaires tous les moyens de preuve qui permettent d'établir les faits pertinents pour l'application du droit. Si le pouvoir d'appréciation de l'assureur est grand dans la mise en œuvre d'un examen médical, il n'est cependant pas illimité. Il doit ainsi se laisser guider par son devoir d'objectivité et d'impartialité et garder à l'esprit l'intérêt général d'une gestion économique et rationnelle de

l'assurance (Jacques Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 10 ad art. 43 LPGA ; TF 9C_1012/2008 précité consid. 3.2.1). Le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelle mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2 ; 9C_1012/2008 précité consid. 3.2.2 ; Jacques Olivier Piguet, ibidem ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2020, nn. 17ss et 29 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1012/2008 consid 3.2.2).

c) Dans le cas particulier, il est exact que le dossier du recourant contient de nombreuses pièces médicales faisant état de ses différents problèmes de santé depuis son infarctus de janvier 2016. Cependant, ayant dans un premier temps refusé le principe même de la couverture d'assurance au recourant, l'intimée n'avait effectué pour sa part aucune mesure d'instruction. Par arrêt du 1^{er} avril 2019, la Cour de céans lui a renvoyé la cause dans le but qu'elle y procède. Dès lors, la question des conséquences de l'accident de février 2016 sur l'état de

santé du recourant et la durée de leur incidence n'avait jamais été établie de manière suffisamment précise pour permettre l'application du droit. Certes, les médecins traitants du recourant ont régulièrement fait état d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'événement de 2016, mais leur motivation est par trop lacunaire et peu circonstanciée pour permettre de se passer d'avis complémentaires. Les experts de la Clinique W._____, mandatés par l'OAI, n'ont pas été interpellés sur la question de la causalité et sur les strictes conséquences de l'accident du 29 février 2016. Enfin, tous les médecins qui se sont exprimés dans le dossier ne sont pas unanimes s'agissant des diagnostics à prendre en compte, en particulier sur celui de stress post-traumatique retenu par le psychiatre traitant et contesté par l'experte psychiatre de la Clinique W._____. Ce n'est donc pas une « second opinion » qu'est allée chercher l'intimée en mandant H._____ SA et c'est par conséquent à bon droit qu'elle a mis sur pied une expertise pluridisciplinaire, les faits nécessaires à l'examen du droit aux prestations n'étant pas suffisamment élucidés.

4. Dans un second grief, le recourant se plaint de l'apparence de partialité du centre d'expertise H._____ SA que fait naître la proximité de ses locaux avec ceux de l'agence générale [...] de C._____ SA.

a) D'après l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Lorsque l'assureur social et l'assuré ne s'entendent pas sur le choix de l'expert, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

b) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les

circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité ; TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

c) Contrairement à ce qu'il prétend, quand bien même C._____ SA et le centre d'expertise sont voisins de pallier, ce seul élément ne suffit pas à douter de l'impartialité des experts à l'égard du recourant. Cela est d'autant plus vrai que le centre lui-même fait appel à des médecins indépendants qui disposent de leur propre cabinet médical dans différents cantons romands. Le nom de chaque expert a au demeurant été communiqué au recourant, qui n'a soulevé aucun motif de récusation à leur encontre. D'autre part, le recourant alors représenté par Me N._____, disposait de tous les éléments permettant de se renseigner sur le centre d'expertise mandaté, lorsque lui a été notifiée la décision incidente du 26 novembre 2019 relative à la mise sur pied de l'expertise, qui n'a fait l'objet d'aucun recours. Le fait que le recourant ne se soit aperçu qu'une fois sur place que les locaux de l'agence générale et du centre d'expertise étaient dans le même immeuble ne suffit pas à considérer les choses différemment, pas plus que le fait qu'un panneau signalant des places de parc sur lequel figurait une inscription « expertise » qui aurait été retiré par la suite ne permet de se convaincre d'une quelconque accointance. Aussi, le grief du recourant à cet égard est-il mal fondé.

d) S'agissant du grief soulevé par le recourant dans l'opposition rédigée par Me P._____, relatif à la désignation unilatérale du centre d'expertise H._____ SA, il ne ressort pas clairement des écritures de la présente procédure que le recourant entend toujours s'en prévaloir. Cependant et quoiqu'il en soit, on rappellera que la décision incidente du 26 novembre 2019 relative à la mise sur pied de l'expertise, pourtant notifiée autant au recourant qu'à son conseil d'alors, n'a fait l'objet d'aucun recours et est par conséquent entrée en force. Il n'y a ainsi

pas lieu de la remettre en question. Au demeurant, le nom des experts et le questionnaire déposé en vue de l'expertise ont été communiqués par courrier recommandé du 20 novembre 2019 à Me N._____. Les conditions de la mise en œuvre d'une expertise conforme à l'art 44 LPGA sont donc, à ce stade, réunies.

e) Compte tenu de ce qui précède, les critiques soulevées par le recourant s'agissant de l'instruction de la cause ne sont pas fondées. Il convient donc d'examiner à ce stade l'affaire sur le fond.

5. a) Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, l'événement litigieux étant survenu le 29 février 2016 (cf.ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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).

d) Pour 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. 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 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).

6. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

b) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

7. Le recourant prétend que les conclusions des experts de H._____ SA ne seraient fondées sur aucun élément objectif et seraient en contradiction avec les rapports de ses médecins traitants.

En l'occurrence, les experts se sont fondés sur le dossier médical complet du recourant, au demeurant résumé dans le rapport d'expertise sur une dizaine de pages. Les rapports des médecins traitants ont par conséquent été mis à disposition des experts, qui en ont tenu compte et ont motivé de façon circonstanciée les raisons les conduisant à s'écarter de certains des diagnostics retenus par ces médecins.

a) Du point de vue somatique, s'agissant des troubles neurologiques, les experts ont longuement expliqué, de manière convaincante, en fonction des documents du dossier, de l'anamnèse détaillée ainsi que de la littérature médicale, ce qui leur permettait de conclure à un traumatisme crânien simple dont l'importance ne pouvait être mise en relation avec des vertiges paroxystiques bénins postérieurs au 29 mars 2016 ou un acouphène causé par un déficit vestibulaire. Ce qui précède coïncide avec l'appréciation qu'avait faite le Dr Q._____ le 16 juin 2017, ce médecin n'ayant mis en évidence aucun déficit vestibulaire. Certes, le rapport du 13 mars 2019 du service ORL du Centre K._____ fait état d'un « discret scotome centré sur la fréquence de 4000 Hz », mais les experts de H._____ SA le relient à une presbyacousie, plus vraisemblablement liée au vieillissement. A cet égard, le rapport du Dr Q._____ du 27 août 2018 fait lui aussi état d'un examen sans

particularité des deux côtés et d'un audiogramme cohérent avec l'âge du patient, outre un léger scotome auditif symétrique dans les hautes fréquences, à l'origine de l'acouphène. Lors de leur examen du 13 mars 2019, les médecins ont mis en relation cet acouphène avec le contexte psycho-social dans lequel se trouvait le patient. L'origine exacte de ce problème auditif (vieillesse ou contexte psycho-social) peut cependant rester indéterminée, dans la mesure où aucun des médecins, qu'il soit expert ou médecin traitant, n'a relié cette atteinte particulière avec la chute du 29 février 2016.

On relèvera encore que les différents examens neurologiques, notamment l'imagerie cérébrale effectuée 48 heures après la chute du 29 février 2016, de même que le scanner cérébro-cervical du 20 mai 2016 n'ont démontré aucune anomalie. L'examen conduit par le Prof. Z. _____ (cf. rapport du 5 avril 2017) n'a pas non plus mis en évidence de signe d'une atteinte cérébelleuse ou neurologique. L'expertise de la Clinique W. _____ fait également état d'un examen clinique neurologique strictement normal, sans aucun signe de la lignée vestibulaire, susceptible d'interférer avec la capacité de travail du recourant dans toute activité.

Les difficultés cognitives dont se plaint le recourant ne sont pas non plus corrélées par l'examen neuropsychologique du 13 février 2020 effectué dans le cadre de l'expertise de H. _____ SA, pas plus qu'elles ne l'avaient été d'ailleurs par les experts de la Clinique W. _____, qui considéraient que les difficultés de concentration de l'expertisé n'étaient pas objectivables.

Ces différents éléments objectifs, rassurants, confortent les conclusions des experts de H. _____ SA dans le sens d'un traumatisme crânien simple sans conséquence grave, et sans lien avec les différentes atteintes neurologiques et auditives. Le fait que le Dr T. _____ évoque de manière succincte et non circonstanciée que les vertiges paroxystiques positionnels bénins sont la conséquence du traumatisme crânien, ne suffit pas à mettre en doute les conclusions des experts, objectivement motivées.

b) S'agissant de la problématique psychiatrique, au terme d'un examen clinique, les experts ont expliqué de manière convaincante au moyen d'une anamnèse détaillée les raisons qui leur permettaient de retenir le diagnostic de trouble de la personnalité immature, présent depuis de très nombreuses années et décompensé au moment de l'infarctus du myocarde déjà. La réaction à ces deux chutes, qui s'inscrivait dans le cadre de ce trouble déjà décompensé, était par conséquent sans lien avec ces dernières. Ils ont en outre expliqué ce qui leur permettait de s'écarter des diagnostics posés par le psychiatre traitant, notamment l'état de stress post-traumatique qui n'était pas retrouvé au moment de l'expertise et que les experts de la Clinique W._____ n'avaient pas non plus retenu en janvier 2018, faute de symptômes évocateurs.

Quant au syndrome dépressif « avec anxiété et insomnie », évoqué par le Dr M._____ dans un rapport du 17 juin 2019, il n'est pas retenu par les experts de H._____ SA, dont l'appréciation est superposable à celle des experts de la Clinique W._____ qui avaient déjà évoqué que les éléments de la lignée dépressive étaient absents. Du reste, on relèvera que l'appréciation des experts de H._____ SA est globalement semblable à celle des experts de la Clinique W._____. Ces derniers notent en effet le mode régressif dans lequel s'est installé le recourant en retournant vivre chez ses parents et les traits de personnalité dépendants et immatures. Certes, les experts de la Clinique W._____ retiennent le diagnostic de troubles anxieux modérés que les experts de H._____ SA ne constatent plus au moment de l'expertise. S'ils admettent que ce trouble est responsable d'une interruption de travail de 30 % dans l'activité habituelle du recourant, ils considèrent cependant qu'il n'empêche pas pour autant l'exercice de toute activité. A cet égard, ils ont noté que dans une activité respectant certaines limitations, à savoir faisant peu appel aux capacités d'adaptation, de flexibilité et d'affirmation, l'assuré présentait une capacité de travail entière.

Quoi qu'il en soit, conformément à la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral s'agissant de la causalité adéquate en matière de troubles psychiatriques liés à un accident, on admettra que l'événement du 29 février 2016 peine à remplir les critères d'un accident de gravité même moyenne. Il n'y a dès lors pas lieu de discuter plus avant la question du diagnostic de troubles anxieux qui ne saurait de toute façon pas être mis en relation de causalité adéquate avec l'événement en question.

Pour le surplus, le rapport d'expertise a été effectué sur la base d'examens complets et établi en pleine connaissance d'une anamnèse de plusieurs volets, complète et détaillée. Comme vu précédemment, les avis des médecins consultés par l'assuré ont été pris en compte, tandis que les plaintes du recourant, la description du contexte et l'appréciation de la situation médicale ont été retranscrites de manière adéquate, claire et motivée. Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce qui précède. En effet les rapports des médecins traitants, pour autant qu'ils se prononcent sur le lien de causalité, ne sont motivés que très succinctement et ne permettent pas de remettre en question les conclusions des experts auxquelles la Cour de céans adhère pleinement.

8. a) Quant aux éventuelles conséquences nées de la chute du 20 mai 2016, outre le fait que les médecins, notamment le Dr Q._____, n'ont pas constaté de lésions supplémentaires qu'elle aurait pu provoquer, il convient de relever qu'aucune des atteintes à la santé du recourant ne peut être mise en relation avec l'accident du 29 février 2016 au-delà d'un mois après sa survenance. Partant, on ne saurait admettre que la seconde chute soit indirectement liée à la première.

Assuré par C.____ SA uniquement pendant le mois suivant la fin de son stage, les conséquences de cette chute n'ont au demeurant pas à être prises en charge par l'intimée. Enfin, le stage effectué auprès de T.____ Sàrl l'ayant été à titre gratuit, le recourant n'a pas droit à

des indemnités journalières faute pour lui d'avoir été privé de réaliser un revenu.

b) Enfin, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la production du dossier de D._____, assureur maladie du recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

9. a) Compte tenu des explications qui précèdent, le recours, mal fondé doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure en matière de prestations devant le tribunal cantonal des assurances n'est soumise à des frais que si la loi spéciale le prévoit (art. 61 let. f^{bis} LPGA). Tel n'étant pas le cas s'agissant de l'assurance-accidents, il n'est dès lors pas perçu de frais judiciaires.

c) En outre, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant a déposé, parallèlement à son recours, une requête d'assistance judiciaire pour la procédure devant la Cour de céans.

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 (art. 18 al. 1 LPA-VD). L'assistance judiciaire peut être accordée totalement ou partiellement (art. 118 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), de sorte qu'il est possible d'exiger de la partie

requérante qui est en mesure de le faire une franchise mensuelle à titre de participation aux frais de procès.

Le recourant remplissant les deux conditions cumulatives précitées, il y a lieu de lui accorder l'assistance judiciaire, comprenant l'exonération des avances et frais de justice, ainsi que l'assistance d'un avocat en la personne de Me Sophie Beroud. Il peut en outre être exonéré de la franchise mensuelle à titre de participation aux frais de procès.

Me Beroud a produit sa liste des opérations le 29 juin 2021. Elle fait état de 7 heures 30 déployées par elle-même et de 8 heures par une avocate-stagiaire de son étude, ainsi que de débours par 44 fr. 60 hors TVA. Ces opérations étant justifiées, il convient d'octroyer à Me Beroud un montant total de 2411 fr., débours et TVA au taux de 7,7 % 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 est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 10 février 2021 par C._____ SA est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé à B._____, Me Sophie Beroud étant désignée comme conseil d'office et l'intéressé étant exonéré des frais judiciaires et de toute franchise mensuelle à titre de participation aux frais de procès.
- V.** L'indemnité de Me Sophie Beroud, conseil d'office de B._____, est arrêtée à 2411 fr. (deux mille quatre cent onze francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mise 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 Sophie Beroud (pour B._____),
- C._____ SA,
- 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 :