

VD_FINDINFO AA 116/11 - 76/2015 vom 17. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_116_11_-_76_2015

FR: VD_FINDINFO AA 116/11 - 76/2015 du 17 août 2015

IT: VD_FINDINFO AA 116/11 - 76/2015 del 17 agosto 2015

Regeste

LIEN DE CAUSALITÉ, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, REJET DE LA DEMANDE | 10 LAA, 16 LAA, 6 LAA

Erwägungen

E. 20

juillet 2007 comprenant le versement de 200 fr. pour le casque, dont la visière avait été endommagée ; - une attestation de la psychologue M. _____ du 8 novembre 2007 mentionnant le suivi de 10 séances entre novembre 2006 et septembre 2007 et confirmant qu'à cette date, le recourant ne présentait plus de troubles du sommeil, ni de troubles phobiques ou de troubles de la lignée dépressive, se sentait mieux, en dépit de difficultés de concentration et de mémorisation néanmoins encore présentes ; - une attestation du 28 novembre 2007 établie par W. _____ relevant chez le recourant une production scientifique « bien en-dessous » de celle réalisée avant l'accident ainsi que des troubles de concentration et de mémoire perturbant notablement l'avancement de ses travaux de recherche, lesquels entraînaient un retard dans la rédaction de sa thèse ; - un courrier du 17 avril 2008 adressé par W. _____ au conseil du recourant confirmant que l'accident et ses conséquences étaient à l'origine d'une forte perturbation de l'évolution de la thèse du recourant et du retard pris pour la finalisation de son travail de recherche. En date du 5 novembre 2012, l'intimée a pris position sur l'écriture de la partie adverse et les pièces produites, relevant notamment que les capacités intellectuelles du recourant étaient réelles et intactes et qu'un ralentissement attentionnel ou des troubles de la concentration ne suffisaient pas à établir des lésions ou altérations structurelles et objectivables. Elle a maintenu ses conclusions, renvoyant pour le surplus à son mémoire de réponse. Par acte du 27 novembre 2012, le recourant a contesté la prise de position de l'intimée et confirmé ses conclusions initiales. Une audience d'instruction s'est tenue le 27 novembre 2013 au cours de laquelle a été entendue le témoin D. _____. Elle a estimé entre 5 et 20 secondes le temps écoulé entre la collision et le moment où elle s'est trouvée aux côtés du recourant, à terre et dans un état qu'elle a qualifié de « sonné » sans qu'elle eût le souvenir d'avoir constaté une perte de conscience. Le dossier de l'assureur responsabilité civile a été produit, les parties ayant bénéficié de l'opportunité de le consulter. Par écrit du 21 février 2014, les parties ont été informées que la cause était prête à juger, un délai au 24 mars 2014 leur étant imparti pour la production d'éventuelles réquisitions. Le recourant a dès lors renouvelé sa requête d'expertise par écriture du 24 mars 2014. A la demande de la juge instructrice, Me Guyaz a fait parvenir une liste détaillant les activités déployées pour le compte de l'assuré à compter du 1^{er} novembre 2011, par correspondance du 12 août 2015. Les arguments des parties seront repris par la suite dans la mesure utile. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de

la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est par ailleurs compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). c) S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). d) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il convient d'entrer en matière. 2. En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 14 octobre 2011, à confirmer sa décision du 11 février 2009 et mettre un terme au droit du recourant à des prestations d'assurance à partir de cette dernière date. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA), ainsi que par suite d'impotence (art. 26 LAA). b) Le droit à l'indemnité journalière prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (TF [Tribunal fédéral] 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1 et les références citées). c) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité

naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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'assureur ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. notamment ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3). d) 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 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). 4. a) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. b) En matière d'atteintes à la santé « organiquement » perceptibles lors de l'examen clinique mais sans substrat organique dans le sens d'une altération structurelle, l'expérience montre que de tels troubles ont comme particularité de pouvoir également être déclenchés psychiquement. Il en va ainsi pour des troubles mis en évidence par des tests neuropsychologiques (distraction, manque de concentration, etc.) et qui ne sont pas fondés sur une atteinte organique (cérébrale) (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 80/2001 du 11 juillet 2003 et U 216/2003 du 20 septembre 2004). De telles atteintes, dont la cause organique n'est pas démontrable quand le lien de causalité est retenu, ne sont pas considérées sans autre comme étant en lien de causalité adéquate avec l'accident, tel que c'est le cas pour les atteintes avec substrat organique au sens d'altérations structurelles. Dans ces cas de plaintes seulement perceptibles cliniquement, il faut encore évaluer la causalité adéquate selon des critères précisés par le Tribunal fédéral. c) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre

l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il 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). 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). d) Selon la jurisprudence, on peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examen radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références). Pour l'examen de la causalité adéquate, la jurisprudence distingue la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7). 6. En l'espèce, il convient à ce stade de

déterminer si l'accident a entraîné un traumatisme crânio-cérébral, une atteinte cervicale pouvant d'ores et déjà être exclue. a) Le Dr N. _____ a relevé que l'accident était à l'origine d'un probable traumatisme crânien amorti par le port du casque et a notamment posé le diagnostic de « syndrome post-traumatique modéré avec troubles de la mémoire et de la concentration ». La Prof. Q. _____ n'a pas remis en cause cette appréciation. Le Dr T. _____ a pour sa part focalisé son appréciation sur l'absence d'atteinte organique du système nerveux. Il a néanmoins réservé l'hypothèse d'une tout au plus possible brève perte de connaissance immédiatement après l'accident et a conclu que l'hypothèse d'un traumatisme crânien de gravité supérieure à celle d'une contusion crânienne (MTBI, catégorie 0 selon l'EFNS) n'apparaissait pas vraisemblable. Le MTBI correspond à l'ancien diagnostic de « commotion cérébrale ». Une commotion cérébrale est définie comme une perte de conscience de courte durée sans troubles neurologiques, alors qu'une contusion cérébrale renvoie à un état de déficits neurologiques consécutifs avec ou sans perte de conscience (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in : Neurologische Begutachtung, Zurich 2004, p. 165). La classification de l'EFNS, rédigée en langue anglaise, est la suivante : Grade Clinical Presentation Mild – Grade 0 GCS = 15 No LOC, no PTA = head injury, no TBI No risk factors* Mild – Grade 1 GCS = 15 LOC < 30 min, PTA < 1h No risk factors Mild – Grade 2 GCS = 15 Risks factors present Mild – Grade 3 GCS = 13-14 LOC < 30 min, PTA < 1h With or without risk factors present Moderate GCS = 9-12 Severe GCS < 8 Critical GCS = 3-4 with loss of pupillary reactions and absent or decerebrate motor reactions * Risk factors : Unclear or ambiguous accident history continued post-traumatic amnesia, retrograde amnesia < 30 min, trauma above the clavicles including severe headache, vomiting, focal neurological deficit, seizure, age < 2 years, age > 60 years, coagulation disorder, high energy accident LOC : Loss of consciousness / PTA : Post traumatic amnesia / GCS : Glasgow coma scale En l'occurrence, il doit être admis au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident est à l'origine d'un heurt au niveau de la tête, au vu de sa dynamique, de l'existence d'un dommage au casque et des rapports des Drs N. _____ (probable traumatisme crânien) et T. _____ (contusion crânienne). La perte de conscience alléguée par le recourant, laquelle aura duré tout au plus une vingtaine de secondes au vu des déclarations, fiables, du témoin, n'influe guère sur le diagnostic retenu par le Dr T. _____. En effet, le score sur l'échelle de Glasgow a toujours été de 15, correspondant à l'état d'une personne parfaitement consciente, tandis que le recourant n'a pas présenté d'amnésie relative à l'accident dans la mesure où il a pu en décrire les circonstances et le mécanisme ; enfin il n'a pas présenté les facteurs de risque énumérés par l'EFNS, de telle sorte que le diagnostic susceptible d'être pris en compte serait tout au plus celui d'un MTBI de degré 1. On ne saurait retenir en conséquence une quelconque lacune dans l'appréciation du Dr T. _____ pour cette seule divergence, dans la mesure où le témoignage judiciaire de l'agente D. _____, plus exhaustif que celui verbalisé dans le rapport de police, ne pouvait lui être connu. L'existence d'un traumatisme crânio-cérébral est ainsi vraisemblable. b) Cependant, les différentes investigations médicales n'ont pas permis d'objectiver au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une altération structurelle ou organique consécutive à ce traumatisme. Le protocole d'intervention des ambulanciers et les examens en milieu hospitalier dans les semaines suivant l'accident n'ont pas mis en évidence de lésion crânio-cérébrale, ni de trouble ou déficit neurologique. L'IRM cérébrale du 13 février 2007 comme l'examen électro-encéphalographique rapporté le 5 mars 2007 se sont révélés dans la norme. Enfin, ni le Dr N. _____, ni la Prof.

Q._____, n'ont constaté une atteinte organique objectivable, rejoignant ainsi l'avis du Dr T._____. Enfin, même si la Prof. Q._____ a estimé que les troubles cognitifs constatés sont très vraisemblablement liés à l'accident du 31 août 2006, la seule constatation de troubles neurologiques ne suffit pas pour établir la présence d'une atteinte organique. Le cas échéant, il n'eût pas été nécessaire de dégager des critères objectifs pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 359 consid. 5d/aa et bb ; TF 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 5.2). c) Etant admise l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il doit en conséquence être déterminé si les critères du tableau clinique typique présentant de multiples plaintes sont réalisés (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.). ca) En l'occurrence, le recourant se plaint de ce que ce traumatisme a entraîné des troubles neuropsychologiques, plus particulièrement des troubles de la mémoire de travail, de la concentration et de l'attention, tels qu'observés par la Prof. Q._____. Il sera remarqué préliminairement que le Dr T._____ ne remet pas en cause l'existence des troubles allégués. Il se limite à relever qu'ils ne peuvent pas être corrélés, d'un point de vue neurologique, avec des lésions cérébrales organiques ou structurelles. Si le recourant a présenté des troubles de la concentration et de la mémoire, une fatigabilité, des sentiments liés à la lignée dépressive, soit plusieurs des plaintes relevant du tableau clinique typique retenu par la jurisprudence, en revanche ces plaintes n'ont été mentionnées par l'intéressé pour la première fois qu'à la faveur de sa première consultation auprès de la psychologue M._____ le 24 novembre 2006, soit bien après le délai de 72 heures. Par ailleurs, les dossiers d'hospitalisation ne font pas état de doléances spécifiques du recourant en relation avec le traumatisme crânio-cérébral de telle sorte qu'à ce stade déjà, le lien de causalité naturelle entre l'accident et ces troubles devrait être nié. cb) Enfin, même dans l'hypothèse où de telles plaintes avaient été évoquées dans les suites immédiates de l'accident, le lien de causalité naturelle n'en serait pas pour autant réalisé. En effet, au degré de la vraisemblance prépondérante, il ne saurait être admis que ce traumatisme et les troubles consécutifs allégués aient entraîné de facto une incapacité de travail. Plus particulièrement, l'incapacité de travail attestée médicalement du 31 août 2006 au 11 février 2007 l'a été par le Dr K._____ du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier F._____ et par conséquent, se rapportait aux seules atteintes orthopédiques à la hanche et à l'épaule. Par ailleurs, la psychologue M._____ n'atteste nullement d'une incapacité de travail, respectivement d'une diminution de rendement résultant des troubles constatés auprès de son patient. Quant à la Prof. Q._____, elle relève certes dans son rapport d'examen du 7 juin 2010 que sur le plan strictement neuropsychologique, la symptomatologie observée était à même de diminuer le rendement professionnel vu l'activité exercée, sans cependant étayer et développer cette affirmation, ni quantifier la diminution de rendement. A cela s'ajoute que cette appréciation se fonde sur la symptomatologie, soit sur les symptômes décrits par le patient, par définition subjectifs, et non sur l'examen clinique, lui seul objectif. L'attestation du directeur de thèse du recourant imputant à l'accident une perturbation de l'évolution de sa thèse et un retard dans la finalisation de son travail de recherche n'est d'aucune utilité au recourant, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une appréciation médicale. Enfin, le recourant ne démontre pas qu'il aurait suivi une quelconque thérapie ultérieurement à ses entretiens avec la psychologue

M. _____, ni qu'il aurait effectivement donné suite à la proposition de la Prof. Q. _____ de suivre un traitement médicamenteux. Il peut être déduit de cette abstention que les troubles neuropsychologiques du recourant n'ont pas interféré ou que dans une très faible mesure sur sa capacité de travail ou de rendement. Cela étant, la conclusion du Dr T. _____ quant à l'inexistence d'une incapacité de travail ne peut qu'être suivie, d'autant qu'elle est confirmée par le Dr S. _____, lequel n'a pas relevé de troubles cognitifs notables. cc) Par ailleurs, si certains rapports au dossier font état de troubles psychiques tels que PTSD (psychologue M. _____), signes anxio-dépressifs (Prof. Q. _____), ceux-ci ne sont pas qualifiés d'incapacitants par leurs auteurs. Le Dr S. _____ a au demeurant exclu l'existence de troubles psychiques séquellaires en relation de causalité naturelle avec l'accident et considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail sans aucune restriction du point de vue psychiatrique. Du reste, hormis les troubles neuropsychologiques relevés par la Prof. Q. _____, le recourant ne s'est pas prévalu de souffrir d'une atteinte du registre psychique. d) Pour le surplus, s'agissant de l'atteinte somatique, le Dr V. _____ a constaté lors de son examen du 17 décembre 2010 que la situation était globalement stabilisée et considéré que la limitation fonctionnelle imposant une alternance des positions assise et debout n'altérerait pas la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. Cette appréciation, de même que celle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'épaule et de la hanche, ne sauraient être remises en cause, le rapport du Dr V. _____ répondant aux réquisits jurisprudentiels et n'étant au demeurant pas contredit par les autres éléments médicaux au dossier. e) Cela étant, en présence d'une incapacité de travail n'ayant pas perduré au-delà du 11 février 2007, d'une limitation fonctionnelle sans incidence sur l'activité professionnelle du recourant et d'une situation stabilisée, la CNA était légitimée à mettre un terme à ses prestations, étant précisé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas litigieuse au stade du recours. S'agissant de l'échéance des prestations, soit en date du 11 février 2009, elle n'est pas critiquable dans la mesure où dans son rapport du 10 octobre 2009, le Dr R. _____ qualifiait de résiduelles les coxalgies gauches de même que la dysharmonie fonctionnelle gléno-humérale gauche et précisait que la physiothérapie avait été interrompue (pour mémoire en janvier 2009) en raison de l'absence de progrès. On en déduit qu'une amélioration n'était plus envisageable dès ce moment. 7. Par surabondance de droit, dans l'hypothèse où la causalité adéquate entre l'accident et les troubles neuropsychologiques présentés par le recourant devait être examinée, elle le serait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, sans distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, dans la mesure où l'intéressé ne présente pas de comorbidité psychiatrique distincte et indépendante. Ce sont donc les critères jurisprudentiels posés aux ATF 134 V 109 et 117 V 359 qui seraient en l'occurrence déterminants pour l'appréciation de la causalité adéquate. a) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, la jurisprudence classe d'abord les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants, sont les suivants : -

les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3 ; 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). Par ailleurs, l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques (ATF 117 V 369 consid. 4c ; TFA U 7/2006 du 29 septembre 2006 consid. 5.1 et les références). b) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il importe 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/2004 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3). En l'espèce, l'accident du 31 août 2006 est objectivement de gravité moyenne. Le heurt a été latéral à une vitesse de l'ordre de 50 km/h. Le dommage total du scooter n'est pas significatif d'un accident grave. Il s'agit généralement de la norme lors d'une collision entre ce genre de véhicule et une voiture. Le recourant a été rapidement secouru. Le pronostic vital n'a à aucun moment été engagé et les lésions subies ne sont pas graves. En outre, si le choc avait été d'une extrême violence, le passager du recourant aurait été plus sérieusement atteint. Enfin, selon la jurisprudence, une collision survenant en localité entre un motocycliste et un automobiliste lui coupant la route est en principe de gravité moyenne (TFA U 377/99 du 7 février 2000). c) Reste à examiner en second lieu les critères posés par la jurisprudence. L'accident n'a pas revêtu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Des lésions consistant en une luxation de la hanche, une fracture de l'humérus, un traumatisme crânio-cérébral bénin et de multiples dermabrasions ne sauraient être qualifiées de graves et encore moins de nature particulière. Le traitement médical, lequel a consisté dès la fin de l'hospitalisation en un traitement antalgique et conservateur, sous forme de physiothérapie, n'a présenté ni pénibilité, ni particularité, ni erreurs. Il n'est survenu aucune difficulté en cours de guérison, ni de complications importantes. Les douleurs somatiques alléguées ne sont pas décrites comme intenses. S'agissant de l'incapacité de travail, elle a été de 100% pendant trois mois, puis de 50% pendant un peu moins de deux mois et demi. En ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). En l'occurrence, le recourant a pu reprendre son activité habituelle sans mesures d'adaptation particulières, de telle sorte que l'incapacité de travail ne revêt pas une intensité suffisante pour que ce critère paraisse réalisé. Ce point

peut rester indécis, dès lors qu'un seul critère n'est pas décisif pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard de la gravité de l'accident litigieux (ATF 117 V 359 consid. 6b, 369 consid. 4c). c) Vu les éléments ci-dessus, un lien de causalité adéquate ne saurait être retenu. 8. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014). 9. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. a) Le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que le recourant, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). b) Dans la mesure où le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient de fixer la rémunération de Me Guyaz, désigné comme avocat d'office. Ce dernier a produit le 12 août 2015 la liste de ses opérations comprenant des activités d'avocat à hauteur de 13 heures et celes de son avocate-stagiaire à hauteur de 33 heures et 36 minutes, ainsi que des débours par 224 fr.30, à compter du 1^{er} novembre 2011. Après contrôle de cette liste au regard de la conduite du procès, il faut constater que certains postes apparaissent injustifiés ou excessifs au vu des écritures déposées pour le compte de l'assuré et de la nature des démarches corrélatives. En particulier, les heures consacrées par l'avocate-stagiaire à la rédaction du recours et aux recherches, soit plus de 20 heures, ont lieu d'être réduites de 7 heures, dans la mesure où nombre de griefs avancés pour le compte du recourant avaient précédemment été développés au stade de la procédure d'opposition. En sus, la jurisprudence pertinente avait été exposée dans la décision sur opposition querellée par l'intimée, ce qui permettait au mandataire de l'assuré de restreindre le cadre de ses propres recherches. De même s'agissant des déterminations déposées le 25 avril 2012, on ne voit pas que des recherches et des corrections eussent été justifiées à concurrence de plus de 8 heures, ce qui permet également de réduire de moitié les heures facturées. S'il est certes légitime que l'avocate-stagiaire en formation soit amenée à passer plus de temps qu'un avocat expérimenté à procéder à certaines démarches (cf. à cet égard ATF 137 III 185 consid. 6), il n'en demeure pas moins que le total des heures facturées in casu apparaît disproportionné eu égard aux besoins de la cause. Enfin, il convient de faire abstraction du poste « audition de témoin » postérieur à l'audience qui s'est déroulée devant la Cour de céans, du temps consacré à l'étude du dossier de l'assureur en responsabilité civile – lequel devait déjà être connu du mandataire de l'assurée – de même que de l'activité en lien avec des courriers adressés audit assureur, sortant manifestement du champ de la présente procédure. S'agissant des débours, chiffrés à 224 fr. 30, l'on ne voit pas que des photocopies du « classeur » de la Cour de céans eussent justifié des frais de 141 fr., alors que nombre des pièces devaient forcément être déjà en possession de l'avocat. Un total limité à 200 fr. sera dès lors seul pris en compte au titre de débours. Compte tenu des remarques ci-dessus, on admettra en définitive 13 heures au tarif horaire de 180 fr., ainsi que 22 heures au tarif horaire de 110 fr., en sus des débours (art. 2 al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Compte tenu de la TVA de 8%, c'est ainsi un montant total de 5'356 fr. 80 qui couvre les frais de représentation de l'assuré

dès le 1^{er} novembre 2011. Cette indemnité est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au service juridique et législatif de fixer les modalités dudit remboursement (art. 5 RAJ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.