

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 194 vom 10. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__194

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 194 du 10 juin 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 194 del 10 giugno 2022

Regeste

ACCIDENT DE LA CIRCULATION, LIEN DE CAUSALITÉ, FORCE PROBANTE, DÉCISION DE RENVOI, ADMISSION DE LA DEMANDE, EXPERTISE, SUREXPERTISE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 61 let. c LPGA

Erwägungen

E. 10

juin 2022 _____ Composition : M. Neu , président M. Bonard et Mme Silva, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : C. _____ , à Lausanne, recourant, représenté par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles à Lausanne, lui-même représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et V. _____ , à Lausanne, intimée. _____ Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA E n f a i t : A. a) C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a bénéficié de la prise en charge de frais de formation scolaire spéciale par l'assurance-invalidité en raison de troubles psychiques et retard mental léger. Il a également bénéficié, de la part de l'assurance-invalidité, de mesures professionnelles sous la forme d'une formation initiale d'horticulteur option paysagisme, débutée le 1 er septembre 2008, pour le compte de G. _____, paysagiste à [...]. L'assuré a signé un contrat d'apprentissage (CFC) et a débuté, le 1 er septembre 2010, en tant qu'horticulteur, option paysagisme, toujours auprès de l'entreprise de G. _____, pour une durée prévue de trois ans. A ce titre, C. _____ était assuré auprès de V. _____ (ci-après : V. _____ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Depuis le 23 juin 2011, une tutelle a été mise en place, successivement assumée par [...], [...][...] et, depuis le mois d'avril 2018, [...]. Dès le 29 août 2011, l'assuré a débuté une formation pratique d'horticulteur à la suite des difficultés rencontrées dans le cadre de son CFC. b) Le 1 er octobre 2012 vers 20h.05, C. _____ a été victime d'un accident sur la voie publique ; après avoir perdu la maîtrise de sa trottinette et chuté lourdement sur la chaussée, il s'est fait écraser par une automobile qui le traîna sur plusieurs mètres avant de s'arrêter (rapport de gendarmerie du 19 décembre 2012 et rapport de police du 2 octobre 2012). Ecrasé au niveau du thorax, l'assuré a été transféré par hélicoptère au CHUV à Lausanne dans un état critique. Le neurochirurgien en charge du suivi ambulatoire de l'intéressé a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un polytraumatisme crânien sévère, une fracture Lefort II à droite, une fracture de l'os frontal et de l'arcade zygomatique à droite, des contusions hémorragiques cérébrales frontales gauches et thalamiques droites, des contusions bi-pulmonaires, des lacérations hépatiques ainsi qu'une suspicion d'un retard mental léger (F70) ; la capacité de travail de l'assuré était estimée à 50 % dans son activité habituelle dès le 1 er juin 2013, avec un rendement réduit d'au moins 30 % compte tenu d'un ralentissement psychomoteur et d'une fatigabilité habituelle (rapport du 11 juillet 2013 du

Dr A. _____, spécialiste en neurologie). V. _____ a pris en charge le cas. Du 2 au 19 avril 2013, l'assuré a séjourné au sein de la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion. Dans leur rapport du 3 mai 2015, les médecins spécialistes du Service de réadaptation en neurologie de la CRR ont posé les diagnostics suivants : “ **DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Réadaptation neurologique pour troubles neuropsychologiques et du comportement. DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES Polytraumatisme suite à un AVP (trottinette) 1.10.2012 avec : - TCC sévère avec : - hémorragie intra-parenchymateuse frontale G [gauche] - Saignement intra[-]parenchymateux au niveau des radiations optiques ddc - Hydrocéphalie d'origine à déterminer - Troubles neuropsychologiques (ralentissement psychomoteur, troubles attentionnels, mnésiques, exécutifs et comportementaux) - Fracture type Lefort 2 à D [droite] traitée par réduction et ostéosynthèse de la fracture frontale et des zygomatiques à D - Contusion bi-pulmonaire avec fine lame de pneumothorax postérieur D et antérieur G - Lacération hépatique grade II - Contusion myocardique - Etat anxio-dépressif - Tabagisme actif - Retard mental léger chez un patient né prématuré. ” Ce rapport de sortie d'hospitalisation se termine comme suit : “ **LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION** Il s'agit d'un patient de 22 ans, apprenti paysagiste, présentant des troubles cognitifs persistants après TCC sévère suite à un accident de la voie publique le 01.10.2012. Au cours du séjour, nous avons évalué les problèmes suivants : Sur le plan neurologique , l'EEG [électroencéphalogramme] du 03.04.2013 montre une légère dysrythmie fronto-temporale G et des fluctuations de la vigilance sans foyer épileptique. Sur le plan cognitif , l'examen neuropsychologique réalisé chez ce patient collaborant montre des troubles exécutifs tant sur le plan cognitif que comportemental et des déficits attentionnels modérés, associés à un ralentissement idéo-moteur retrouvé lors de l'évaluation du 26.11.2012. Ces troubles cognitifs comportementaux sont qualifiés de légers et ne représentent pas d'obstacles pour une reprise progressive de l'activité professionnelle qui est déjà adaptée. Le suivi ambulatoire en neuroréhabilitation sera assuré par le CHUV avec un rendez-vous prévu le 07.05.2013 avec le Dr [...]. Du point de vue psychique , chez ce patient, connu pour un retard mental léger, aucun nouveau diagnostic n'a été retenu dans les suites du TCC. Les modifications du comportement mentionnées par sa mère et qui n'ont pas été observées durant son séjour à la CRR pourraient être en lien avec une certaine régression dans son autonomie, suite au retour au domicile maternel après l'accident. Dans ce contexte, du point de vue psychiatrique, il est conseillé une prompte autonomisation de M. C. _____ et qu'il quitte en premier lieu le foyer maternel, et d'autre part la reprise rapide du travail qui est hautement souhaitable aussi bien du point de vue psychologique que neuropsychologique. Après la sortie de la Clinique romande de réadaptation, le patient sera suivi à la consultation de [...] par la Dresse [...]. Une prise en charge en physiothérapie a été organisée à but de reconditionnement global sans évolution notable, chez un patient présentant une participation moyenne et un manque de motivation pour les différentes thérapies proposées. Sur le plan professionnel , le patient a été évalué dans nos ateliers professionnels. Au cours de cette prise en charge, le patient fait preuve d'un comportement adéquat et suit sans difficulté les consignes transmises. Aucun obstacle concernant le port de charges n'a été mis en évidence et la qualité du travail réalisé est considérée comme bonne. Cependant, le rendement est globalement plus faible que la moyenne. Ceci est déjà connu. Dans ce contexte, une reprise de l'activité d'apprenti paysagiste est envisageable dans un premier temps à 50%, d'autant plus que les cours théoriques avaient déjà été repris. L'augmentation progressive du taux de travail sera à réévaluer le 07.05.2013 lors de la prochaine consultation avec le Dr [...] au CHUV. **INCAPACITE DE TRAVAIL** dans**

l'activité d'apprenti paysagiste 100 % depuis le 02 au 21.04.2013 50 % du 22.04 au 07.05.2013 TRAITEMENT A LA SORTE Dafalgan 1 g 3x/jour en réserve ." Dans un rapport du 25 juillet 2014, le Dr A. _____ a relevé ce qui suit : " Conclusions, traitement et évolution L'évolution est donc partiellement défavorable, en raison de l'échec aux examens de fin d'apprentissage du patient. Apparemment, l'office de l'assurance[-]invalidité se chargera de lui trouver une nouvelle place de travail et ceci, dans un délai de un à trois mois. Concernant les relations avec la mère du patient, celles-ci semblent stables selon lui, il persiste des épisodes de trouble du comportement qui occasionnent une certaine fatigue chez la mère du patient. Il est à noter dans ce contexte que je n'ai pas eu de contact récent avec elle. Concernant un nouveau lieu de vie, le patient a visité un appartement protégé à l'Avenue [...] à [...], mais celui-ci ne lui a apparemment pas convenu. Il est toujours à la recherche d'un autre logement. A la demande, le patient dit ne pas savoir s'il préférerait rester chez sa mère ou vivre dans un tel appartement. Toutefois, compte tenu des relations entre eux, il serait souhaitable qu'une telle solution puisse être trouvée. Je propose au patient de le revoir le 01.12.2014, ceci afin de laisser à l'office de l'assurance[-]invalidité, le temps de mettre en place le nouveau poste de travail. " Par courrier du 5 mai 2015 au médecin-conseil de V. _____, le Dr A. _____ a écrit ceci : " Monsieur et cher collègue, En réponse à votre courrier du 08.07.2014, je peux répondre à vos questions de la manière suivante. N'étant pas en possession des bilans psychologiques effectués en 2005 par le service de psychologie scolaire, ni du rapport rendu par le service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en 2006, ni du rapport du stage du 15.01 au 26.02.2007 du centre [...] à [...], je ne peux qu'estimer l'aggravation des troubles neuropsychologiques suite au traumatisme crânio-cérébral du 01.10.2012. Le patient a présenté probablement, au vu de l'anamnèse obtenue auprès de la mère, une souffrance périnatale et les séquelles de cette souffrance sont probablement visibles aujourd'hui sur les différentes imageries cérébrales avec en particulier une atrophie sous corticale accompagnée d'une dilatation du système ventriculaire ex-vacuo. Il semble évident que le patient ait pu présenter un retard mental, toutefois il n'est pas mentionné lors de l'anamnèse auprès de la mère, de troubles du comportement majeurs tels que décrit[s] aujourd'hui. Par ailleurs, le patient a présenté un polytraumatisme avec traumatisme crânio-cérébral sévère tel qu'attesté par la perte de connaissance lors de l'événement, mais également la présence d'hémorragie intraparenchymateuse frontale associée à une fracture du massif facial de type Le Fort II à droite. L'évolution de ce type de traumatisme se caractérise souvent par des troubles comportementaux en lien avec les lésions frontales, mais également une apathie, là aussi en lien avec les lésions frontales avec difficultés d'initiation, et également une fatigabilité inhabituelle qui peut être extrêmement sévère et permanente. Sans tenir compte du probable retard mental en lien avec là encore une probable souffrance périnatale, qui n'a jamais été investiguée radiologiquement jusqu'au traumatisme crânio-cérébral, il paraît évident que le patient présenterait après un tel traumatisme crânio-cérébral, des symptômes de type irritabilité, désinhibition, apathie et fatigabilité inhabituelle, uniquement dus au traumatisme crânio-cérébral. Il faut distinguer ici le retard mental tel qu'attesté par le test de QI éventuellement réalisé, qui mesure une certaine forme d'intelligence, et les autres symptômes neurologiques apparus depuis, en particulier la fatigabilité inhabituelle et les troubles du comportement. " Dans le cadre de son instruction du cas, l'assurance-accidents a confié la réalisation d'une expertise médicale de l'assuré au Dr Q. _____, spécialiste en neurologie à [...]. Après un examen clinique effectué le 12 octobre 2015, cet expert a rendu son rapport le 9 novembre 2015. Il a posé les diagnostics suivants : " 4. Diagnostics ?

• Polytraumatisme suite à une chute à trottinette le 01.10.2012 avec : ■ TCC sévère avec : • hémorragie intra-parenchymateuse frontale gauche • saignements intra-parenchymateux au niveau des radiations optiques ddc [des deux côtés] • troubles exécutifs légers. ■ Fracture de type Lefort II à droite traitée par réduction et ostéosynthèse. ■ Contusion bi-pulmonaire avec fine lame de pneumothorax postérieur droit et antérieur gauche. ■ Lacération hépatique grade II ■ Contusion myocardique • Pathologie neuro-développementale avec : ■ retard mental léger ■ dilatation tétraventriculaire ■ troubles psychiatriques avec : • trouble bipolaire de type II • trouble envahissant du développement. ” Le Dr Q. _____ a fixé le statu quo sine de l’accident du 1^{er} octobre 2012 au 30 novembre 2014, indiquant que l’aggravation du tableau subjectif décrite par l’assuré et son entourage ne pouvait être mise en relation, selon la vraisemblance prépondérante, avec l’accident précité mais était liée à une péjoration de l’état antérieur. S’agissant de la capacité de travail résiduelle, cet expert l’évaluait à 50 % comme aide-horticulteur en milieu protégé comme dans une activité simple, répétitive ou variée, et en milieu protégé. Compte tenu de la mise en évidence par l’examen neuropsychologique effectué à la CRR de troubles exécutifs et de déficits attentionnels modérés associés à un ralentissement idéo-moteur, l’atteinte cognitive n’étant décelable qu’à l’aide de tests et sans répercussions significatives dans la vie quotidienne, ni au plan professionnel, pour autant que la profession ne requérait pas de faculté cognitive élevée, l’atteinte à l’intégrité était estimée à 10 %. Le médecin-conseil a fait siennes les constatations et les conclusions de ce rapport d’expertise (avis médical du 16 novembre 2015 du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique). Par décision du 4 décembre 2015, V. _____, se rapportant au point de vue de son médecin-conseil, a mis fin au service de ses prestations d’assurance-accidents au 1^{er} décembre 2014 en l’absence de lien de causalité entre l’accident et les troubles persistants de l’assuré. Elle a par ailleurs alloué une indemnité pour atteinte à l’intégrité de 10 %, d’un montant de 12'600 fr., selon l’examen effectué par le Dr Q. _____. V. _____ a en outre refusé la demande d’allocation pour impotent adressée le 9 octobre 2015 par l’assuré, au motif qu’une telle prestation ne relevait pas de l’assurance-accidents mais bien des dispositions de l’assurance-invalidité. A l’appui de son opposition formée le 22 janvier 2016 contre cette décision, l’assuré, agissant désormais par son conseil Me Jean-Michel Duc, a demandé la poursuite du versement des prestations pour soins et des indemnités journalières de V. _____ au-delà du 1^{er} décembre 2014, le versement d’une indemnité pour atteinte à l’intégrité de 80 % d’un montant de 100'800 fr., ainsi qu’une allocation pour impotent de degré faible. Il contestait l’évaluation de son état de santé depuis l’accident d’octobre 2012 effectuée par l’assureur-accidents en opposant les avis des divers médecins consultés. Le 1^{er} novembre 2016, l’assuré a également requis la mise en œuvre d’une « nouvelle expertise pluridisciplinaire comptant les aspects neurologique, neuropsychologique et psychiatrique ». Poursuivant l’instruction du cas, après avoir recueilli des déterminations complémentaires du Dr Q. _____ du 14 octobre 2016, V. _____ a notamment confié la réalisation d’une expertise médicale de l’assuré au Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, à [...]. Dans son rapport du 18 août 2017, cet expert a posé les diagnostics de trouble retard mental léger (F70) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). Au terme de son analyse du cas, il a estimé que la capacité de travail de l’assuré était nulle dans l’activité de jardinier paysagiste depuis son hospitalisation à [...] le 29 janvier 2015, respectivement de 30 à 50 % au maximum dans une activité protégée à bas niveau d’exigence. Il n’était pas certain que l’assuré était capable de travailler dans

l'économie de marché, sans toutefois exclure sa réinsertion à temps très partiel dans une activité d'horticulteur avec formation élémentaire. Enfin, le statu quo sine de l'accident du 1^{er} octobre 2012 a été fixé au jour du rapport d'expertise psychiatrique. Le Dr M. _____ a précisé ses conclusions dans un avis complémentaire du 17 novembre 2017. De son côté, le médecin-conseil a répondu comme suit aux questions adressées dans l'intervalle par l'assurance-accidents (avis du 5 mars 2018 du Dr S. _____) : " Dans son courrier du 12 janvier 2018, l'assuré, par le biais de son mandataire, requiert notamment une appréciation médicale auprès d'un spécialiste en matière de lésions cérébrales, notamment le Dr [...], spécialiste en neuroréhabilitation générale à [...]. Pensez-vous qu'une telle démarche soit nécessaire d'un point de vue médical ? Non, une telle démarche n'est absolument pas nécessaire vu qu'il y a une expertise effectuée par le Dr Q. _____ (neurologue). Par ailleurs, l'assuré demande également l'audition par l'expert M. _____ du maître d'apprentissage et du conseiller aux apprentis. Pensez-vous que cela soit nécessaire ? Je ne vois aucunement ce que l'on peut espérer de l'audition par l'expert M. _____ du conseiller aux apprentis et du maître d'apprentissage, ceci d'autant plus que ce dernier est son oncle. Je rejoins l'avis du Dr M. _____ à ce sujet également. En outre, l'assuré requiert également le versement d'une allocation pour impotent[c]e de degré faible au regard de l'art. 38 al. 3 OLAA. En cas d'impotence (art. 9 LPGA), l'assuré a droit à une allocation pour impotent (art. 26 LAA). Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 38 al. 2 OLAA). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ou (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (art. 38 al. 3 OLAA). L'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ou (b) d'une surveillance personnelle permanente ou (c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité ou (d) lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers (art. 38 al. 4 OLAA). L'expert M. _____ mentionne que des mesures tutélaires doivent être maintenues. L'assuré semble être à même de conserver un réseau social minimal sans l'aide d'une tierce personne. Il n'est par contre pas certain que M. C. _____ soit capable de se gérer de façon totalement autonome. Il vit en principe dans un appartement protégé. Est-ce qu'une telle allocation est due dans le cas présent suite à l'événement du 1^{er} octobre 2012 ? Merci d'expliquer votre position. Tel que le relève l'expert M. _____, l'assuré ne semble pas capable de se gérer de façon totalement autonome. Néanmoins, cette éventuelle impotence n'est pas due à l'événement du 1^{er} octobre 2012. En effet, je rejoins l'avis du Dr M. _____ qui considère que les troubles psychiatriques ne sont plus en lien de causalité avec l'événement depuis août 2017, de sorte qu'une allocation pour impotent n'est pas due. De même, en confirmant l'absence de lien de causalité naturelle vraisemblable entre l'événement et les troubles neurologiques depuis le 30 novembre 2014, le Dr Q. _____,

considère qu'une allocation pour impotent n'était pas due par l'assurance-accidents. Convient-il de questionner l'expert Q. _____ ou questionner à nouveau l'expert M. _____ ? Ou un autre médecin ? Il n'est pas nécessaire de les interroger à ce sujet, vu que les deux experts ont considéré que le statu quo a été fixé à août 2017 pour l'aspect psychiatrique (Dr M. _____) et au 30 novembre 2014 pour l'aspect neurologique (Dr Q. _____). ” Par courriers des 28 mars et 29 juin 2018, l'assuré, agissant par Me Duc, a confirmé le maintien de son opposition et sa requête d'un complément d'instruction médicale. Par décision sur opposition du 4 juin 2019, V. _____ a partiellement admis l'opposition et réformé sa décision du 4 décembre 2015 dans la mesure où le statu quo sine , d'un point de vue psychiatrique, devait être fixé au 24 août 2017, et non au 30 novembre 2014, de sorte que les frais de traitement (pour l'aspect psychiatrique) et les indemnités journalières étaient versés jusqu'à cette date. Pour le reste, la décision de décembre 2015 était confirmée. B. Par acte du 5 juillet 2019, C. _____, par sa curatrice, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à de plus amples prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 24 août 2017. En substance, il a fait valoir que les deux expertises des Drs Q. _____ et M. _____ n'étaient pas probantes, qu'outre plusieurs manquements et leur caractère lacunaire faute de ne pas comporter un volet neuropsychologique, elles étaient absurdes sur le statu quo , qu'elles étaient contraires à la réalité quant à l'état de santé préexistant à l'accident, et enfin qu'elles étaient contredites par les autres médecins spécialistes du CHUV ainsi que le Centre [...] de [...]. Aux yeux du recourant, son cas était proche de celui de l'arrêt TF 8C_247/2014 du 2 mai 2014, où un assuré était entré en collision avec une voiture et une causalité partielle avait été admise par la Haute Cour entre les lésions cérébrales objectivables ainsi que la symptomatologie psychique et l'accident, pour retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre un traumatisme et des troubles psychiques. Le recourant en déduisait la nécessité de procéder aux compléments d'instruction requis sur l'activité qu'il aurait exercée sans l'atteinte à la santé ainsi que s'agissant des conséquences de l'accident sur son aptitude à faire face aux nécessités de la vie. Dans sa réponse du 13 août 2019, V. _____ a conclu au rejet du recours. Après la production du dossier constitué par l'assurance-invalidité et au terme d'un double échange d'écritures produites les 6 et 20 septembre ainsi que les 15 octobre et 6 novembre 2019, les parties ont confirmé leurs positions respectives. C. Accédant à la requête du recourant, le juge en charge de l'instruction a confié un mandat d'expertise bidisciplinaire (neurologique et neuropsychologique) au Département des neurosciences cliniques des L. _____. Déposé le 18 novembre 2021 par le Prof. O. _____, responsable de l'Unité de neurologie générale et cognitive, les Drs H. _____ et F. _____ ainsi qu'E. _____, psychologue, le rapport d'expertise se fonde sur des examens cliniques, ainsi que sur le dossier complet mis à la disposition des experts. Il contient un résumé des pièces médicales et administratives versées au dossier, pose l'anamnèse actuelle de l'assuré (vu en présence de sa mère), rend compte du status clinique et procède d'une évaluation consensuelle du cas. Ces experts ont confirmé le diagnostic d'un traumatisme crânio-cérébral sévère du 1^{er} octobre 2012, avec lésions axonales diffuses et lésions hémorragiques frontobasales gauches. Sur la base de leurs analyses, ils ont retenu que les troubles neurocomportementaux (en l'occurrence, des troubles attentionnels modérés à sévères, un dysfonctionnement exécutif modéré à sévère, des troubles de la mémoire antérograde, des difficultés langagières modérées à sévères et une

importante atteinte de la cognition sociale) étaient globalement stables depuis l'accident d'octobre 2012. L'expertisé n'était plus en mesure de travailler comme aide-paysagiste à plein temps dans l'entreprise de son oncle employeur, mais uniquement capable d'œuvrer à 50 % dans une activité occupationnelle de type atelier-protégé, avec, par ailleurs, une incapacité de travail totale dans toute activité sur le marché libre du travail. Compte tenu d'un syndrome psycho-organique modéré à sévère, et au vu du retard mental préexistant, les experts ont estimé l'atteinte à l'intégrité à 50 %. Le 21 décembre 2021, le recourant a informé le tribunal qu'il se ralliait aux conclusions du rapport d'expertise judiciaire précité. Par acte du 12 janvier 2022, l'intimée s'est déterminée comme suit : " Nous avons soumis l'expertise des L. _____ ainsi que le dossier (M65) à notre médecin-consultant, Dr S. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le Dr S. _____ indique ce qui suit : « Le problème dans ce dossier est que manifestement le Dr Q. _____ ne possédait pas le rapport neuropsychologique des 14 et 19.04.2011, rendant son interprétation incomplète. Malgré cela, je ne peux pas affirmer ou infirmer que la comparaison de ces tests pré- et post-accident sur le plan neuropsychologique est fiable, concernant une évaluation des séquelles versus une évolution péjorative due à sa pathologie initiale associée à une décompensation psychiatrique. Dans ce contexte, il serait intéressant de soumettre cette deuxième expertise avec ces bilans de 2011 au Dr Q. _____ pour définir si cela modifie vraiment ses conclusions. » Afin de pouvoir juger et comprendre des résultats divergents entre l'expertise du Dr Q. _____ et celle des L. _____, il convient dès lors à notre sens et celui du Dr S. _____ de soumettre les pièces manquantes au Dr Q. _____ ainsi que l'expertise des L. _____, afin qu'il se prononce dans le sens d'un complément d'expertise au regard des avis divergents des experts neurologues dans le dossier. Il est en effet fort surprenant que les deux experts, l'un par l'assurance-accidents et l'autre par le pouvoir judiciaire, parviennent à des conclusions complètement différentes s'agissant des liens entre les séquelles et l'événement du 01.10.2012. " Le 3 février 2022, le recourant a réagi aux déterminations de l'intimée du

E. 10.1

Rejoignez-vous l'avis du Dr M. _____. Sur l'appréciation psychiatrique au sens propre, nous ne sommes pas compétents, n'étant pas spécialistes en psychiatrie.

E. 10.2

Cas échéant, en quoi votre avis diverge de l'expert précité ? Sans objet.

E. 10.3

Si votre avis diverge de celui du Dr M. _____, quels sont les éléments médicaux objectifs qui justifient votre position [?] Sans objet. 11. Questions relatives à l'expertise psychiatrique du 3 [j] janvier 2012 des Drs [...] et [...] ? 11.1 Rejoignez-vous leur avis ? Sur l'appréciation psychiatrique au sens propre, nous ne sommes pas compétents, n'étant pas spécialistes en psychiatrie. 1[1].2 Cas échéant, en quoi votre avis diverge de l'expert précité ? Sans objet. 1[1].3 Si votre avis diverge de celui du Dr [...] et [...], quels sont les éléments médicaux objectifs qui justifient votre position [?] Sans objet. 12. Remarques et propositions Aucune. " c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des experts judiciaires, leur rapport du 18 novembre 2021 remplissant les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4 supra). Cette expertise est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte

déterminant. Reposant sur des examens cliniques complets, ce rapport comporte une appréciation motivée de la situation globale par des spécialistes des champs d'investigation concernés et expose de manière claire et objective l'impact des lésions traumatiques sur la capacité de travail depuis l'accident d'octobre 2012, de sorte qu'il peut être suivi. d) Il n'y a pas lieu de donner suite à la requête tendant à obtenir l'avis du Dr Q._____. Les quatre experts ont en effet clairement exposé les motifs pour lesquels ils se distanciaient de l'avis et des conclusions de ce dernier, lequel conservait au demeurant la faculté de produire des déterminations spontanées. e) Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire du 18 novembre 2021, il ressort ainsi que l'assuré, dont l'état est tenu pour stabilisé, dispose, depuis l'accident dont il a été victime le 1^{er} octobre 2012, d'une capacité de travail nulle dans une activité habituelle sur le marché libre du travail, et de 50 % dans une activité occupationnelle de type atelier-protégé, mais sous haute supervision en raison de l'importance des troubles neurocomportementaux et de l'apathie. Le taux d'atteinte à l'intégrité est quant à lui estimé à 50 % sur la base du tableau de l'annexe 3 de l'OLAA, en raison de la présence d'une atteinte psycho-organique modérée à sévère directement imputable à l'accident, aggravant un retard mental préexistant. f) Au final, les conclusions de l'expertise judiciaire conduisent à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée, le droit aux prestations de l'assurance-accidents perdurant faute de rupture du lien de causalité remis en cause. 6. Des considérants qui précèdent, il ressort que le recours doit être admis. La décision attaquée est annulée en conséquence et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle statue à nouveau sur les prestations à servir, au regard d'un état stabilisé ainsi que de l'estimation du taux d'atteinte à l'intégrité de 50 % retenus par les experts. 7. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA). b) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimée. Cette somme couvre intégralement l'indemnité qui devrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire de sorte que l'on peut renoncer à fixer plus précisément le montant de cette indemnité d'office.

E. 12

janvier 2022. Relevant que le médecin-conseil de l'assurance-accidents, dont il précisait que l'impartialité était sujette à caution, ne disposait pas des compétences spéciales requises pour prendre position dans ce dossier complexe. Quant à l'intimée, elle faisait uniquement part de son étonnement. Aussi, il n'existait aucun élément médical justifiant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire, et il n'était pas nécessaire d'inviter le Dr Q._____, dont l'avis avait été écarté, à prendre position. D. Par décision du 24 juin 2021, C._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 juin précédant et un avocat d'office lui a été désigné en la personne de Me Jean-Michel Duc. 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. a) Le litige porte sur le droit à des prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 24 août 2017. b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références citées). 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. 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) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du

E. 16

mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). 4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. 5. a) En l'occurrence, les prestations ont été supprimées, avec effet au 24 août 2017, sur la base des deux expertises des Drs Q._____ et M._____, nonobstant l'avis des médecins traitants et des accompagnants. b) La date du statu quo sine de l'accident du 1^{er} octobre 2012, telle que fixée par l'intimée au 24 août 2017, ayant été disputée dans le cadre d'avis médicaux divergents, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès des L._____. Dans leur rapport établi le 18 novembre 2021, les quatre experts des L._____ (le Prof. O._____, les Drs H._____ et F._____ ainsi que la psychologue E._____, du Service de neurologie aux L._____) ont donné raison aux médecins traitants ainsi qu'aux accompagnants du recourant. Ainsi, au moment d'apprécier la situation globale du cas complexe de cet assuré, suite au traumatisme crânio-cérébral sévère du 1^{er} octobre 2012, avec lésions axonales diffuses et lésions hémorragiques frontobasales gauches, ces experts ont émis les considérations consensuelles suivantes (rapport d'expertise, pp. 16 et 17) : “ Au terme de l'évaluation neurologique, neuropsychologique et de la revue du dossier, nous concluons que l'expertisé présente des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral sévère du 01/10/2012 avec lésions axonales diffuses et lésions hémorragiques frontobasales gauches se manifestant par un syndrome frontal comportemental et dysexécutif. A 9 ans de l'accident, ces séquelles post-traumatiques sont fixées. Ce tableau est venu aggraver celui d'un retard mental préexistant, dont l'origine est indéterminée, comme en témoigne l'aggravation du QI, passé de 69 pour la compréhension verbale et 71 pour le raisonnement perceptif à l'examen de 2011 à 57 et 52 respectivement à notre examen. L'évaluation neuropsychologique retrouve des troubles attentionnels modérés à sévères, un dysfonctionnement exécutif modéré à sévère, des troubles de la mémoire antérograde, des difficultés langagières modérées à

sévères et une importante atteinte de la cognition sociale. Ces déficits constituent une nette baisse des capacités par rapport au niveau pré[-]morbide (avant son accident, cf évaluation neuropsychologique de 2011) et sont globalement stables déjà depuis l'évaluation d'octobre 2012. On peut donc considérer que l'atteinte neuropsychologique est également fixée depuis l'accident d'octobre 2012. L'expertisé présente actuellement un syndrome psycho-organique modéré à sévère. Au vu du retard mental préexistant, nous considérons que ce trouble correspond à une atteinte à l'intégrité de degré moyen soit 50% selon les tables de la SUVA (annexe 3 de l'OLAA). L'expertisé, qui était avant l'accident de 2012 capable de fournir une capacité de travail à 100% comme aide paysagiste dans l'entreprise de son oncle-employeur, ne pourrait être employé actuellement qu'à 50% dans une activité occupationnelle de type atelier-protégé et nous estimons sa capacité de travail, actuellement à 0% dans une activité habituelle sur le marché libre du travail. Ceci est compatible avec les données cliniques et l'examen neuropsychologique et ressort clairement de la comparaison anamnétique de l'état avant et après le traumatisme crânien qui est faite dans la lettre de sortie du centre « [...] » datée du 12/01/2017, concernant le séjour du 30/11/2015 au 04/11/2016 de l'expertisé. Nous prenons note que selon l'AI, il est retenu rétroactivement par décision du 27/06/2018 un degré d'invalidité de 100% depuis le 01/09/2010 suite, notamment, à l'expertise psychiatrique du Dr M. _____ en 2017 et il est considéré une incapacité de gain à 100% pour toute activité depuis cette date. En conclusion l'expertisé présente des troubles neurocomportementaux en lien de causalité naturelle avec l'accident du 10 [recte : 1].10.2012. Ceux-ci entraînent une atteinte à l'intégrité de 50%. Ils entraînent de plus une incapacité de travail complète dans toute activité dans l'économie réelle. ” Les experts ont ensuite répondu aux questions des parties comme suit (rapport d'expertise, p. 18 sv.) : “ Questionnaire de l'avocat de l'expertisé A. Atteintes à la santé 1. Les atteintes cérébrales de M. C. _____ ont-elles vraisemblablement été causées par l'accident du 1 er octobre 2012, en particulier par le grave traumatisme crânien dont il a été victime. Oui, comme énoncé ci-dessus, les lésions axonale diffuses et les lésions hémorragiques, en particulier au niveau frontal basal gauche, ont été indubitablement causées par cet événement. 2. S'agissant des atteintes à la santé pour lesquelles vous avez répondu non à la question précédente, peut-on considérer que l'accident précité a vraisemblablement aggravé une symptomatologie déjà préexistante ? Sans objet. 3. Dans l'affirmative, dans quelle mesure en % ? Sans objet. 4. Pouvez-vous motiver votre appréciation ? Sans objet. 5. Quel est le taux d'atteinte à l'intégrité imputable à l'accident du 1 er octobre 2012 ? Nous l'avons estimé à 50 % sur la base du tableau de l'annexe 3 de l'OLAA, en raison de la présence d'une atteinte psycho-organique modérée à sévère directement imputable à l'accident aggravant un retard mental préexistant. B. Capacité de travail 6. Au vu des constatations, quelle était la capacité de travail de Monsieur C. _____ comme aide en horticulture ou dans une autre activité avant l'accident ? Après l'accident ? Avant l'accident, capacité de travail à 100 % dans l'activité d'aide horticulteur dans l'entreprise de son oncle. Après l'accident, incapacité de travail à 100 % dans l'économie réelle. C. Séquelles de l'accident 7. Est-ce que les séquelles de l'accident du 1 er octobre 2012 empêchent M. C. _____ de vivre de manière indépendante, soit sans l'aide d'une tierce personne ? Non. 8. Est-ce que les séquelles de l'accident du 1 er octobre 2012 empêchent M. C. _____ de faire face aux nécessités de la vie [?] Oui. 9. Est-ce que les séquelles de l'accident [d]u 1 er octobre 2012 risquent d'entraîner M. C. _____ à l'isolement social ? Oui. Questionnaire de l'assurance[-]accident[s] de l'expertisé 1. Anamnèse Cf. corps du texte. 2. Plaintes de l'assuré Cf. corps du texte. 3. Constatations médicales Cf. corps du texte. 4. Diagnostic

Traumatisme crânio-cérébral sévère du 01.10.2012 avec lésions axonales diffuses et lésions hémorragiques frontobasales gauches. 5. Questions relatives à la relation de causalité : 5.1 : L'état de santé actuel est-il dû à l'accident (= 50% ou plus). Oui. 5.2 : Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladies ; maladies concomitantes, etc.). Si oui lesquels. Oui, retard mental léger d'origine indéterminée. 6. Questions relatives à la capacité de travail. 6.1 Comment appréciez-vous la capacité de travail. Nous estimons la capacité de travail à 0% dans une activité habituelle sur le marché libre du travail et à 50% dans une activité occupationnelle de type atelier-protégé. 6.2 Quelles sont concrètement les restrictions et les capacités physiques et intellectuelles exigibles ? Dans l'ancienne activité professionnelle en tant qu'horticulteur ? Dans une autre activité exigible ? Au vu des troubles neuropsychologiques et neurocomportementaux, activité professionnelle antérieure d'aide horticulteur impossible. Possibilité d'effectuer des activités manuelles simples, répétitives, sous supervision constante dans une activité occupationnelle de 50% mais sous haute supervision en raison de l'importance des troubles neurocomportementaux et de l'apathie, entraînant une désintérêt rapide et une mauvaise assiduité. 7. Traitement médical 7.1 L'état de santé est-il actuellement stabilisé ? Oui, depuis l'évaluation neuropsychologique du 16/10/2012, il n'y a pas eu de changement significatif sur le plan neuropsychologique. 7.2 Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé ? Si oui, par quel traitement ? Non. 7.3 Quels traitements sont nécessaires pour conserver la capacité de travail restante ? Sans objet. 7.4 Quels traitements (et dans quelle envergure) sont nécessaires pour conserver l'état de santé actuel ou combattre les douleurs [?] Un suivi neurologique annuel est recommandé. 8. En référence à l'art. 36 de l'OLAA et l'annexe 3 OLAA, à quel taux estimez-vous l'atteinte à l'intégrité (en tenant compte d'une aggravation prévisible uniquement en relation de causalité avec l'accident) ? L'expertisé présente actuellement un syndrome psycho-organique modéré à sévère. Au vu du retard mental préexistant, nous considérons que ce trouble correspond à une atteinte à l'intégrité de degré moyen soit 50% selon les tables de la SUVA (annexe 3 de l'OLAA). 9. Questions relatives à l'expertise neurologique du Dr Q. _____ du 9 novembre 2015 ainsi que son avis complémentaire du 14 octobre 2016 ? 9.1 Rejoignez-vous l'avis du Dr Q. _____ ? Non. 9.3 Si votre avis diverge de celui du Dr Q. _____, quels sont les éléments médicaux objectifs qui justifient votre position [?] Notre avis diffère sur l'estimation de l'aggravation de la capacité de travail et sur le degré de l'atteinte à l'intégrité. Nous nous reposons sur l'aggravation du QI après l'accident du 01.10.2012 ainsi que sur les corrélations radio-cliniques des lésions cérébrales traumatiques. 9.4 Pourquoi l'avis d'un neurologue ne serait pas suffisant en l'état ? L'avis d'un neurologue spécialisé en neurologie cognitive et du comportement est nécessaire, mais pas suffisant. Ce cas nécessite la compétence d'un neuropsychologue pour comparer les examens neuropsychologiques pré- et post-accident. 9.5 Qui du neurologue et du neuropsychologue pose un diagnostic ou/et détermine la causalité naturelle avec l'atteinte ou/et considère que l'état est stabilisé et/ou considère l'aptitude de l'assuré à effectuer une activité professionnelle suite à l'événement et fixe l'IPAI ? Les 2, il s'agit d'un travail bi-disciplinaire. 10. Questions relatives à l'expertise psychiatrique du Dr M. _____ du 18 août 2017 ainsi que son avis complémentaire du 17 [n]ovembre 2017