

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 823 vom 22. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__823

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 823 du 22 novembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 823 del 22 novembre 2017

Regeste

ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ACCIDENT DE LA CIRCULATION, LIEN DE CAUSALITÉ, REJET DE LA DEMANDE | 6 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.11.2017 Arrêt / 2017 / 823

ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ACCIDENT DE LA CIRCULATION, LIEN DE CAUSALITÉ, REJET DE LA DEMANDE | 6 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 141/16 - 128/2017 ZA16.054576 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 22 novembre 2017 _____ Composition : Mme Dessaux ,
président Mme Pasche et M. Piguet, juges Greffière : Mme Parel ***** Cause
pendante entre : W. _____ , à [...], recourant, et CAISSE NATIONALE SUISSE
D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS , à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier
Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 6 LAA En fait : A. W. _____ , né
en 1987 (ci-après : l'assuré ou le recourant), travaillait en qualité d'aide-menuisier à 100 %
auprès de la société T. _____ (ci-après : l'employeur). A ce titre, il était assuré
obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre
les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 10
mars 1981; RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
(ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée). Le 31 juillet 2015, l'assuré a été victime d'un
accident de la circulation au Kosovo, où il était en vacances. La déclaration de sinistre
établie le 17 septembre 2015 par son employeur indique que l'assuré a été blessé (une
coupure au crâne et une contusion à l'épaule droite). L'intéressé a été mis en incapacité
totale de travail dès l'événement accidentel. Le rapport de l'officier de police ayant effectué
l'enquête à la suite de l'accident du 31 juillet 2015 décrivait l'accident comme il suit
(traduction) : "Les véhicules impliqués dans l'accident : VEHICULE 1 : [...] conduit par
[...] [...]. VEHICULE 2 : [...] conduit par W. _____ [...] Description de l'accident –
accident de la route A la date, heure et lieu précités a eu lieu un accident de la route avec
des dommages matériels et des blessés. Il est supposé que l'accident a eu lieu quand le
chauffeur du véhicule 1, qui circulait de [...] vers [...] au moment où il est arrivé à la sortie
de [...], vu qu'il n'a pas adapté sa vitesse aux conditions et à l'état de la route, a perdu le
contrôle du véhicule, s'est retrouvé à contresens et a heurté la partie frontale droite du
véhicule 2 qui venait en face. L'accident a eu des dommages matériels, il y a également eu
des blessés : les deux chauffeurs et l'enfant qui se trouvait dans le véhicule 2, [...], qui a été
emmené à l'hôpital de [...] [...]" Le rapport établi le 31 juillet 2015 par le Dr Z. _____ du
Centre des urgences médicales de la Clinique universitaire de [...] faisait état chez l'assuré
de blessures à la tête et au cou, à savoir des lésions à la paupière et à l'arcade sourcilière

gauches, ce que confirment les photos produites au dossier. A titre de diagnostic, le médecin a mentionné le code CIM-10 n° S00. Aucune hospitalisation n'était indiquée. L'assuré a consulté le Dr R. _____, spécialiste en médecine générale, le 31 août 2015. Le rapport établi par ce médecin le 28 septembre 2015 indiquait que le patient souffrait de céphalées et de douleurs cérébrales à la suite d'un accident sur la voie publique le 31 juillet 2015. Il retenait comme diagnostic une lésion cérébrale. Le traitement thérapeutique consistait en l'administration d'antiinflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'analgésiques. L'incapacité totale de travail était rapportée pour une durée indéterminée. Le Dr Q. _____ du Centre d'Imagerie S. _____ (ci-après : S. _____) a adressé son rapport radiologique le 21 octobre 2015 au Dr R. _____, qui avait requis cet examen au titre de fortes céphalées à la suite d'un accident de voiture. Dans ses conclusions, le Dr Q. _____ exposait que l'IRM n'avait pas décelé de lésion au niveau cérébral. Il mentionnait l'existence d'une selle turcique partiellement vide – ce qui, selon le radiologue, pouvait occasionnellement s'accompagner de céphalées – ainsi que l'obstruction partielle de la voie de drainage du sinus maxillaire droit par un épaissement muqueux polypoïde. Le 9 décembre 2015, le conseiller du service extérieur Care de la CNA a résumé l'entretien qu'il avait eu le même jour avec l'assuré en ces termes : " Antécédents médicaux M. W. _____ m'affirme qu'il était en excellente santé au moment de son accident et qu'il ne suivait donc aucun traitement médical. Il avait complètement récupéré des suites de son accident de travail du 14.5.2015 et il n'a jamais souffert non plus d'antécédent au niveau de la tête avant le 31.7.2015. Il mesure 1m73 pour 96 kgs. Etat des faits du 31.7.2015 Circulant au volant de la voiture de son père avec, à l'arrière sa soeur et ses deux enfants, M. W. _____ a soudainement remarqué que la voiture qui arrivait à une centaine de mètres en face de lui était en train de tenir toute la route. Il s'est alors carrément arrêté sur sa voie de circulation juste avant que cette voiture ne vienne s'encasturer sur le devant de la sienne. Bien qu'il portait sa ceinture de sécurité, notre assuré a perdu connaissance juste à ce moment-là. Il est revenu à lui un peu plus d'une heure plus tard alors qu'il se trouvait dans l'ambulance. Il n'a plus aucun souvenir durant tout ce temps-là. Hospitalisé sur place, il n'a regagné son domicile en Suisse qu'un mois plus tard. Il a alors été pris en charge par le Dr R. _____ qui s'est contenté de lui prolonger son arrêt de travail et de lui prescrire du Dafalgan. Et ceci malgré les plaintes continuelles de sa part. A noter que, mis à part quelques contusions, sa soeur et l'un de ses enfants n'ont pas du tout été blessés. Alors que le 2^{ème} enfant a souffert de contusions costales. Les trois portaient leur ceinture selon notre assuré. Pour ce qui est de M. W. _____, il me confirme que, mis à part aussi quelques contusions au niveau de ses coudes et genoux ainsi que des courbatures qui l'ont fait souffrir durant quelques semaines, il n'a pas subi d'autre blessure en-dehors de ses lésions au niveau de la tête (voir photos annexées). Il n'a pas non plus remarqué de lésion dentaire. [...] Etat : Cela ne se passe vraiment pas bien du tout. Je retrouve ce jour notre assuré prostré dans son appartement en compagnie de ses parents, de son amie et de l'enfant de celle-ci. Il me parle d'une grande fatigue permanente, d'un bruit qu'il entend en continu dans sa tête, de vertiges sitôt qu'il se met en mouvement, de pertes de mémoire et de douleurs irradiant dans la partie gauche de son front. Il pense aussi qu'il persiste probablement un corps étranger au niveau de son sourcil gauche recousu. De voir que son état ne progresse pas du tout et qu'il ne supporte plus aucun bruit l'énerve aussi beaucoup. [...] C'est ainsi qu'il a rendez-vous le 23.12.2015 à 8 heures avec le Dr X. _____, neurologue à l'hôpital de [...]. Il n'a pas d'autre rendez-vous de prévu chez le Dr R. _____, ce médecin s'étant contenté de lui prolonger son incapacité de travail jusqu'à cette consultation du 23 décembre en lui disant que,

maintenant, c'est à ce spécialiste de se déterminer. Il lui a aussi prescrit du Garidon Forte. Il a recommencé à conduire mais avec beaucoup de crainte et uniquement sur des petits trajets. [...] Activité après l'accident : Dr R. _____ aurait voulu qu'il reprenne son travail ou au moins qu'il essaye mais mon interlocuteur dit qu'il a refusé compte tenu de son état. Cela serait finalement là la raison pour laquelle il a enfin pu être convoqué chez un spécialiste. [...]." Le 15 février 2016, le Dr X. _____, neurologue, a répondu au courrier du 25 janvier du médecin conseil de la CNA comme il suit : " 1. Diagnostic - Accident de la voie publique (31/07/2015), avec : · Etat de stress post-traumatique · Traumatisme crânio-cérébral simple · Céphalées chronifiées · Possible neuropathie post-traumatique du nerf sus-orbitaire, douloureuse · Contusions multiples (membres supérieur et inférieur droits), hématome palpébral et periorbitaire gauche 2. évolution des troubles/de la maladie L'évolution est lentement favorable du point de vue des céphalées et de l'état post-traumatique, avec un essai de prise de Saroten ayant été ressenti comme bénéfique. En revanche, la prise du Lyrica entraîne une sédation trop importante et un "état second", amenant le patient à stopper la médication. Il n'y a pas eu de nouvelle symptomatologie. Contact a été pris avec le Docteur P. _____, psychiatre à [...]. Le patient est à l'arrêt de travail. Pronostic Reprise progressive de l'activité professionnelle. Reprise à 50 % prévue à la mi-février, avec réévaluation début mars. Les circonstances particulières ont-elles influencé l'évolution du traitement : non 3. traitement Médication de Saroten Prise en charge psychothérapeutique Procédures/propositions Poursuivre le traitement mis en place Quelle est la fréquence des consultations? Chaque 4-8 semaines Durée prévisible du traitement Le traitement pourrait se prolonger sur plusieurs mois, selon l'évolution 4. reprise du travail Reprise à 50 % planifiée pour la mi-février. Réévaluation sur les semaines suivantes pour augmentation du pourcentage. Devons-nous intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié : non Faut-il s'attendre à la persistance d'un problème : la réponse reste ouverte." Par certificat médical du 3 mars 2016, le Dr X. _____ a certifié que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} mars au 21 mars 2016, date à laquelle la capacité serait réévaluée. Le 21 mars 2016, il a attesté la prolongation de l'incapacité de travail à 50 % du 21 mars au 6 avril 2016, avec réévaluation ultérieure. Par courrier du 30 mars 2016, T. _____ a informé la CNA que l'assuré avait terminé son activité auprès de leur société en date du 29 février 2016. Le 8 avril 2016, le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a produit auprès de la CNA le rapport suivant : "1. Constatations : Le patient est venu sur recommandation de son neurologue le Dr X. _____ pour traiter son PTSD (réd. : trouble de stress post-traumatique). Avant l'accident le patient était en bonne santé. Le choc est toujours présent. Son insomnie sévère a bien réagi au Cymbalta 30 mg. Il a moins de cauchemars. Les céphalées sont constantes et n'ont pas diminué. La douleur sous-orbitaire gauche a légèrement diminué. Il a essayé de reprendre son travail chez son employeur, menuisier, mais le patron a été obligé de le licencier. Il ne supporte pas le bruit, dû au fait qu'il a constamment un fort bruit dans sa tête, et un bruit extérieur devient intolérable. Pas seulement les machines dans la menuiserie, mais aussi p. ex. un aspirateur. Les maux-de-tête s'aggravent et il doit se détendre pour que ça se passe. Les symptômes les plus graves sont le bruit mentionné et des vertiges qui apparaissent en hauteur. Lorsqu'il montait une échelle, il a eu subitement un accès de vertige et un collègue a dû le tenir et l'aider pour descendre. Conduisant sa voiture vers Fribourg il a subi des vertiges au-dessus du lac de Gruyère et il a passé le volant à son collègue. Ces vertiges n'arrivent qu'en hauteur et subitement. Au début il avait peur de conduire. Le trafic en contresens le faisait paniquer,

lui rappelant la collision frontale vécue consciemment. Il était à l'arrêt et voyait la voiture zigzaguer puis foncer sur lui. Il s'est forcé à reprendre la conduite, et depuis quelques semaines il distribue des pizzas en voiture, ce qui l'aide par le biais de l'exposition à surmonter ses peurs. Les progrès dans ce domaine sont impressionnants. 2. Diagnostic :

- Trouble stress post-traumatique 309.81 (F43.10) - Phobie spécifique,
- Environnement naturel 300.29 (F40.228) - Céphalées chroniques - Trauma crânio-cérébral

3. Traitements prévus : poursuivre Cymbalta 30 mg, augmentation de l'activité prudente en évitant l'augmentation des symptômes. 4. Antécédents : pas d'antécédents psychiatriques 5. Comorbidités : pas de comorbidités psychiatriques 6. Pronostic : D'après l'information du neurologue Dr X. _____ une amélioration devrait être possible, mais elle sera lente et demandera du temps. [...]" Dans son rapport du 20 mai 2016 à la CNA, le Dr X. _____ a notamment indiqué que l'assuré rapportait une évolution lentement favorable, avec présence de céphalées moins intenses, en particulier en région sus orbitaire gauche. Le neurologue et son patient sont convenus de la poursuite du traitement psychothérapeutique et médicamenteux (Cymbalta 30mg). Du point de vue neurologique, le Dr X. _____ exposait qu'il n'y avait pas d'indice de gravité, le niveau de récupération étant indépendant de la résolution de l'état de stress post-traumatique. Le taux d'incapacité de travail était maintenu à 50 %, étant précisé que sa réévaluation incomberait au psychiatre traitant. Le 22 juin 2016, le Dr L. _____, psychiatre conseil de la CNA, a rédigé son appréciation sur la capacité de travail de l'assuré en ces termes : "[...] Résumé des antécédents sur la base des pièces communiquées Selon les informations à disposition, M. W. _____ aurait été victime d'un accident de la circulation alors qu'il se trouvait en vacances au Kosovo en date du 31 juillet 2015. Lors de cet accident, visiblement une collision frontale, M. W. _____ aurait subi toute une série de lésions au niveau du visage et a été investigué sur le plan médical dans son pays. Sur le plan psychiatrique, c'est sur recommandation de son neurologue, le Dr X. _____, qu'il a été adressé au début de l'année 2016 au Dr P. _____, en vue du traitement d'un état de stress post-traumatique . Dans la symptomatologie présentée par l'assuré il est signalé non seulement des intrusions sous la forme de cauchemars mais surtout une problématique algique sous la forme de céphalées et de douleurs sous-orbitaires G (réd. : gauches). Monsieur W. _____ aurait constamment un bruit dans la tête, et une intolérance aux bruits en général, élément qui semble avoir compromis sa reprise en tant que menuisier. Il signale également la présence de vertiges. Enfin, il a des conduites phobiques, mais qui semblent se corriger avec le temps. Le Dr P. _____ retient comme diagnostic un trouble de stress post-traumatique ainsi que des phobies spécifiques. Le pronostic est décrit comme assez réservé, puisque selon ce médecin, l'amélioration prendra du temps. Appréciation On se trouve actuellement à près d'une année d'évolution après un accident de la circulation survenu en juillet 2015. L'assuré semble bénéficier d'un traitement psychiatrique intégré, avec une amélioration progressive. Il subsiste toutefois une symptomatologie résiduelle de type psychosomatique aspécifique qui quant à elle, risque de poser problème. En effet, les éléments subjectifs recueillis sont plus de l'ordre d'un syndrome post-commotionnel que d'un état de stress post-traumatique. Cette pathologie est connue pour avoir un décours chronique et est à risque de processus d'invalidation. Il s'agit donc de maintenir, autant que possible, l'intégration professionnelle de cet assuré, de sorte qu'il faut lui faire reprendre son travail même s'il reste symptomatique en ce qui concerne les céphalées et les vertiges sur un mode progressif en débutant à 20% en juillet pour arriver à un 100% fin août 2016." Par décision du 23 juin 2016, la CNA a considéré que l'assuré était apte à travailler à 60 % dès le 11

juillet 2016, à 70 % dès le 25 juillet 2016, à 80 % dès le 8 août 2016, à 90 % dès le 22 août 2016 et à 100 % dès le 1^{er} septembre 2016. Le 27 juin 2016, le Dr P. _____ a attesté que l'assuré demeurerait en incapacité de travail à 50 % jusqu'au 31 juillet suivant. Par courrier du 30 juin 2016, il a rappelé à la CNA que son patient travaillait comme chauffeur-livreur au taux de 50 % et a invité celle-ci à lui préciser par écrit que les capacités progressives contenues dans son "courrier" concernaient cette activité de chauffeur-livreur, "afin de clarifier les responsabilités". Par lettre du 3 juillet 2016, le Dr P. _____ a informé le Dr L. _____ qu'avant d'établir des certificats médicaux de capacité de travail dans le sens d'une reprise progressive jusqu'à un taux de 100 % dès le 1^{er} septembre 2016, il avait demandé l'avis du médecin conseil du Service des automobiles du canton, en exposant que l'aménagement du poste de travail de l'assuré lui permettait de faire des mini-siestes en voiture entre ses tournées et qu'il se sentait pour l'instant incapable d'augmenter ses heures à cause de ses symptômes qui augmentaient au fil de sa journée de travail, à savoir fatigue, baisse de la concentration, étourdissements. Par courrier du 8 juillet 2016, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 23 juin précédent. Le 12 août 2016, le Dr I. _____ a proposé à la CNA de faire compléter le bilan neuroradiologique de séquelles post-traumatiques avec des séquences sensibles à la présence de résidus hématiques, de préférence sur un dispositif IRM à 3 Tesla. Le 19 septembre 2016, le Dr P. _____ s'est adressé à l'Institut universitaire G. _____ (ci-après : G. _____) en le priant de se déterminer sur la décision de la CNA "d'obliger Monsieur W. _____ de conduire à plein temps malgré ses symptômes décrits" et de le conseiller pour trouver d'autres pistes permettant une activité plus lucrative. Dans son rapport du 20 septembre 2016, le Dr K. _____ du Centre d'imagerie V. _____ (ci-après : le V. _____) a conclu que l'IRM cérébrale (à Tesla 3) n'avait révélé aucune anomalie suspecte, hormis une hypophyse de petite taille, ni de singularité suspecte de signal ou de lésion autre associée. Il a précisé qu'il n'avait pas retrouvé l'obstruction partielle de la voie de drainage du sinus maxillaire droit visualisée auparavant. Le 12 octobre 2016, le Dr P. _____ a transmis à la CNA le rapport reçu de l'G. _____ en soulignant que les conclusions de celui-ci quant à la capacité de travail de son patient en qualité de chauffeur-livreur divergeaient de celles du Dr L. _____ et qu'il espérait par conséquent que l'assureur accidents revienne sur la décision du 23 juin 2016. Dans leur rapport du 5 octobre 2016, les Drs N. _____, et M. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant auprès de l'G. _____, ont notamment indiqué ce qui suit : " Discussion et propositions Sur la base des documents à disposition, de l'anamnèse professionnelle et de l'examen réalisé, nous constatons que malgré l'amélioration des symptômes, ceux-ci ont encore une répercussion sur la vie quotidienne du patient. Bien qu'il n'y ait pas d'éléments objectifs au niveau de l'examen clinique ou des examens paracliniques, les différents symptômes présentés sont évocateurs d'un syndrome post-commotionnel et/ou d'état de stress post traumatique, consécutifs à l'accident de juillet 2015. Sur l'initiative de M. W. _____, son poste de travail actuel a pu être aménagé partiellement. Il convient de maintenir cette activité et de réévaluer régulièrement la possibilité d'augmenter le taux de travail de manière progressive, et ce parallèlement à la prise en charge thérapeutique. En cas d'évolution favorable, la reprise d'une activité d'aide-menuisier à long terme semble envisageable. Il n'est pas possible à ce jour de se prononcer sur un délai, mais au vu de l'évolution il faut compter plusieurs mois avant d'espérer la récupération d'une capacité de travail totale. Concernant la fin des prestations d'assurance accident, il appartient à la SUVA d'apprécier la qualité de l'instruction médicale et de prendre position sur la suite à donner au dossier de M.

W._____. Nous relevons toutefois que du point de vue de la médecine du travail, l'augmentation rapide de la capacité de travail préconisée ne nous semble pas tout à fait adaptée, au vu de la répercussion des symptômes sur son quotidien. Il convient également de préciser que M. W._____ fait preuve de bonne volonté et a tout fait pour poursuivre une activité professionnelle, en cherchant rapidement du travail et en négociant un aménagement du poste de travail. Ainsi, il convient pour l'heure de maintenir les aménagements suivants au poste de travail de livreur de pizza : - Favoriser les activités réalisées dans un environnement peu bruyant - Pas de travail en hauteur - Limitation de la conduite automobile : au maximum de 2 à 3 heures par jour, en favorisant les trajets courts ne dépassant pas 30 minutes, de préférence accompagnée. Cette aptitude au poste devrait être réévaluée au plus tard dans 6 mois." Dans son appréciation neurologique du 15 novembre 2016, le Dr I._____, médecin auprès du Centre de compétences de la CNA, a notamment indiqué ce qui suit : "Alors qu'il conduisait sa voiture, M. W._____ avait été victime le 31.07.2015 d'un accident de la circulation en raison d'un véhicule circulant en sens inverse qui avait provoqué un choc frontal. Les documents contemporains de l'accident établis au Kosovo ne mentionnaient aucune perte de connaissance de l'assuré; ils ne faisaient état que d'une plaie lacéro-contuse de la paupière et de l'arcade sourcilière gauches. Les plaies avaient été suturées; une consultation ophtalmologique avait permis d'exclure des blessures de l'œil gauche. C'est le code diagnostique ICD-10 S00, correspondant à des lésions traumatiques superficielles de la tête, qui avait été utilisé; le 4 ème chiffre du code, qui avait été laissé en suspens dans le cas présent, précise la localisation de la blessure superficielle, alors que le 5 ème chiffre en indique le type. Nous pouvons partir du principe que les médecins de l'Hôpital universitaire du Kosovo auraient diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral significatif, s'ils avaient disposé d'indices évocateurs d'une perte de connaissance ou d'une lacune mnésique (ou trou de mémoire). L'assuré a indiqué en novembre 2015 avoir perdu connaissance lors du choc de l'accident et avoir souffert d'un trou de mémoire de plus d'une heure, ce qui plaiderait en faveur d'un traumatisme crânio-cérébral significatif. Toutefois, cette affirmation contredit les données figurant dans les documents contemporains de l'événement accidentel; en outre, le Dr X._____, neurologue à [...], et le Dr P._____, psychiatre à [...], tous deux médecins traitants de M. W._____, ne partagent pas son opinion, car ils évoquent un traumatisme crânio-cérébral simple. Sur ce point, le recours à la notion de "syndrome commotionnel", tant par le Dr L._____, psychiatre, que par les médecins de l'Institut universitaire G._____ (G._____), pose problème d'un point de vue neurologique, si M. W._____ n'a pas souffert d'une commotion, terme synonyme de traumatisme crânio-cérébral simple. L'IRM crânio-cérébrale effectuée le 21.10.2015 n'avait mis en évidence ni séquelles de contusion cérébrale, ni d'autres lésions cérébrales consécutives à l'événement accidentel. La modification de la région de l'hypophyse, sous forme de selle turcique partiellement vide, que révèle cet examen d'imagerie, représente clairement une constatation sans rapport avec l'événement accidentel, et dont la valeur de maladie n'est pas indiscutable. Par ailleurs, j'avais demandé que l'on réalise des séquences particulières d'IRM permettant d'exclure de manière sûre la présence de microhémorragies ou de lésions axonales diffuses. Ce nouvel examen d'imagerie crânio-cérébrale du 20.09.2016 n'a montré aucune modification pathologique. Par conséquent, les troubles de l'assuré n'ont pas de corrélations structurelles de nature organique et objectivables, au degré de la vraisemblance prépondérante. Réponse aux questions Merci d'examiner si les troubles présentés par l'assuré peuvent s'expliquer d'un point de vue organique et, dans l'affirmative, de vous prononcer sur la capacité de

travail dans l'activité d'aide-menuisier et de chauffeur–livreur. Les troubles décrits par M. W. _____ n'ont pas de corrélations structurelles de nature organique et objectivables, au degré de la vraisemblance prépondérante. Par conséquent, son inaptitude partielle au travail qui persiste ne peut être attribuée à une lésion cérébrale de nature organique." Par décision sur opposition du 18 novembre 2016, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 23 juin précédent. Elle a considéré en substance, en se fondant principalement sur l'appréciation du 15 novembre 2016 de son neurologue conseil, le Dr I. _____, que les troubles décrits par l'assuré n'avaient pas de corrélation structurelle de nature organique objectivable au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte que l'incapacité de travail qui persistait ne pouvait être mise sur le compte d'une lésion cérébrale de nature organique. Estimant que l'accident dont l'assuré avait été victime le 31 juillet 2015 pouvait tout au plus être rangé dans les accidents de gravité moyenne stricto sensu, la CNA a rappelé que, pour admettre une relation de causalité adéquate, il fallait pouvoir retenir au moins trois des critères consacrés par la jurisprudence ou que l'un des sept critères en question se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C_622/2010 du 3 décembre 2010, consid. 4.1 et les références). Or, sans minimiser l'accident, l'intimée a considéré que celui-ci n'avait pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant, ni n'avait été accompagné de circonstances concomitantes particulièrement impressionnantes, que l'assuré n'avait pas subi de lésion physique grave, qu'aucune erreur médicale ou complication n'était intervenue, que la durée du traitement et de l'incapacité de travail ne pouvaient pas être qualifiées d'anormalement longues et qu'enfin l'assuré ne souffrait pas de douleurs importantes à cause de la situation organique. Elle en concluait qu'il ne lui incombait plus de prendre en charge les troubles psychiques ou les troubles qui ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique. B. Par acte du 8 décembre 2016, W. _____ a recouru contre la décision sur opposition rendue par la CNA le 18 novembre précédent. Il a implicitement conclu à son annulation et à la poursuite de l'octroi de prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au-delà du 31 août 2016. Il se prévaut du rapport de l'G. _____ du 5 octobre 2016 dont il ressort qu'en raison de sa symptomatologie persistante, le recourant ne serait pas pleinement apte au travail de chauffeur-livreur de pizza tel qu'aménagé, poste qu'il occupe depuis le 1^{er} mars 2016 à 50 %. Une réévaluation devrait intervenir dans les six mois. Dans sa réponse du 21 février 2017, l'intimée, par l'intermédiaire de Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours. Elle se réfère aux faits tels que décrits dans la décision sur opposition contestée et à l'appréciation médicale de son neurologue conseil du 17 novembre 2016, dont il ressort que les troubles décrits par le recourant n'ont pas de corrélation structurelle de nature organique objectivable au degré de la vraisemblance prépondérante. L'intimée confirme sa conclusion, à savoir qu'il ne lui incombe pas de prendre en charge les troubles psychiques ou d'autres troubles inexplicables sur le plan organique. Pour le surplus, elle relève qu'elle n'a jamais obligé l'assuré à travailler spécialement dans une activité de chauffeur-livreur, ce d'autant plus si ce dernier ne s'estime pas capable de conduire plus de deux à trois heures par jour. Le 15 mars 2017, le Dr P. _____ a répliqué, à la demande de son patient. Il confirme implicitement les conclusions du recourant en se référant au rapport de l'G. _____ du 5 octobre 2016, qui corrobore son évaluation de la capacité de travail du recourant et ne propose pas d'autre activité mieux adaptée. Il relève en outre que plusieurs traitements ont dû être mis en place d'entente avec le Dr X. _____. Il indique qu'avec la médication actuelle et grâce aussi à "l'amélioration spontanée au fil du temps", les symptômes continuent à régresser : le recourant dort bien, les vertiges ont diminué, les

maux de tête ne sont plus permanents mais fluctuent en fonction de la charge de travail, le bruit constant dans la tête du recourant – symptôme primordial pendant des mois – a presque disparu et l'assuré est moins fatigué. Il travaille davantage les jours où il se sent en meilleure forme, son poste de travail lui permettant d'augmenter de façon flexible sa capacité de travail sans contrainte. Si la récupération s'avère plus lente par rapport à la moyenne dans ce genre de traumatismes, il relève que son patient est volontaire et proactif et conclut que le pronostic quant à une récupération totale de la capacité de travail est bon. Par écriture du 6 avril 2017, l'intimée a déclaré renoncer à dupliquer et maintenir intégralement sa position.

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme. Il est donc recevable. 2. Le litige porte sur le refus de l'intimée de continuer à octroyer au recourant ses prestations au-delà du 31 août 2016 pour le motif que l'intéressé était pleinement apte au travail dès le 1^{er} septembre 2016 après une reprise progressive du travail par paliers (60 % dès le 11 juillet 2016, 70% dès le 25 juillet 2016, 80 % dès le 8 août 2016 et 90 % dès le 22 août 2016). 3. 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 LPGA), 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières

que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 4. a) Selon l'art. 6 aI. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b, avec les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3). b) Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement " post hoc, ergo propter hoc "; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4; U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3). c) Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis, sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi. La question de la causalité naturelle peut rester ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). d) Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 n° U

341 p. 408 sv. consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, lors d'un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa (TFA U 142/05 du 6 avril 2006, consid. 2). 5. a) En l'espèce, les Drs P. _____ et X. _____, respectivement psychiatre et neurologue traitants du recourant, ainsi que les auteurs du rapport de l'G. _____, retiennent comme diagnostic un traumatisme crânio-cérébral simple, lequel est exclu par le Dr I. _____, neurologue conseil de l'intimée, ce à juste titre. En effet, lorsqu'un traumatisme crânio-cérébral est allégué en l'absence de lésions organiques objectivables, comme en l'espèce dans la mesure où les IRM n'ont révélé aucune lésion cérébrale (rapports radiologiques des Drs Q. _____ du 21 octobre 2015 et du Dr K. _____ du 20 septembre 2016), les plaintes de l'assuré sont difficiles à objectiver lors de l'examen clinique. Aussi, la jurisprudence a-t-elle posé des règles particulières pour trancher la question de la causalité naturelle. Dans ces éventualités, l'existence d'un tel lien 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 tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; TF U 29/07 du 16 janvier 2008, consid. 4.2). Il faut en outre que, médicalement, les plaintes puissent être attribuées de manière crédible à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 117 V 359 consid. 4b; TF U 29/07 du 16 janvier 2008, consid. 4.2). Par ailleurs, la jurisprudence exige que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans une période de 72 heures suivant l'accident pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être admis (TF U 507/06 du 7 décembre 2007, consid. 4.3.1). Or, dans le cas présent, non seulement les IRM effectués en 2015 comme en 2016 excluent une telle lésion, mais, à la lecture du rapport médical établi lors de l'examen clinique du recourant dans les suites immédiates de l'accident (rapport du Dr Z. _____ du centre des urgences médicales de la Clinique universitaire de [...] du 31 juillet 2015), il apparaît certes que la tête et le cou sont concernés mais uniquement sous la forme de lésions à la paupière et à l'arcade sourcilière gauches. Plus encore, l'auteur de ce rapport a mentionné, à titre de diagnostic conforme à la classification CIM-10 (ou ICD-10), le code S00, correspondant à une lésion traumatique superficielle de la tête. S'il y avait eu commotion, on trouverait le code S06.0 et en cas de perte de connaissance avérée, le code S06.7. Par ailleurs, aucun rapport médical ne vient attester le "tableau clinique typique" qui devrait être observé dans les trois jours suivant l'accident, étant précisé que l'assuré n'a pas été hospitalisé au Kosovo et est resté un mois dans ce pays avant de revenir en Suisse et de consulter son médecin traitant en raison des céphalées. Il n'a jamais fait mention d'une consultation médicale au Kosovo en relation avec cette problématique. Ainsi, un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles encore allégués par le recourant tels que céphalées, vertiges, etc. n'est pas établi au stade de la vraisemblance prépondérante. b) Au vu du diagnostic d'état de stress post-traumatique, distinct et indépendant posé consécutivement à l'accident, il convient encore d'examiner l'éventuelle existence d'un lien de causalité adéquate avec l'événement du 31 juillet 2015 sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa (TFA U 142/05 du 6 avril 2006, consid. 2), étant rappelé que la question de la causalité naturelle peut rester ouverte en l'absence de causalité adéquate (cf. consid. 4c in fine ci-dessus). La jurisprudence résultant

de l'ATF 115 V 133 classe 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. 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. ba) Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (ATF 115 V 133 consid. 6; TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3). La jurisprudence a régulièrement qualifié des collisions frontales comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (TF 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.1 avec les références citées). Elle a considéré comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (TFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98; cf. la jurisprudence genevoise ATAS/152/2006 du 16 février 2006). En revanche, une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, à la limite du cas bénin (TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236; TF 8C_633/2007 du 7 mai 2008 consid. 6.2 in fine et 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1). bb) En l'espèce, il ressort du rapport de police que le conducteur du véhicule responsable de l'accident du 31 juillet 2015 a perdu le contrôle de son engin et s'est retrouvé à contresens sur la voie de circulation empruntée par le recourant. Il a heurté la partie frontale droite du véhicule de ce dernier. Les photos produites au dossier montrent que l'avant droit du véhicule a été endommagé de même que le pare-brise côté conducteur. Des dégâts matériels sont rapportés ainsi que des blessures des deux chauffeurs et d'une des nièces du recourant. La sœur de ce dernier et son autre fille n'ont en revanche pas été blessées. Par ailleurs, dans ses explications (compte-rendu de l'entretien du 9 décembre 2015), l'assuré a indiqué qu'il était parvenu à immobiliser sa voiture avant le choc. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que l'accident survenu le 31 juillet 2015 n'appartient ni à la catégorie des accidents insignifiants ou de peu de gravité, ni à celle des accidents graves, mais doit être considéré comme un accident de gravité moyenne, stricto sensu. On ne saurait, d'un point de vue objectif, le ranger dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves. bc) 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 physiques, compte tenu 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 les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. 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 133 consid. 6c/bb, 403 consid. 5c/bb). bd) En l'espèce, les circonstances de l'accident dont le recourant a été la victime ne sont ni dramatiques, ni impressionnantes, au vu du rapport de police établi sur place et des photos produites au dossier. Aucun des participants n'a été grièvement blessé. L'intéressé a subi comme seules blessures nécessitant des soins immédiats des lésions à la paupière et à l'arcade sourcilière gauches, lesquelles ont été suturées, et une contusion au niveau du cou. Le recourant n'a pas été hospitalisé et n'a jamais fait état d'un suivi médical particulier au Kosovo en lien avec ces lésions. Par ailleurs, les examens d'imagerie réalisés n'ont pas permis de déceler de lésions traumatiques à l'étage cérébro-cervical. Enfin, les lésions physiques subies par l'assuré sont de peu d'importance et de ce fait ne sont, en règle générale, pas susceptibles d'entraîner des troubles psychiques. S'agissant des douleurs alléguées, outre qu'elles ne paraissent pas entraver le recourant dans ses activités quotidiennes, elles ne sauraient être prises en compte en l'absence de substrat organique expliquant leur origine. Le recourant n'a pas subi l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, étant précisé qu'il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1), dont ne font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Aucune erreur dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes n'ont été observées. Les lésions physiques constatées ne sont pas présumées entraîner une incapacité de travail particulièrement longue. c) Il découle de ce qui précède qu'il n'existe pas non plus de lien de causalité adéquat entre l'accident du 31 juillet 2015 et les troubles présentés par le recourant (état de stress post-traumatique). L'intimée était par conséquent fondée, par sa décision sur opposition du 18 novembre 2016, à refuser le service de ses prestations. 6. En ce qui concerne l'appréciation de l'G._____ qui estime, sous l'angle de la médecine du travail, que le recourant n'est pas encore à même d'exercer son activité à temps plein dans l'activité aménagée de chauffeur-livreur de pizza en raison de la symptomatologie persistante, il convient d'observer que, sous l'angle de l'assurance accidents et de l'obligation de l'assuré de réduire le dommage, on est en droit d'exiger de l'intéressé qu'il travaille à 100 % dans une activité adaptée, à savoir dans un environnement peu bruyant, sans travail en hauteur et sans être astreint à la conduite d'un véhicule, étant relevé que le marché du travail offre suffisamment de postes répondant à ces critères. 7. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Quoiqu'obtenant gain de cause, la CNA n'a pas droit à des dépens. En effet, en prévoyant à l'art. 61 let. g LPGA que seul le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens, le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd. 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), sous réserve, selon la jurisprudence, du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 127 V 205 consid. 4, critiqué par Kieser, loc. cit.), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 18 novembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ W._____, à [...], ■ Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour

l'intimée), - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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