

VD_GERICHTE ZA17.007493 vom 10. Januar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.007493

FR: VD_GERICHTE ZA17.007493 du 10 janvier 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.007493 del 10 gennaio 2018

Erwägungen

E. 10

septembre 2007 pour des cervico-dorsalgies et une hypersensibilité auditive, ne supportant pas certains bruits qui lui provoquaient des céphalées. Il a pu reprendre son activité de nettoyeur le 8 octobre 2007 à 25 %. Dans un certificat médical du 7 novembre 2007, le Dr S. _____ du F. _____ a indiqué que l'assuré devait éviter toute activité bruyante, comme l'aspirateur, ainsi que l'exposition à une lumière vive. Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA le 2 juin 2008, l'assuré a indiqué qu'il restait très sensible aux bruits aigus. Compte tenu de cette situation, il avait quitté son emploi chez W. _____ SA fin octobre 2007, puis était resté quelque temps sans activité. Son médecin traitant avait prolongé son incapacité de travail pour une durée indéterminée. Dès le 25 février 2008, il avait pu reprendre une activité professionnelle comme vendeur auprès de la Q. _____, où il travaillait désormais à plein temps.

- 3 - L'assuré a été examiné le 14 octobre 2008 par le Dr T. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, et le 18 novembre 2008 par le Dr Z. _____, spécialiste en neurologie. Il présentait toujours une intolérance au bruit, toutefois moins importante, et expliquait s'y être habitué. Il s'est plaint de céphalées intermittentes et douleurs aux changements de temps. Les rachialgies cervico-lombaires avaient en revanche disparu. L'examen neurologique n'a pas révélé d'éléments permettant de conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux. Les médecins ont souligné l'évolution globale favorable. Le Dr T. _____ a indiqué, à l'intention de la CNA, qu'il ne voyait pas d'autre solution que de prendre en charge l'incapacité de travail jusqu'au 25 février 2008, à condition qu'elle ait été attestée médicalement, n'étant pas en mesure de se prononcer à ce sujet de manière rétroactive, après presque une année. L'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail totale depuis le 9 décembre 2008 en raison d'une aggravation de ses troubles. Dans des rapports médicaux des 21 décembre 2008 et 17 janvier 2009, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assuré souffrait de céphalées, prédominant à gauche et accentuées le soir, ainsi que d'importants troubles de l'endormissement. Une ponction lombaire avait pu exclure une cause infectieuse ou inflammatoire. L'origine de cette céphalée inhabituelle restait peu claire ; il ne pensait pas qu'un problème sinusien puisse expliquer le tableau clinique. Une céphalée post-traumatique ne pouvait être retenue car elle aurait dû survenir au maximum une semaine après le traumatisme crânien ou après la reprise de la conscience suite au traumatisme crânien. Il a estimé que le diagnostic le plus probable était celui d'une céphalée de tension. Le 20 janvier 2009, l'assuré a vu le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, en vue de discuter d'une éventuelle correction de la zone d'alopecie et d'une intervention au niveau du pli du coude gauche en raison d'une gêne provoquée par un probable fragment de verre.

- 4 - Dans un certificat médical du 14 février 2009, la Dresse Y. _____, médecin praticien, a indiqué que l'assuré souffrait de céphalées intenses présentes depuis décembre 2008 ainsi que d'acouphènes et d'une hypersensibilité au bruit depuis août 2007. Le seuil d'intolérance au bruit était à 30 dB. Aucune étiologie n'avait été trouvée et aucun traitement n'était efficace. La Dresse Y. _____ a en outre transmis à la CNA un rapport médical du 4 décembre 2007 du Dr J. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui précisait que l'examen oloneurologique ne montrait pas de lésion audio-vestibulaire. Le patient présentait néanmoins un important abaissement du seuil auditif d'inconfort et douloureux à des niveaux de pression acoustique de faible intensité (30 à 40 dB). Selon le Dr J. _____, l'assuré souffrait d'une symptomatologie d'acouphène et d'hyperacousie douloureuse dans les suites d'un événement traumatique majeur. Il a également posé le diagnostic de trouble psychologique post-traumatique. Le 11 mai 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud en raison d'une hyper sensibilité aux bruits aigus et de maux de têtes. Son contrat de travail auprès de la Q. _____ a été résilié pour le 31 mai 2009. Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA le 4 juin 2009, l'assuré a exposé que le 9 décembre 2008 au réveil, il avait constaté qu'il ne sentait plus aucune sensation dans la partie droite de son crâne et souffrait de maux de tête. Il avait ensuite ressenti une grosse fatigue qui l'avait obligé à interrompre son travail pour aller consulter son médecin. En réponse à la demande de la CNA, le Dr T. _____ a considéré, en date du 24 septembre 2009, qu'une relation de causalité

- 5 - entre l'accident du 31 août 2007 et l'incapacité de travail ayant débuté le 9 décembre 2008 était possible seulement, voire exclue. Par décision du 5 octobre 2009, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles pour lesquels un traitement médical avait été entrepris à partir du 9 décembre 2008 au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre ceux-ci et l'accident du 31 août 2007. Par courrier du 9 octobre 2009, la CNA a indiqué à l'assuré être disposée à verser l'indemnité journalière du 7 octobre 2007 au 24 février 2008 à bien plaisir et sans engagement pour l'avenir. Elle renonçait par ailleurs à procéder à des investigations complémentaires pour établir l'incapacité de travail totale de l'assuré durant cette période. L'assuré s'est opposé à la décision de la CNA en date du 5 novembre 2009, estimant qu'il était nécessaire de procéder à des investigations médicales complémentaires avant de pouvoir se prononcer sur la causalité naturelle entre les troubles présentés et l'accident. L'assuré a été examiné par le Dr T. _____ en date du 19 avril 2010. La situation était inchangée, il présentait toujours des céphalées vespérales qui l'empêchaient de s'endormir, une sensation de gonflement douloureux des cicatrices aux changements de temps et une intolérance au bruit. La lésion sous-cutanée sous le coude gauche ne le gênait en revanche plus. Une expertise neurologique, neuropsychologique et psychiatrique de l'assuré a été réalisée le 12 mars 2010 dans le cadre de sa demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. Les Drs K. _____, spécialiste en neurologie, et V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de status après TCC [traumatisme crânio-cérébral] sans séquelle neurologique ou neuropsychologique objective, mais avec une exacerbation de la sensibilité aux bruits subjective, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) depuis la date de l'accident, et des difficultés

- 6 - liées à son rôle social (Z60.0) depuis l'accident également. Les médecins ont conclu à une pleine capacité de travail, précisant que les plaintes subjectives d'hypersensibilité aux bruits étaient à même de justifier un environnement peu bruyant pour toute reprise du

travail. Leur appréciation était la suivante : « Le patient ne présente actuellement aucune atteinte des fonctions neurologiques de base, ni des fonctions cognitives. Sur le plan neurologique, ses plaintes sont centrées sur une hypersensibilité aux bruits, avec impression d'un bruit relativement constant dans la tête, qui ne correspond pas à un acouphène auditif proprement dit. L'examen ORL spécialisé avait d'ailleurs exclu un problème d'hypoacousie secondaire. Par ailleurs, si des céphalées sont décrites à plusieurs reprises dans le dossier, d'une part, celles-ci ne semblent pas post traumatiques, vu leur délai d'apparition, mais, comme le Dr N._____ l'avait déjà évoqué paraissent correspondre à des céphalées de tension, et d'autre part, elles ne sont pas citées au 1er plan actuellement par le patient. Sur le plan neurologique et cognitif, il n'existe pas de limitation formelle de la capacité de travail, et tout au plus doit-on envisager, pour faciliter la reprise d'une activité professionnelle, de considérer un environnement peu bruyant pour celle-ci, du fait des plaintes subjectives du patient. Sur le plan psychiatrique, l'expertisé paraît très résilient sur le plan psychique, surtout si l'on prend en considération tous les événements qui lui sont arrivés : l'accident de voiture, le décès du père de son amie, les blessures graves de son amie qui l'on[t] rendue handicapée, et ses blessures à lui qui ont déterminé l'asthénie, les fortes céphalées et l'intolérance aux bruits. Cette hypothèse de forte résistance sur le plan psychique est tout à fait probable car malgré tous ces éléments, l'expertisé ne présente ni de symptomatologie d'état de stress post-traumatique, ni de trouble dépressif récurrent plus sévère que léger ni d'autres phénomènes somatoformes, qui sont souvent une conséquence de ce genre d'accident ou de drame. Cliniquement l'expertisé ne présente que des signes de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, qui est la moindre des choses dont on s'attendrait après de tels événements qui auraient pu provoquer une incapacité de travail élevée et prolongée. [...] » A la demande de la CNA, l'assuré a été à nouveau examiné par le Dr J._____. Dans son rapport médical du 10 septembre 2010, ce médecin a retenu le diagnostic d'acouphène et hyperacousie en voie de compensation. Le bilan audiolinguistique était normal, l'acouphène et l'hyperacousie s'étaient améliorés et le patient s'était habitué aux symptômes qui étaient devenus acceptables. Il n'y avait donc pas de limitation de sa capacité de travail sur le plan ORL, outre l'évitement d'une activité en milieu bruyant.

- 7 - Dans une prise de position du 7 octobre 2010, le Dr T._____ a estimé que l'incapacité de travail reconnue à l'assuré dès le 9 décembre 2008 ne trouvait pas de justification médicale et a rappelé que les céphalées avaient été qualifiées de tensionnelles par le Dr N._____, qui avait précisé qu'une céphalée post-traumatique ne pouvait pas être retenue. Le 30 juin 2010, l'OAI a rendu une décision refusant à l'assuré le droit à des prestations de l'AI, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante. Dans leur appréciation du 5 octobre 2012 à l'intention de la CNA, les Drs T._____ et C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont indiqué ce qui suit : « [...] Les plaintes que présente le patient depuis le 09.12.2008 sont peu spécifiques. Les céphalées sont considérées comme des céphalées de tension par le N._____. Il ne s'agit pas de céphalées post-traumatiques puisque le Dr Z._____ n'en fait pas mention lors de son examen du 18.11.2008. Il n'y a donc pas lieu de remettre en question le diagnostic du Dr N._____, qu'aucun autre élément médical ne contredit. Ces plaintes subjectives ne peuvent pas être considérées comme l'expression d'un syndrome post-commotionnel car elles sont apparues plus d'une année après l'accident. Les plaintes de l'assuré sont donc des plaintes subjectives. Elles peuvent parfaitement s'expliquer par les conséquences dramatiques de l'accident du 31.08.2007. Le père de l'amie de l'assuré et le chauffeur sont décédés et l'amie est vraisemblablement paraplégique. L'examen psychiatrique du Dr

V._____ de février 2010 conclut à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Mais le Dr V._____ ne justifie pas son diagnostic, en particulier le caractère récurrent du trouble dépressif. Le status psychiatrique ne met pas en évidence de trouble psychique important. D'après le Dr V._____, le trouble thymique dont souffre le patient est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 31.08.2007. Néanmoins ce trouble thymique ne justifie pas d'incapacité de travail.

- 8 - S'il est donc vraisemblable que l'assuré a présenté dans les suites de cet accident un épisode dépressif, nous contestons le diagnostic posé par le Dr V._____ de trouble dépressif récurrent car l'assuré n'a pas présenté plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de période de rémission. L'assuré aurait-il dû bénéficier d'un traitement complémentaire ? En 2011, l'assuré a quitté la Suisse. Ses parents ne savent pas où il vit, ni ce qu'il fait. Il travaillerait et vivrait avec une compagne. Ces renseignements ont été donnés par le père de l'assuré lors d'un entretien téléphonique avec le gestionnaire du dossier. L'assuré a toujours refusé les différents traitements qui lui étaient proposés. Il n'a jamais, à notre connaissance, demandé de consultation ou de traitement psychothérapeutique. On peut d'ailleurs se demander s'il aurait eu les ressources psychiques et introspectives pour tirer profit d'un tel traitement et si un tel traitement aurait modifié le décours de ses troubles. [...] » Le 3 février 2015, l'assuré a transmis à la CNA les documents suivants émanant de médecins français : - Un certificat médical du 27 mai 2014 de la Dresse L._____, qui a indiqué que l'assuré souffrait d'hémicrâniées gauches permanentes avec paroxysmes deux à trois fois par jour, durant une demi-heure à une heure, l'obligeant parfois, en fonction de l'intensité, à arrêter toute activité. Les céphalées étaient aggravées par le bruit. La Dresse L._____ notait que l'assuré était incapable d'assumer un poste de salarié avec horaires fixes et qu'il avait dû Dr Etienne Colomb s'adapter en prenant un statut d'autoentrepreneur. Il présentait en Psychiatrie et psychothérapie FMH Psychiatre conseil outre des troubles de la concentration et des troubles du caractère avec irritabilité et anxiété. Il se plaignait d'une amputation du champ visuel gauche, pour laquelle il avait été renvoyé à un Suva Lausanne, Médecine des assurances ophtalmologue. Service médical des agences - Un rapport médical établi le 2 juin 2014 par le Dr X._____, Dr méd. Maurice Liouriet spécialiste FMH en chirurgie spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui a mentionné que l'assuré Médecin d'arrondissement se plaignait d'une intolérance au bruit, d'acouphènes et de céphalées, lesquelles ne lui semblaient pas en rapport direct avec la sphère ORL. L'audio-tympanogramme était normal tout comme le reste de l'examen ORL.

- 9 - L'assuré a été examiné le 16 mars 2015 par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son évaluation médicale du 21 avril 2015, il a retenu les éléments suivants : « Diagnostics (CIM-10) Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) Autres modifications durables de la personnalité (F 62.8) Appréciation Avant l'événement M. B._____ a parcouru une évolution assez typique et normale au sein d'une famille d'immigrés du Portugal, avec séparation de quelques années de ses parents entre 6 à 8 ans, dans un milieu et une famille élargie intacte et sans antécédents psychiatriques. [...] Tout a basculé avec la survenue de l'événement en question. Un syndrome douloureux d'intensité fluctuante s'est installé pour rester présent et dominer sa vie, avec les céphalées et les acouphènes permanents ainsi que l'hypersensibilité auditive handicapante. La répercussion sur sa capacité de travailler amène une instabilité professionnelle permanente. Il rompt le lien avec son amie, hémiplé- gique depuis l'accident, apparemment sans remord de l'avoir laissé tomber après la tragédie. Il s'est

éloigné de sa famille, parfois sans donner de nouvelles, il devient imprévisible. Son tempérament s'altère avec une irritabilité et éclats d'impatience et de mauvaise humeur qu'il ne connaissait pas auparavant. Il se trouve et construit un nouvel entourage à [...], se marie avec une femme plus jeune, stable, travailleuse et devient père. Ceci constitue certainement un aspect progressif de son évolution, vu sa capacité intacte de créer des liens affectifs. Le fait qu'il ait arrêté de fumer il y a 2 ans montre une capacité de se prendre en main. Néanmoins, il s'est installé dans une position dépendante de sa femme et de ses beaux-parents, émotionnelle et financièrement, ne travaillant que peu et de façon imprévisible, ne gagnant pas vraiment sa vie. Il mène une vie limitée, isolée socialement et toujours assailli par ses céphalées, acouphènes et hypersensibilité auditive. Souvent présentes et dérangeantes, pas rapportées spontanément par l'assuré, car davantage intériorisées et pas visibles socialement, sont les réviviscences de l'accident, la répétition fréquente de la scène traumatique entre le réveil et l'éclatement de la vitre à l'impact au sol. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) semble pertinent vu la présence, à la suite de l'événement, des symptômes somatiques de céphalées et d'acouphènes presque invalidants, sans pathologie neurologique et ORL sous-jacente qui expliquerait la persistance et l'importance des plaintes. En ce qui concerne l'hypersensibilité auditive, on peut établir un lien entre le vécu auditif (crissement) qui a accompagné le traumatisme et la sensibilité aux sons aigus ou de machines, traduisant un rappel auditif permanent du vécu du traumatisme. Un trouble dépressif tel que diagnostiqué par le Dr V. _____ en 2010 n'est plus d'actualité. Le fait d'avoir changé de cadre de vie,

- 10 - trouvé une relation affective stable et être devenu père le renforce dans son identité personnelle et l'aide à faire face à sa situation professionnelle très précaire. Les changements de tempérament et bien des aspects de sa personnalité survenus depuis l'accident se sont installés, ancrés et se trouvent renforcés par l'arrangement affectif et familial actuel. Ils semblent être le mieux représentés par le diagnostic : Autres modifications durables de la personnalité (F62.8). On note encore la présence de quelques symptômes qu'on trouve dans les états de stress post-traumatique, mais pas en nombre suffisant pour atteindre le seuil diagnostique. Le traumatisme en soi a été exceptionnellement menaçant et catastrophique et le serait pour n'importe qui. La reviviscence fréquente de l'événement avec souvenirs intrusifs, sur un mode surtout auditif, mais aussi visuel est toujours très gênante, même six ans après. Par contre, il n'y a pas de comportement d'évitement, ni de vrai émoussement émotionnel, ni de détachement. Quant à la causalité naturelle, il est clair que du point de vue psychiatrique elle doit être acceptée comme existante entre l'événement avec TCC et les troubles psychiatriques présents. Elle est quasiment entière, l'événement surgit comme la cause principale. Le degré de certitude ou de probabilité de ce lien se situe dans le domaine du "certain". » En réponse aux questions de la CNA, le Dr D. _____ a exposé que les troubles psychiques diagnostiqués constituaient certainement des suites directes de l'événement. Par contre, il était difficile de déterminer à quel point il s'agissait d'une atteinte dépendante ou indépendante du traumatisme cranio-cérébral. Au vu de l'évolution des dernières années ainsi que du contexte social, on pouvait difficilement attendre d'un traitement psychiatrique une amélioration notable. Un amendement spontané partiel ou total du tableau psychique semblait actuellement peu probable. Le Dr D. _____ a précisé que c'étaient les troubles subjectifs documentés qui avaient contribué et permis, entre autres facteurs, de conclure aux diagnostics des troubles psychiques cités. Selon son estimation, l'atteinte à l'intégrité se situait pour les troubles psychiatriques présents dans le domaine supérieur du « léger à

modéré » et pouvait être établie à 30 %, au regard de la table Suva n° 19. Le Dr D. _____ s'est prononcé comme suit sur l'existence d'un lien entre l'accident et l'incapacité de travail dès le 9 décembre 2008 : « La réponse ne peut se référer qu'aux aspects psychiatriques de l'incapacité de travail. En plus, il est difficile de juger rétrospectivement la pertinence de l'évaluation psychiatrique du

- 11 - 12.03.2010 du Dr V. _____ quant à l'incapacité de travail, car à l'époque, 16 mois après l'événement, l'assuré a pu se trouver au moment de l'examen dans une attitude davantage optimiste et confiante avec perspective et volonté d'une reprise professionnelle. On ne peut que constater qu'actuellement, passé 6 ans, le bilan est plus réaliste et les attentes sont diminuées. » Le 2 mars 2016, l'assuré a transmis à la CNA un rapport médical rédigé le 1er décembre 2015 par la Dre M. _____, du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur du [...]. Celle-ci mentionnait que l'assuré était suivi pour un tableau de céphalées chroniques en lien avec un accident de la voie publique survenu en 2007, que ce tableau de céphalées chroniques s'inscrivait dans un tableau post traumatique sévère, avec troubles du sommeil et fléchissement thymique. Dans un courrier du 13 septembre 2016 adressé à l'assuré, la CNA a considéré qu'il n'y avait pas de cause organique traumatique structurelle de l'accident assuré dans les plaintes alléguées, qu'il s'agissait tout au plus de plaintes fonctionnelles ou alors d'ordre psychique. S'agissant des troubles psychiques retenus par le Dr D. _____, la CNA niait l'existence d'un lien de causalité adéquate. Dans sa prise de position du 16 janvier 2017, l'assuré a maintenu que ses troubles provenaient de l'accident et citait notamment à cet égard les conclusions du Dr G. _____, qui avait admis un syndrome post-commotionnel pouvant entraîner une incapacité permanente de travail de l'ordre de 5 à 10 %. S'agissant de la causalité adéquate, il a estimé que l'accident subi était de gravité moyenne et qu'il avait été particulièrement dramatique compte tenu du décès du conducteur, père de son amie, et du fait que celle-ci avait été grièvement blessée et se trouvait désormais en fauteuil roulant. Ses douleurs étaient toujours présentes, près de dix ans après l'accident, de sorte que les critères de la durée anormalement longue du traitement médical et des douleurs physiques persistantes étaient également remplis, tout comme celui de la nature particulière des lésions physiques, lesquelles étaient propres à entraîner des troubles psychiques.

- 12 - Par décision sur opposition du 19 janvier 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a mentionné que celui-ci n'avait pas donné suite à la proposition de traitement pour la lésion sous-cutanée sous le coude gauche ainsi que la zone d'alopecie temporale gauche, laquelle ne constituait pas un préjudice esthétique important. La CNA a souligné l'absence d'anomalie notable à l'examen neurologique et l'exclusion du diagnostic de céphalées post-traumatiques par les médecins. Les plaintes subjectives ne pouvaient pas être considérées comme l'expression d'un syndrome post-commotionnel car elles étaient apparues plus d'une année après l'accident. Le dossier médical révélait clairement, d'une part, que l'accident assuré n'avait produit ni fracture du crâne, ni lésion structurelle organique cérébrale et, d'autre part, l'absence de cause organique traumatique structurelle de l'accident assuré dans les plaintes alléguées. Les certificats médicaux produits par l'assuré ne permettaient pas une autre conclusion et devaient par ailleurs être reçus avec retenue dans la mesure où ils avaient été établis à l'étranger, où les bases d'appréciation, dans le cadre des assurances sociales, différaient souvent de celles prévalant en Suisse. Qualifiant l'accident de moyen au sens strict, la CNA a estimé que seul le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement

impressionnant de l'accident pouvait tout au plus être considéré comme rempli. B. Par acte du 20 février 2017, B. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents sur la base d'un taux d'invalidité non inférieur à 50 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 30 %, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire était indispensable puisqu'à l'exception du rapport d'expertise psychiatrique de 2015, l'intimée s'était basée sur des renseignements médicaux qui dataient de 2010 pour les constatations faites en Suisse. Cette instruction complémentaire s'avérait nécessaire au regard des rapports médicaux établis en France, qui indiquaient que les

- 13 - troubles se poursuivaient. Il a fait valoir qu'il s'était plaint de ces différents troubles dès son retour d'Espagne et a reproché à l'intimée de ne pas en avoir tenu compte. Il a estimé que l'accident subi devait être considéré comme grave ou à tout le moins à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne et que le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident était rempli, citant des exemples de jurisprudence et soutenant que sa période de coma suite à l'accident allait dans le sens de l'admission de ce critère. Il a également considéré que le critère de la durée anormalement longue du traitement médical et des douleurs physiques persistantes était rempli puisqu'il n'avait jamais cessé d'être traité depuis son accident et que ses troubles persistaient. Il a produit des documents médicaux figurant déjà à son dossier ainsi qu'un rapport médical établi en France le 22 avril 2015 par le Dr G. _____, spécialiste en neurologie, qui mentionnait que l'ensemble des examens effectués étaient normaux et concluait à un syndrome post-commotionnel, avec céphalées prédominantes, qu'il estimait nécessaire d'indemniser à hauteur de 10 % d'incapacité partielle permanente. Dans sa réponse du 11 mai 2017, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a estimé qu'une instruction complémentaire n'était pas nécessaire puisque les nombreux examens entrepris n'avaient pas permis d'attribuer une origine somatique à l'hyperacousie, aux acouphènes ainsi qu'aux céphalées dont se plaignait l'assuré et que les rapports médicaux ne démontraient pas pourquoi ces troubles seraient à mettre en relation de causalité avec une séquelle organique de l'accident du 31 août 2007. Elle a maintenu que l'accident subi était de gravité moyenne compte tenu de l'absence de collision avec, par exemple, un autre véhicule et du fait qu'on ignorait à quelle vitesse il roulait, précisant que le décès du conducteur n'était pas relevant. Par rapport au caractère particulièrement impressionnant de l'accident, elle a considéré que le recourant n'avait pas été confronté directement au décès du conducteur ni aux faits concernant son amie puisqu'il dormait au moment de l'accident puis avait présenté une amnésie circonstancielle de 36 heures environ. Elle a estimé que l'essentiel du traitement médical avait consisté à éclaircir l'étiologie des

- 14 - céphalées et gênes auditives, que le suivi médical psychique n'était pas décisif et que les douleurs physiques devaient être relativisées étant donné que les troubles psychiques avaient exercé une influence prépondérante sur son état de santé. Dans sa réplique du 19 juin 2017, le recourant a fait savoir que son état semblait s'aggraver et qu'il était en traitement en France. Dans son courrier du 11 juillet 2017, l'intimée a maintenu ses conclusions. 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 [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]). 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 recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 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). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 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

- 15 - (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 recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent à raison du lieu, compte tenu du précédent domicile du recourant ainsi que du siège de son dernier employeur dans le canton de Vaud (art. 58 al. 2 LPGA). Le recours respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles qui l'ont amené à être en incapacité de travail à compter du 9 décembre 2008. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes dont il se prévaut et l'accident du 31 août 2007. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. aa) Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente

- 16 - 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b, et les références). 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 »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929). bb) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être

- 17 - reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9). 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). aa) En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb et les références). bb) En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109). Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau

- 18 - clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Dans le

second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa). cc) Au regard de la doctrine médicale, le Tribunal fédéral a retenu que les acouphènes ou tinnitus ne pouvaient pas être considérés comme une atteinte physique ou, pour le moins, comme une atteinte ayant obligatoirement pour origine une cause physique. Dès lors, en présence d'un tinnitus qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle (grâce à des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie à laquelle associer les acouphènes), le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admis sans faire l'objet d'un examen particulier comme c'est le cas pour d'autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique (ATF 138 V 248). Cela signifie qu'en l'absence de lésion organique spécifique, le lien de causalité adéquate entre les acouphènes et l'accident doit être examiné selon les critères objectifs applicables en cas de troubles psychiques, à moins que l'atteinte à la santé subie dans le cas particulier justifie l'application des critères d'examen de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin » (TF 8C_498/2011 du 3 mai 2012 consid. 6, non publié in ATF 138 V 248 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 128 p. 939 s.).

- 19 - d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et réf. cit.; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et réf. cit.; TF 8C_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 2). 4. a) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et,

- 20 - enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016

consid. 5.1). b) 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 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. a) En l'occurrence, le recourant a subi un traumatisme crânien simple lors de l'accident du 31 août 2007, avec une importante plaie pariétale gauche et de multiples contusions. Depuis sa consultation au F. _____ du 10 septembre 2007, il se plaint de céphalées, d'acouphènes ainsi que d'une hyperacousie douloureuse. Il considère que l'instruction de la CNA en relation avec ces troubles qu'il qualifie de physiques est lacunaire, notamment du fait que les rapports médicaux suisses sur lesquels l'intimée se fonde datent de 2010.

- 21 - Il faut relever que ces atteintes reposent uniquement sur les doléances de l'assuré. Celui-ci a été examiné par plusieurs spécialistes et a passé différents examens en rapport avec ces troubles, qui n'ont toutefois pas permis de retenir une cause organique, voire l'ont exclue. L'examen neurologique du Dr Z. _____, qui a certes eu lieu quelques semaines avant la réapparition plus intensive des céphalées, n'a pas révélé d'éléments permettant de conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux (rapport médical du 19 novembre 2008). Le Dr N. _____ a procédé à un nouvel examen neurologique le 19 décembre 2008, qui s'est révélé normal, ainsi qu'à une ponction lombaire, laquelle a permis d'exclure une cause infectieuse ou inflammatoire du système nerveux (cf. rapports des 21 décembre 2008 et 17 janvier 2009). Il qualifie les maux de tête de l'assuré de céphalées de tension tout en considérant qu'elles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Il a en effet exclu qu'il s'agisse d'une céphalée post-traumatique car celle-ci aurait dû survenir au maximum une semaine après le traumatisme crânien ou après la reprise de la conscience suite au traumatisme crânien. Il faut toutefois constater que son rapport médical du 21 décembre 2008 se fonde sur les douleurs présentes depuis début décembre 2008 et ne fait pas mention des maux de tête dont l'assuré s'est plaint dès sa consultation au F. _____ le 10 septembre 2007. En ce qui concerne les acouphènes et l'hyperacousie, le Dr J. _____ conclut dans son rapport du 10 septembre 2010 à un bilan audiolinguistique normal et sur le plan ORL à l'inexistence de limitation de la capacité de travail, à la condition d'éviter une activité en milieu bruyant. Il précise qu'en décembre 2007, l'examen audio-vestibulaire était déjà normal, outre un abaissement du seuil auditif d'inconfort et de douleurs qu'il qualifiait de subjectif. A l'examen du 30 août 2010, il observe une amélioration de l'acouphène et de l'hyperacousie, ceci sur la base de l'anamnèse de son patient. Ainsi, l'apparition comme l'amélioration de l'acouphène et de l'hyperacousie ne peuvent pas être objectivées par l'examen clinique. Quant au Dr

K. _____, il mentionne une exacerbation de la sensibilité au bruit qu'il qualifie lui aussi de subjective. Lors de son

- 22 - examen, il n'a décelé aucune atteinte des fonctions neurologiques de base ni des fonctions cognitives. Certes, les rapports médicaux relatifs à ces troubles datent. Cependant, les pièces produites par le recourant émanant de ses médecins français n'amènent aucun élément nouveau ou entrant en contradiction avec les rapports au dossier de la CNA. On retrouve la mention des céphalées, de l'hyperacousie douloureuse et des acouphènes permanents dans le rapport de la Dresse L. _____, mais celle-ci ne fait que rapporter les doléances de son patient (rapport médical du 27 mai 2014). L'examen ORL par le Dr X. _____ confirme le rapport du Dr J. _____ en ce sens qu'il n'a rien révélé d'anormal (rapport médical du 2 juin 2014). Ce médecin va même jusqu'à préciser que les céphalées ne paraissent pas en rapport direct avec la sphère ORL. Il s'écarte ainsi de l'avis de son patient qui considère que les céphalées sont aggravées par l'intolérance au bruit. Le Dr G. _____ retient le diagnostic de syndrome post-commotionnel simple avec céphalées prédominantes sans cependant objectiver son appréciation. Bien au contraire, il qualifie l'ensemble des examens de rigoureusement normaux, examen neurologique compris (rapport médical du 22 avril 2015). Cela étant, on ne saurait reprocher à la CNA une instruction lacunaire s'agissant des atteintes précitées et alléguées par le recourant. Sur le plan psychique, le Dr V. _____, dans son évaluation du

E. 12

mars 2010 requise par l'OAI, retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à l'époque de l'examen, existant depuis la date de l'accident ainsi que des difficultés liées à son rôle social, également depuis la date de l'accident, n'entraînant cependant aucune limitation sur la capacité de travail. Les Drs T. _____ et C. _____ contestent toutefois ce diagnostic de trouble dépressif récurrent au motif que l'assuré n'a pas présenté plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission (cf. appréciation du 5 octobre 2012). Quant au Dr D. _____, lequel a examiné l'assuré le 16 mars 2015, il retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'autres modifications durables de la personnalité, en lien de causalité naturelle avec l'accident

- 23 - et entraînant une atteinte à l'intégrité de 30 %. Il considère que le trouble dépressif diagnostiqué par le Dr V. _____ n'est plus d'actualité compte tenu du changement de vie de l'assuré. Le Dr D. _____ ne peut préciser si l'atteinte psychique est dépendante ou indépendante du traumatisme cranio-cérébral et, s'agissant de la limitation de la capacité de travail, il ne se prononce pas quantitativement, évoquant simplement des expectatives diminuées et précisant qu'à l'époque de l'évaluation du Dr V. _____, le recourant aura pu se trouver dans une attitude davantage optimiste et confiante. b) Dans son avis du 14 octobre 2008, le Dr T. _____ s'est déclaré incapable de se prononcer de manière rétroactive, après presque une année, sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 31 août 2007 et les troubles présentés par l'assuré les mois qui ont suivi. Cela étant, la CNA s'est déclarée disposée à verser, à bien plaisir, l'indemnité journalière du 7 octobre 2007 jusqu'au 24 février 2008, date à laquelle l'assuré a repris le travail à plein temps. Par décision du 5 octobre 2009, confirmée sur opposition, l'intimée a en revanche nié l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 31 août 2007 et l'incapacité de travail ayant débuté le 9 décembre 2008, se basant notamment sur l'avis du Dr T. _____ du 24 septembre 2009, qui estimait qu'une telle relation de causalité était possible seulement, voire exclue. Dans son appréciation du 7 octobre 2010, le Dr T. _____ a précisé que

cette incapacité de travail ne trouvait pas de justification médicale. Comme exposé ci-dessus (cf. consid. 3b/bb), la jurisprudence a établi des critères particuliers pour examiner la causalité naturelle en présence d'un traumatisme cranio-cérébral sans déficit fonctionnel organique. Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). En l'occurrence, la question de la causalité adéquate sera examinée en premier lieu.

- 24 - c) Lorsqu'on se trouve en présence d'un accident ayant entraîné un traumatisme cranio-cérébral ou un traumatisme analogue, il y a lieu d'établir si, au moment de l'examen de la causalité adéquate, les troubles non objectivables présents doivent être considérés comme faisant encore partie du tableau clinique typique d'un tel traumatisme ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique (cf. consid. 3c/bb supra). En l'espèce, il y a lieu de constater que la symptomatologie du recourant a finalement pris la forme d'une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique du traumatisme cranio-cervical, qui est devenue prédominante. L'état douloureux, les acouphènes et l'hypersensibilité auditive s'expliquent en effet selon le Dr D. _____ par un syndrome douloureux somatoforme persistant, accompagné d'autres modifications durables de la personnalité, qui constituent clairement des atteintes à la santé indépendantes d'éventuelles séquelles d'un tel traumatisme. Le recourant ne le conteste au demeurant pas. 6. a) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave ; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) :

- 25 - - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie

des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb ; TF 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.2 et références citées).

- 26 - b) L'intimée considère l'accident de gravité moyenne stricto sensu et le recourant estime qu'il est à la limite du cas grave, voire grave. Pour juger de la gravité de l'accident, il doit être fait abstraction des circonstances dénuées d'impact sur les forces biomécaniques, comme le décès du conducteur (cf. TF 8C_617/2010 du

E. 15

février 2011 consid. 3.2). L'appréciation objective du déroulement de l'accident litigieux amène à constater que l'on se trouve en présence d'une perte de maîtrise du véhicule, apparemment ensuite d'une inattention ou de la fatigue du conducteur. Le véhicule est sorti de route une première fois. Le conducteur a ensuite braqué brusquement sur la droite et regagné la chaussée. Cette manœuvre se déduit d'une trace d'une longueur d'environ 24 m laissée par les pneus. D'une seconde trace, d'une longueur de 65 m, la police a pu retenir que le conducteur avait ensuite changé brusquement de direction vers la gauche pour tenter de corriger la perte de contrôle du véhicule, avant de sortir une seconde fois de la route et de franchir le terre-plein central. Le véhicule a ensuite effectué plusieurs tonneaux. Ce faisant, les bagages des occupants se sont éparpillés sur la chaussée jusqu'à l'arrêt du véhicule. La police n'a relevé aucune trace de freinage et le véhicule était seul en cause. La vitesse conjuguée à l'absence de freinage explique la violence du choc. Certes, l'hypothèse d'une vitesse maximale autorisée de 120 km/h ne permet pas, à elle seule, de qualifier l'accident de grave, sauf à considérer d'emblée comme grave tout accident autoroutier en raison de la vitesse, ce qui ne se déduit cependant pas des exemples jurisprudentiels en la matière (cf. 8C_617/2010 du 15 février 2011 consid. 3.2 ; 8C_9/2010 du 11 juin 2010 consid. 3.5). En l'occurrence, le choc du véhicule avec la barrière centrale a cependant été d'une violence particulière puisqu'il a éjecté de la voiture l'amie de l'assuré malgré le fait qu'elle portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident et que la voiture a fait plusieurs tonneaux. Au vu de son déroulement, cet accident doit être classé dans la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (cf. notamment 8C_799/2008 du 11 février 2009 consid. 3.2.2 ; 8C_813/2011 du 3 janvier 2013 consid. 4.2 ; U 161/01 du 25 février 2003 consid. 3.3.2).

- 27 - c) Il convient dès lors d'examiner si l'un des critères développés par la jurisprudence en rapport avec les accidents de gravité moyenne est rempli. La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de

l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moins décisive lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident que si elle en garde des souvenirs clairs (TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 5.3 ; TF 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.3.2 in : SVR 2011 UV n° 10 p. 35 ; TF 8C_624/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2.1 et les références citées). En l'espèce, le recourant dormait dans la voiture au moment de l'accident et a été réveillé par l'embarquée. Ensuite de l'accident, il a été dans le coma pendant un jour et demi. On ignore si ce coma est directement consécutif à l'accident ou s'il a été provoqué médicalement. Il ressort néanmoins du rapport de la police espagnole que le recourant a apparemment pu s'extraire seul de la voiture, puis qu'il a été pris en charge par les ambulanciers. De même, lors de l'anamnèse de l'examen du Dr D. _____, il a relaté comment il a vu le sol s'approcher de la fenêtre à côté de lui, laquelle a éclaté dans un crissement aigu. Il ne conserve ensuite plus aucun souvenir jusqu'à son réveil à l'hôpital. Au vu de ces éléments, le recourant a vraisemblablement été conscient du début à la fin de l'accident, l'amnésie survenant postérieurement. Il aura ainsi vécu l'accident qui doit être qualifié de particulièrement impressionnant au vu de son déroulement. De surcroît, les circonstances concomitantes

- 28 - ont été particulièrement dramatiques dans la mesure où cet accident a causé le décès du conducteur, le père de l'amie du recourant, et a rendu l'amie du recourant paraplégique (cf. TF 8C_595/2009 du 17 novembre 2009 consid. 7.1). Il convient dès lors de reconnaître que ce critère est rempli, ce que la CNA avait par ailleurs évoqué dans la décision sur opposition (cf. p. 8). Ces seules circonstances suffisent à admettre le lien de causalité adéquate. Il n'est par conséquent pas nécessaire d'analyser les autres critères. 7. a) Dans son rapport d'examen, le Dr D. _____ retient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, accompagné d'autres modifications durables de la personnalité, et estime qu'il est certain, d'un point de vue psychiatrique, que les troubles psychiques du recourant sont en causalité naturelle avec l'accident (cf. rapport du 21 avril 2015 p. 8). Il indique par ailleurs que le syndrome douloureux d'intensité fluctuante dont souffre le recourant s'est installé après la survenue de l'accident pour rester présent et dominer sa vie, avec des céphalées et des acouphènes permanents ainsi qu'une hypersensibilité auditive handicapante, ce qui a entraîné des répercussions sur sa capacité de travail (rapport p. 7). Il ne se prononce en revanche pas directement sur la capacité de travail du recourant au regard de ses atteintes psychiatriques, relevant seulement que lors de l'évaluation psychiatrique du Dr V. _____, qui avait exclu toute incapacité de travail, le recourant a pu se trouver dans une attitude davantage optimiste et confiante avec la perspective et la volonté d'une reprise professionnelle. b) Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et

- 29 - 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si

les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie

- 30 - de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). c) Force est de constater que le rapport d'examen du Dr D._____ ne satisfait pas aux exigences de cette jurisprudence et ne contient pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. En l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin d'examiner la pertinence des diagnostics de trouble somatoforme douloureux et autres modifications durables de la personnalité, de confirmer la présence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 31 août 2007 et ces atteintes, puis de déterminer les effets de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant au-delà du 9 décembre 2008, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il incombera ainsi à l'intimée de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. d) L'expert aura également à se prononcer sur l'éventuel octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'ampleur de celle-ci. A cet égard, dans son rapport d'examen du 21 avril 2015, le Dr D._____ estime que pour les troubles psychiques qu'il a retenus, l'atteinte à l'intégrité se situe dans le domaine supérieur du « léger à modéré » et peut être établie à 30 %.

- 31 - Cette indemnité est prévue par l'art. 24 al. 1 LAA, aux termes duquel l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon

l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. 8. a) Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. c) Le recourant voit ses conclusions admises, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimée. Il convient de fixer cette indemnité à 2'500 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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