

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Röthenbacher et M. Gerber, suppléant
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

M._____, à Clarens, recourant, représenté par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Marc-Etienne Favre, avocat à
Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. M. _____, né en [...], travaillait depuis le 6 juin 2005 comme aide-charpentier pour le compte de l'entreprise [...]. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 10 juin 2005, il a fait une chute de cinq mètres de haut depuis un échafaudage non conforme. Il a subi un traumatisme cranio-cérébral (TCC) avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle de quelques minutes, une fracture des branches ischio et ilio-pubiennes à droite ainsi qu'une fracture de l'aileron sacré du même côté. Il a été hospitalisé pendant cinq jours, puis a suivi des séances de physiothérapie ambulatoire.

B. M. _____ a été en incapacité totale de travailler depuis le 10 juin 2005. Prié par la CNA de reprendre son emploi le 23 novembre 2005, il s'est présenté sur son lieu de travail, l'a quitté deux heures plus tard et ne l'a plus repris. Il a été licencié par son entreprise avec effet au 2 juin 2006.

C. A la demande de son médecin traitant, M. _____ a été examiné le 21 septembre 2005 par le Dr F. _____, médecin d'arrondissement de la CNA. Il déclarait souffrir encore de douleurs de l'hémi-bassin droit et de douleurs costales, avoir des vertiges occasionnels ainsi que des flash-backs de l'accident.

Il a séjourné du 4 octobre au 16 novembre 2005 à la Clinique C. _____. Selon le rapport du 12 décembre 2005 du Dr Z. _____, il y avait discordance entre les éléments objectifs, au niveau clinique ou radiologique, et l'importance du déficit fonctionnel allégué. Au niveau psychosomatique, le rapport retenait les diagnostics de trouble de l'adaptation et d'anxiété. Le bilan neuropsychologique mettait en évidence quelques limitations (troubles mnésiques modérés sur le plan antérograde, en modalité verbale, difficultés de la mémoire du travail et un discret fléchissement exécutif) qui étaient compatibles avec un TCC léger. Selon

ce rapport, il n'y avait, au plan professionnel, pas d'élément objectif somatique qui puisse interférer avec une reprise d'activité progressive. M._____ présentait toutefois une certaine fragilité psychosomatique.

A la demande de la CNA, M._____ a été examiné le 3 février 2006 par le Dr K._____, neurologue FMH, le 16 mars 2006 par le Dr P._____, otoneurologue, puis le 21 juin 2006 à nouveau par le Dr K._____. Dans son rapport du 6 février 2006, le Dr K._____ a relevé qu'étant donné la brièveté de la perte de connaissance et de l'amnésie circonstancielle, on pouvait considérer que l'intéressé avait subi un TCC mineur, en principe peu susceptible d'occasionner des troubles neurologiques à moyen et à long terme. Dans son rapport du 22 mars 2006, le Dr P._____ a déclaré que l'examen otoneurologique était normal. Il a diagnostiqué en revanche un trouble fonctionnel de l'équilibre (désorganisation sensorimotrice) avec altération du schéma corporel, trouble de la perception du mouvement et difficulté du contrôle postural. L'IRM cérébrale, effectuée le 16 mars 2006 par les Drs S._____ et L._____, montrait une petite séquelle post-traumatique frontale gauche qui pourrait expliquer les troubles neuropsychologiques. A son avis, cette symptomatologie s'inscrivait dans le contexte d'un syndrome post-commotionnel consécutif à un TCC mineur. Dans son rapport du 22 juin 2006, le Dr K._____ a observé que les troubles post-traumatiques indubitables se compliquaient d'une évolution psychique tout à fait défavorable allant en direction d'une chronicisation des troubles et d'une invalidation complète. Le 23 août 2006, le Dr F._____ a considéré que, du point de vue orthopédique, il ne faisait guère de doute que la fracture du bassin était guérie sans séquelles; en revanche, il subsistait un cortège de troubles qui pouvaient être interprétés comme un syndrome post-commotionnel faisant suite à un TCC léger, intriqué à un trouble de l'adaptation avec anxiété puisqu'on avait estimé, à la Clinique C._____, qu'un véritable état de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu.

D. Par décision du 4 décembre 2006, la CNA a mis fin aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au 10 décembre 2006 au

motif que les troubles dont M._____ se plaignait n'étaient plus en rapport de causalité avec l'accident du 10 juin 2005. Par acte du 12 décembre 2006, complété le 12 janvier 2007, M._____ a fait opposition. Celle-ci a été rejetée par décision du 19 février 2007.

E. Par acte du 22 mars 2007, M._____ a déposé recours devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 19 février 2007. Il conclut, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et, subsidiairement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la CNA est tenue de lui verser les prestations légales. A titre de mesure d'instruction, il demande la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique.

F. Dans sa réponse du 14 juin 2007, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle estime inutile la demande d'expertise en raison de l'absence de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 10 juin 2005.

G. Le dossier de l'Office AI a été produit en date du 29 octobre 2007. Selon le rapport du 15 octobre 2007 de l'expert Dr H._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, rendu à la demande de l'Office AI, « puisque le psychique est quelque chose de difficilement élaborable pour l'expertisé, il présente une fixation sur le physique. C'est pour cela que M. M._____ s'identifie à un malade physique chronique, quelque chose de plus acceptable dans sa culture et son niveau socioculturel ». Le Dr H._____ a posé comme diagnostics un autre épisode dépressif (F32.8), un état de stress post traumatique (F43.1), ainsi qu'une difficulté liée à l'acculturation (Z60.3).

Les parties se sont déterminées à son sujet, l'autorité intimée par acte du 18 décembre 2007, le recourant par acte du 10 janvier 2008. Elles maintiennent leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon celle dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11]).

2. Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]).

3. **a)** D'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus,

sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353).

Par ailleurs, selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360, 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références, 130 II 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 ss).

Le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. La valeur probante d'un rapport médical dépend ainsi des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment

motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA 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 permet 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (« appréciation anticipée des preuves »; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119V 335 consid. 3c et la référence).

b) Le recourant demande qu'une expertise psychiatrique soit mise en oeuvre. Vu qu'une telle expertise a été réalisée dans le cadre de la procédure devant l'Office AI, que cette expertise remplit les exigences légales pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'elle a été mise au dossier de la présente cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant.

4. Le recourant se plaint de douleurs persistantes au niveau du rachis, du bassin et de l'hémitrunc gauche. Il soutient aussi avoir régulièrement des céphalées, des vertiges, des douleurs à la nuque, dans le bras ainsi que des douleurs diffuses. Il affirme aussi souffrir d'un trouble de l'adaptation avec anxiété (F43.2) et avoir de réguliers flash-backs relatifs à son accident.

5. Selon la décision attaquée, les atteintes à la santé dont le recourant se plaint « s'insèrent dans une problématique psychique qui pèse sur l'évolution des troubles ». Le recourant soutient en revanche qu'elles sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident.

a) La condition du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'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 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337).

b) Selon le rapport du 23 août 2006 du Dr F._____, les fractures des branches ischio- et ilio-pubiennes et de l'aileron sacré à droite étaient de peu de gravité et n'ont pas laissé de séquelles notables.

Le recourant ne le conteste pas. On peut laisser ouverte la question de savoir si les douleurs persistantes au niveau du rachis, du bassin et de l'hémitronc gauche peuvent être dans un rapport de causalité naturelle avec ces fractures, puisque la causalité adéquate doit, comme nous le verrons plus bas, être niée.

c) Le recourant a subi un traumatisme cranio-cérébral. Il a développé certains symptômes qui font partie du tableau typique des traumatismes cervicaux et cranio-cervicaux, à savoir des céphalées et des vertiges.

L'IRM du 16 mars 2006 a mis en évidence « quelques anomalies de signal de la substance blanche sous corticale ainsi qu'une petite lésion hypointense frontale gauche bien visible sur les séquences pondérées en T2* compatible avec une séquelle traumatique » (rapport du même jour des Drs S._____ et L._____). Selon le rapport du Dr P._____ du 22 mars 2006, cette petite séquelle « pourrait expliquer les troubles neuropsychologiques ». En particulier, il a diagnostiqué un trouble fonctionnel de l'équilibre (désorganisation sensorimotrice) avec altération du schéma corporel, trouble de la perception du mouvement et difficulté du contrôle postural. Selon le Dr P._____, le trouble fonctionnel de l'équilibre « s'inscrit dans le contexte d'un syndrome post-commotionnel consécutif à un TCC mineur ».

Selon le rapport du 16 mars 2006 des Drs S._____ et L._____, la lésion hypointense frontale gauche est « compatible avec une séquelle traumatique ». Le Dr P._____ affirme dans son rapport du 22 mars 2006 qu'il s'agit d'une « petite séquelle post-traumatique ». Le Dr K._____ déclare par contre dans son rapport du 22 juin 2006 que cette lésion est certes compatible avec une séquelle de lésion traumatique mais que l'on ne peut pas l'affirmer. Le fait que la lésion est compatible avec une séquelle traumatique, donc que la causalité naturelle est possible, ne suffit pas. A l'inverse, il n'est pas nécessaire de pouvoir démontrer strictement que l'accident est la cause de cette lésion. Il faut et il suffit que l'origine accidentelle puisse être admise avec une vraisemblance

prépondérante. L'avis du Dr P._____ qui admet la nature post-traumatique de cette lésion doit ainsi être suivi dans la mesure où ni le Dr K._____ ni le Dr F._____ n'apportent d'éléments susceptibles d'infirmes cette affirmation.

S'agissant du lien de causalité naturelle entre la symptomatologie du recourant et la lésion frontale gauche, le Dr P._____ l'a estimé possible. Le Dr K._____ ne s'est pas exprimé explicitement sur cette question. Il a toutefois déclaré dans son rapport du 22 juin 2006, qu'il « paraît difficile d'admettre une relation de causalité entre les troubles actuels ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail et les seules conséquences de l'événement accidentel de juin 2005 ». On peut déduire qu'il considère lui aussi un rapport de causalité naturelle entre la symptomatologie du recourant et la lésion frontale gauche comme simplement possible. La question du rapport de causalité naturelle peut cependant être laissée ouverte, car la causalité adéquate doit, comme nous le verrons plus bas, être niée.

d) Tant l'épisode dépressif que l'état de stress post-traumatique diagnostiqués par le Dr H._____ sont, avec une vraisemblance prépondérante, dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 10 juin 2005. S'agissant en revanche du diagnostic de difficulté liée à l'acculturation, il n'y a pas lieu d'admettre qu'il soit dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident, car il est lié au fait que le recourant n'est venu en Suisse qu'à l'âge de 21 ans après avoir suivi seulement la scolarité obligatoire.

6. L'autorité intimée considère que les atteintes à la santé du recourant n'ont plus de lien de causalité adéquate avec l'accident du 10 juin 2005.

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. p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

a) Les douleurs persistantes au niveau du rachis, du bassin et de l'hémitronc gauche ne peuvent plus être dans un rapport de causalité adéquate avec les fractures des branches ischio- et ilio-pubiennes et de l'aileron sacré à droite subies par le recourant. Selon les rapports du 10 janvier 2006 et du 23 août 2006 du Dr F._____, cette fracture était de peu de gravité et a été traitée correctement. Aucune séquelle physique objective n'a été constatée. La fracture n'est donc plus propre à entraîner les douleurs dont le recourant se plaint.

b) 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, en l'espèce un autre épisode dépressif et un état de stress post-traumatique, 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.

La décision attaquée a qualifié la chute du recourant comme un accident de gravité moyenne. Cela n'est à juste titre pas contesté par le recourant (TF 8C_115/2009 du 28 juillet 2009, consid. 6.2, TFA U_458/04 du 7 avril 2005, consid. 3.4.1 avec d'autres références).

aa) 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 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.

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/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

bb) Le recourant soutient que son accident était particulièrement spectaculaire, puisqu'il a chuté de cinq mètres entre le mur d'un immeuble en construction et un échafaudage.

La condition du caractère particulièrement impressionnant doit être examinée objectivement et non sur la base du sentiment subjectif ou de la peur ressentie par l'assuré (RKUV 1999 n° U 335 p. 207 consid. 3b/cc; TF U_56/07 du 25 janvier 2008, consid. 6.1 ; TF 8C_57/2008 du 16 mai 2008, consid. 9.1).

Par comparaison, le Tribunal fédéral a par exemple nié que la condition du caractère particulièrement impressionnant fût remplie dans les circonstances suivantes : dans le cas d'un travailleur qui était tombé

d'un échafaudage d'une hauteur d'environ trois à quatre mètres (TFA U_393/04 du 9 septembre 2004) ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille (TFA U_144/05 du 27 décembre 2005, U_21/06 du 30 novembre 2005, consid. 4.5). Ou encore dans le cas d'un travailleur qui a chuté d'une plateforme de 5,6 mètres de haut (TF 8C_207/2008 du 15 juin 2009). Il l'a en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'est trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui a subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (TFA U_89/99 du 10 juillet 2000).

Il faut relever en outre que chaque accident de gravité moyenne a un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour remplir le critère du caractère particulièrement impressionnant (TF 8C_1020/2008 du 8 avril 2009, consid. 5.2). En l'espèce, ni la hauteur ni le fait que la chute se soit déroulée entre le mur en construction et l'échafaudage ne suffisent pour lui conférer un caractère particulièrement impressionnant.

cc) Selon le rapport du Dr Z. _____ du 12 décembre 2005 de la Clinique C. _____, le recourant présentait une certaine fragilité psychosomatique, exprimée au travers du diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété qui a été établi le 10 octobre 2005. Il est dès lors manifeste que l'état de santé de l'assuré a été tôt influencé par l'apparition de troubles psychiques. Cela a pour conséquence que ni le critère des douleurs physiques persistantes ni celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne sont remplis (TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.3).

dd) L'hospitalisation suite à l'accident n'a duré que cinq jours. A la fin de ce séjour, le recourant avait été bien rééduqué à la marche en charge complète et était indépendant. La durée du traitement médical et l'incapacité de travail afférentes aux seuls troubles somatiques en lien de

causalité naturelle avec l'accident n'apparaissent donc pas non plus particulièrement longues. Quant à la durée du traitement psychiatrique, elle n'est pas déterminante pour l'examen des conditions de la causalité adéquate.

ee) Dès lors qu'aucun des critères évoqués ci-dessus n'est rempli, la causalité adéquate entre l'accident et l'affection psychique additionnelle doit être niée.

c) En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (cf. supra consid. 6b/aa; ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n. U 465 p. 439 consid. 3b [U273/99]) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n. U 412 p. 79 consid. 2b [96/00]).

Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique, on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 9).

aa) En l'espèce, le recourant a subi lors de son accident un traumatisme cranio-cérébral qui a été qualifié de mineur par les Drs K. _____ et P. _____ et de léger par le Dr F. _____ dans son rapport du 23 août 2006.

Le recourant souffre toutefois aussi d'atteintes psychiques. Le Dr H. _____ a diagnostiqué dans son rapport du 15 octobre 2007 un épisode dépressif, un état de stress post traumatique et une difficulté liée à l'acculturation.

bb) Selon les constatations des médecins, les atteintes psychiques sont déterminantes pour expliquer la symptomatologie du recourant. De l'avis du Dr H. _____, le recourant « s'identifie à un malade physique chronique », parce que le « psychique [lui] est quelque chose de difficilement élaborable » et qu'une atteinte physique chronique est « quelque chose de plus acceptable dans sa culture et son niveau intellectuel ». Cette analyse corrobore celle du Dr F. _____ de la CNA. En effet, celui-ci déclare dans son rapport du 23 août 2006 que le « syndrome post-commotionnel, associé à des troubles de l'équilibre, d'allure fonctionnelle, s'agissant d'un trouble subjectif, ne peut pas indéfiniment être rapporté, sans autre, au léger TCC que le patient a vraisemblablement subi ». A son avis, la persistance de ce syndrome et sa répercussion sur la capacité de travail « ont une origine psychogène ». De même, le Dr K. _____ affirme dans son rapport du 22 juin 2006 que les « troubles post-traumatiques indubitables [du recourant] se compliquent d'une évolution psychique tout à fait défavorable allant en direction d'une chronicisation des troubles et d'une invalidation complète ». Ces avis ne sont pas contredits par celui du Dr P. _____ selon lequel une petite

séquelle post-traumatique frontale gauche constatée lors d'une IRM pourrait expliquer les troubles neuropsychologiques. D'une part, l'origine organique de ces troubles n'est considérée par le Dr P._____ que comme une possibilité. D'autre part, le Dr P._____ n'avait pas connaissance du diagnostic du psychiatre.

Il ressort des avis médicaux des Drs H._____, K._____ et F._____ que le traumatisme cervical ne constitue plus qu'un facteur parmi d'autres expliquant les symptômes relativement diffus présentés par l'assuré, ces derniers étant influencés de manière prépondérante par des troubles d'ordre psychique. Il en découle que le rapport de causalité adéquate doit être examiné selon les mêmes critères que pour les atteintes psychiques. Or, il a été constaté plus haut (consid. 6b) que les conditions pour admettre une causalité adéquate ne sont pas remplies pour les atteintes psychiques. Cette conclusion vaut également pour la symptomatologie susceptible d'être rattachée à un traumatisme cranio-cérébral.

7. En conséquence de ce qui précède, c'est à juste titre que la décision attaquée a mis un terme à l'octroi des prestations légales. Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition de la CNA du 19 février 2007 est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Laurent Damond, avocat (pour M. _____)
- Me Marc-Etienne Favre, avocat (pour la CNA)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP)

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 :