

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 août 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Moyard et Rossier, assesseurs
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, à
Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

**Art. 4 et 61 let. a LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 2 et 36 al. 1
LAA**

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, kosovar d'origine, marié et père de 4 enfants, maçon de profession, demeurant en Suisse sans être au bénéfice d'un permis de séjour et de travail, a été victime le 21 février 2008 d'un accident sur la voie publique (ci-après : AVP), à la suite duquel il est resté hospitalisé jusqu'au 4 mars 2008 au Centre Hospitalier X._____ (ci-après : Centre Hospitalier X._____).

Dans un rapport médical provisoire du 11 mars 2008, le Prof. P._____ et les Drs J._____ et Z._____, du Service de Chirurgie Viscérale du Centre Hospitalier X._____ ont indiqué notamment de ce qui suit :

"Le patient susnommé a séjourné dans notre service du 24.02.2008 au 04.03.2008, date de son retour à domicile.

Motif d'admission

- Polytraumatisme sur AVP.

Diagnostic principal

- Fracture de la rate grade IV avec hémorragie active.
- TCC avec hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-pariétale G minime.
- Fractures multi-fragmentaires ouvertes de l'os propre et de l'écaïlle du nez.
- Fractures costales des 8-12 arcs costaux postérieurs G.
- Suspicion de broncho-aspiration (infiltrats bilatéraux des 2 lobes inférieurs).

Intervention

- 21.02.08 : splénectomie pour rupture de rate grade IV par laparotomie.

Anatomopathologie

- H0802689 : déchirure hémorragique de la rate.

Evolution et discussion

Patient kosovar de 34 ans, victime le 21.02.08 durant son travail d'un accident de la voie publique contre un camion, conducteur non attaché, éjecté et retrouvé sur site avec un Glasgow à 11, agité. Il est transféré par le SMUR au déchoc où il est hémodynamiquement stable principalement avec cependant un état d'agitation et un Glasgow fluctuant entre 10 et 12, présentant des plaies multiples de la face. Au bilan scannographique on mettra en évidence une

hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-pariétale minime, une fracture pluri-fragmentaire du nez qui sera réduite par nos collègues ORL et surtout une fracture de la rate de grade IV s'étendant jusqu'au hile splénique accompagnée d'un important hémopéritoine et un saignement actif important, raison pour laquelle on renonce à une embolisation et on décide d'effectuer une laparotomie.

Durant l'intervention, on constate une rate avec une rupture hilare rendant sa conservation impossible : on effectue alors une splénectomie. L'hémorragie est ainsi maîtrisée. La révision du pancréas ainsi que du grêle et du côlon, du foie est intègre. On note la présence d'une rate accessoire que l'on parvient à conserver. En post-opératoire, le patient est admis aux SI [soins intensifs] où son évolution est favorable, on procèdera à un réalignement de la pyramide nasale avec le releveur stabilisé par un plâtre du nez (ORL). A l'étage, son séjour est marqué par une barrière du langage entraînant une mauvaise compliance de prise médicamenteuse et d'alimentation. Après explications via des traducteurs, le patient comprend sa situation et évolue favorablement sous antalgie efficace permettant une physiothérapie respiratoire efficace sans complication infectieuse. Le patient parvient ainsi à se mobiliser et retrouve une autonomie suffisante pour un retour à domicile.

(...) Du point de vue chirurgical, le patient ne présente pas de complication, il reprend un transit dans les délais habituels, Il reçoit une vaccination selon les recommandations après splénectomie contre le pneumocoque et le méningocoque ainsi qu'une ordonnance d'Augmentin en cas d'urgence. Il est également traité durant 10j par Augmentin pour sa fracture ouverte du nez jusqu'au 3 mars yc. Un contrôle ORL démontre une déviation septale postérieure pour laquelle il y a une indication chirurgicale si apparaît une gêne respiratoire, ce qui n'est pas le cas actuellement."

Dans un rapport de la police cantonale du 17 avril 2008, l'accident de l'assuré est décrit en ces termes :

"Circonstances

M. K._____, qui n'est titulaire d'aucun permis de conduire, circulait du [...] en direction de [...]. Arrivé au débouché sur la route de la [...], déclassée par un signal "Cédez le passage", il s'engagea sur l'artère principale, en bifurquant à droite, sans accorder la priorité au camion conduit par M. A._____ qui arrivait normalement de Lausanne, feux de croisement enclenchés. Ce chauffeur tenta une manoeuvre d'évitement par la gauche et effectua un freinage d'urgence, en vain. Dès lors, l'angle avant droit du poids lourd heurta l'angle avant gauche de l'auto K._____. Sous la violence du choc la VW Golf K._____ fit un tour complet. Comme son conducteur ne faisait pas usage de la ceinture de sécurité, il a été éjecté de l'habitacle en brisant la vitre de la portière avant gauche et il est retombé violemment sur le bord herbeux, à droite, direction [...]. Suite au heurt, des débris de la voiture K._____ ont été propulsés contre l'Alfa Romeo de M. V._____, laquelle était arrêtée au centre de la chaussée, en ordre de présélection pour obliquer à gauche, afin d'emprunter l'avenue de [...]. L'auto K._____ a fini sa course sur le bord herbeux droit, selon son sens de marche. Quant

au camion A. _____, il s'est arrêté quelques mètres plus loin, sur sa voie de circulation."

Il ressort en substance de ce rapport et de ses annexes que la vitesse du camion, relevée par le biais du disque d'enregistrement du tachygraphe, était conforme à celle prescrite, soit 80 km/h, que le chauffeur du camion a considéré que l'assuré roulait à faible allure au moment de l'accident et qu'il n'était pas blessé lui-même et que, auditionné par la suite le 11 mars 2008, l'assuré a déclaré ne pas pouvoir dire ce qui c'était passé lors de l'accident.

Dans un rapport médical du 7 juillet 2008, la prof. T. _____, du Service de Neuropsychologie et de Neuroréhabilitation du Centre Hospitalier X. _____, a écrit notamment que l'évaluation avait mis en évidence des troubles mnésiques au niveau de la mémoire à court terme verbale, de la mémoire épisodique visuo-spatiale. Toutefois, la mémoire épisodique verbale n'avait pas pu être investiguée à cause des problèmes linguistiques. Cette spécialiste a relevé un ralentissement important, des troubles attentionnels (attention divisée) et un probable défaut de dénomination, le restant des fonctions cognitives investiguées étant préservé. Ce médecin a noté en particulier l'absence d'une apraxie constructive ou idéomotrice.

Dans un courrier du 12 août 2008 à l'attention de la Clinique R. _____ (ci-après : Clinique R. _____), le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale, a écrit ce qui suit :

"Diagnostic :

Troubles mnésiques et attentionnels avec ralentissement psychomoteur post-traumatiques.

Dépression majeure (trouble dépressif intensité moyenne à forte selon CIM 10) réactionnelle.

Probable oesophagite de reflux.

Status 6 mois après :

Rupture de rate stade IV avec hémorragie active.

TCC avec minime hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-pariétale gauche.

Fracture multifragmentaire ouverte du nez.

Fractures des 8 à 12^{ème} arcs costaux postérieurs gauches.

Probable « coup du lapin ».

Probable fracture du scaphoïde gauche.

Anamnèse :

(...)

Status :

Les atteintes physiques stricto sensu peuvent être considérées comme guéries ou en bonne voie de l'être. L'atteinte neuropsychologique va par contre en s'aggravant. L'incapacité de travail est de plus en plus intolérable pour Monsieur K. _____ qui ne peut plus se reconnaître en tant qu'homme père de famille et soutien familial s'il ne retrouve pas rapidement un travail rémunéré et désespère de plus en plus de l'avenir promis à lui, sa femme et ses enfants..."

L'assuré a séjourné du 17 février au 10 mars 2009 à la Clinique

R. _____.

Dans un rapport de synthèse du 9 avril 2009, les Drs O. _____, spécialiste en neurologie, et Y. _____, du service de réadaptation neurologique de la Clinique R. _____, ont posé les diagnostics cités ci-dessous sur la base en particulier d'un consilium psychiatrique du 19 février 2009, de la Dresse S. _____, psychiatre, d'un rapport de physiothérapie, d'un rapport "vertiges et instabilité" et d'un examen neuropsychologique effectué par les Dresses H. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, et E. _____, neuropsychologue :

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Réadaptation neurologique (Z50.9)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Polytraumatisme sur AVP le 21.02.2008 avec :
o Rupture de la rate grade IV avec hémorragie active.

- Splénectomie pour rupture de rate
- o Traumatisme cranio-cérébral (TCC) modéré (S06.8) avec hémorragie sous-arachnoïdienne (I60.8) fronto pariétale gauche minime.
 - Troubles mnésiques, attentionnels et ralentissement psychomoteur
 - Contusion millimétrique du corps calleux postérieur droit
- o Fracture multifragmentaire ouverte du nez (os propre et écaille).
 - Status post-réduction de la fracture nasale
- o Fracture des 8 à 12 arcs costaux postérieurs gauches.
- o Suspicion de bronchoaspiration (infiltrats bilatéraux des deux lobes inférieurs).
- o Possible fracture du scaphoïde gauche diagnostiqué le 19.05.2008.
- o Épisode dépressif sévère (F32.2)."

Dans ce même rapport de synthèse, les Drs O._____ et Y._____ ont indiqué notamment qu'en prenant en considération un traumatisme cranio-cérébral (ci-après : TCC) modéré dans le cadre d'un AVP datant de presque une année (à l'époque), avec tendance à l'amplification des symptômes au fil des mois (céphalées, vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration associés à un stress), ils avaient entrepris un bilan pluridisciplinaire avec l'objectif d'en élucider les causes. Ils avaient en particuliers fait réaliser un examen neuropsychologique, auprès d'un patient à la thymie abaissée, alléguant des douleurs très importantes (qui ont nécessité des interruptions de l'examen à plusieurs reprises). Selon ces praticiens, cet examen a mis en évidence des troubles mnésiques sévères, des troubles attentionnels, reflétés par un ralentissement important pour la plupart des tâches chronométrées et une hétérogénéité très importante de latence, un fléchissement exécutif modéré et des difficultés de calcul. Selon ces médecins, par rapport aux derniers examens du Centre Hospitalier X._____ du 07 juillet 2008, les résultats ont montré une légère aggravation au niveau des capacités mnésiques, ainsi qu'une perturbation du calcul. Ils ont toutefois souligné que la sévérité des déficits mise en évidence lors de cet examen, ainsi que l'aggravation depuis la survenue de l'accident du 21 février 2008, leurs semblaient dépasser ce à quoi on pourrait s'attendre suite aux atteintes organiques objectivées et qu'en raison d'éléments de surcharge, de fluctuations marquées des performances et de discordances à différents tests, ils renonçaient à

suivre ce patient, afin d'éviter de renforcer les symptômes. Il ressort également de ce rapport de synthèse que les médecins susmentionnés ont également demandé des RX du rachis cervical, qui n'ont pas montré de lésion notable ainsi qu'une IRM cérébrale qui a objectivé des séquelles pétéchiiales au niveau de la partie postérieure du corps calleux droit, avec en arrière de cette séquelle, une 2^{ème} séquelles sans stigmatisme d'hémorragie, à savoir des lésions mineures qui n'expliquaient pas le tableau diffus et notamment sans signes de dysfonction calleuse, confirmant ainsi l'appréciation neurologique et neuropsychologique, allant dans le sens de séquelles tout au plus modérées, décompensées par une surcharge fonctionnelle.

Ces praticiens ont également écrit que :

"Nous avons en sus demandé une évaluation des vertiges et instabilités. Cet examen a été difficile à effectuer, à cause d'importantes démonstrations douloureuses et d'un patient ne suivant pas les consignes. Par rapport aux fonctions d'équilibration, on note un taux de stabilité en condition extrêmement bas, avec production de mouvements qui ne sont pas des réactions d'équilibration et qui ne se trouvent pas lors de la station debout hors test. Dans ces conditions le test ne peut pas être significatif.

Par ailleurs, le bilan physiothérapeutique et la prise en charge, chez un patient qui ne garde pas de véritable séquelle sur le plan physique, montre des capacités fonctionnelles qui s'approchent des normes et le patient est indépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne. Néanmoins, la prise en charge physiothérapeutique a permis un certain reconditionnement global. Nous ne retenons donc pas d'indication à la poursuite de physiothérapie ambulatoire.

(...)

Devant ces résultats, nous avons demandé à la Dresse S. _____ (psychiatre) de faire un consilium pour M. K. _____. Notre psychiatre retient un épisode dépressif sévère, associé à une importante inhibition psychomotrice et à une idéation suicidaire, peu améliorée par le traitement antidépresseur introduit voici six mois, mais insuffisamment dosé. Le traumatisme subi a mis un terme aux espoirs de fournir un soutien financier à sa famille. Déraciné, parlant peu la langue, éloigné de ses proches, ne bénéficiant d'aucun soutien financier, le patient a développé un sentiment de culpabilité et d'inutilité le conduisant à une idéation suicidaire occasionnelle.

(...) Un suivi psychiatrique, hautement nécessaire, lui a été proposé à l'Association A. _____ à [...], pour le soutenir et réévaluer l'incapacité de travail actuellement complète. C'est en effet le trouble psychiatrique secondaire qui constitue le motif actuel d'incapacité, tel qu'attesté par la Dresse S. _____."

Il ressort d'un rapport d'entretien du 9 octobre 2009 de la Caisse nationale suisse en cas d'accident (ci-après : CNA ou intimée) avec M. C. _____ que ce dernier a employé l'assuré de novembre 2007 à février 2008. D'entente avec la CNA, le salaire de l'assuré a été fixé à 4'500 fr. net pour les mois de novembre 2007 et décembre 2007 (pour les deux mois) et de 8'000 fr. net pour les mois de janvier et février 2008, l'assuré ayant plus régulièrement travaillé durant cette période.

Par courrier du 1^{er} février 2010, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance (frais de traitement et indemnité journalière) avec effet au 24 février 2008.

Il ressort en substance d'un rapport d'entretien du 2 septembre 2010 établi par un inspecteur de la CNA que l'assuré a séjourné durant 6 mois en 2010 en Allemagne chez sa sœur, pour se changer les idées sans en avoir informé la CNA et sans suivi médical.

L'assuré a séjourné du 12 octobre au 26 octobre 2010 à la Clinique R. _____. Durant ce séjour, l'assuré a subi divers examens médicaux dont il ressort en particulier :

- Un rapport d'examen neuropsychologique du 25 octobre 2010 du Dr R. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, qui a conclu que l'examen effectué sur l'assuré les 15 et 18 octobre 2010 mettait en évidence des performances globalement superposables au dernier bilan réalisé les 26 février et 3 mars 2009, à savoir des performances effondrées aux tests mnésiques et attentionnels ainsi qu'un fléchissement exécutif. Ce spécialiste a relevé cependant que "ce tableau n'est pas valide et ne saurait refléter, de par la sévérité et sa nature, le réel potentiel du patient" dans la mesure où "on constate effectivement des nombreuses discordances aux tests (performance en dessous du niveau de hasard à plusieurs tests de mémoire épisodiques, absence d'apprentissage à une tâche automatique, perturbation sémantique autobiographique, livret échoué, qui simultanément, dépasse ce à quoi on

pourrait s'attendre après une atteinte cérébrale) et entre les tests et les activités fonctionnelles (ralentissement sévère des TR alors qu'il n'y pas de ralentissement dans le discours) ; performances inférieures à celles d'un patient amnésique alors qu'il se présente ponctuellement aux endroits corrects". Ce spécialiste a ainsi indiqué renoncer à une prise en charge de l'assuré afin de ne pas renforcer cette symptomatologie.

- Un consilium psychiatrique du 14 octobre 2010 établi par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1), de probable péjoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et de difficultés majeures liées à l'acculturation (Z60.3).

- Un rapport médical du Dr Q.____ du 27 octobre 2010, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, dans lequel ce spécialiste a écrit ce qui suit :

"Status ORL :

Weber non latéralisé, Rhinne positif des deux côtés, voix chuchotée bien perçue des deux côtés.

CEA et tympans Sp.

Fosses nasales rectitude du septum nasal.

Le reste des voies aérodigestives supérieures ainsi que la région cervico-faciale sont sans particularité, notamment au niveau des paires crâniennes sensitivomotrices.

L'examen neurologique :

Pas de trouble statocinétiq ue évident.

Examen vestibulaire clinique :

Pas de nystagmus spontané ou provoqué pathologique, en particulier pas de nystagmus rotatoire à la manoeuvre de Halipike.

Examens spécialisés :

Audiogramme tonal : élévation des seuils par déficit mixte atteignant 40 dB pour la voie osseuse des deux côtés et 90 dB pour la voie aérienne des deux côtés. En résumé : perte de transmission de 50 dB environ des deux côtés en plateau.

Tympanogramme : positif des deux côtés, bien aligné, mais de faible amplitude.

Réflexe stapédiens : obtention de réflexes non fatigables sur au moins deux fréquences.

PEA : ces potentiels sont fait à 90, 80, 60 et 50 dB nHL autant à droite qu'à gauche, des ondes I, III et V sont parfaitement repérables et les latences absolues et intermédiaires sont compatibles (par référence aux courbes de 80 et 90 dB).

Examen vestibulométrique : toutes les épreuves de stimulation rapide que lente oculomotrice sont ininterprétables.

Examen calorique : non enregistrable en raison de la collaboration du patient, mais sous observation visuelle, de bon nystagmus déficitaires à la stimulation calorique froide (30°) des deux côtés.

Discussion :

- 1) le status ORL est normal. On révélera en particulier une voix chuchotée bien perçue des deux côtés.
- 2) l'audiométrie tonale ne concorde pas avec la tympanométrie, les reflex tympeidiens, ainsi que la recherche de seuil dans les potentiels évoqués auditif précoce du tronc cérébral. Le gap de transmission pas de répercussion sur le tympanogramme ; les seuils de perception sont contredits par les potentiels évoqués auditifs à 60 dB nHL.
- 3) la vestibulométrie clinique et paraclinique est normale.

Conclusion :

L'examen cochléaire vestibulaire est à considérer comme normal, sans séquelle de l'accident du 2 février 2008. Une comparaison avec les examens effectués au Centre Hospitalier X. _____ en 2009 est proposée. La question d'une mauvaise collaboration ou d'une simulation est posée en regard des résultats des examens. Cependant, il est possible que ce patient frustré ait été impressionné par l'ambiance technique."

Dans un rapport de synthèse du 9 novembre 2010 reprenant notamment les conclusions des rapports susmentionnés, les Drs U. _____, spécialiste en neurologie, et Z. _____ de la Clinique R. _____ ont indiqué en outre ce qui suit :

"LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

(...)

Afin d'investiguer la symptomatologie vertigineuse, nous demandons un consilium ORL qui a eu lieu le 27.10.2010. Notre collègue ORL conclut à un examen cochléaire vestibulaire normal, sans séquelle de l'accident de février 2008.

Le patient a été évalué au posturographe, évaluation durant laquelle le thérapeute objective que le patient est moins démonstratif et semble participer un peu plus par rapport à son séjour précédent, étant toujours très triste, ralenti et présentant une participation pas optimale. Il n'y a aucun signe d'atteinte périphérique. Il y a une instabilité importante, mais en nette amélioration depuis l'année passée. En conclusion, aucune prise en charge en rééducation vestibulaire n'est proposée.

(...)

Sur le plan **neuropsychologique**, le bilan met en évidence des performances globalement superposables au dernier bilan réalisé en

2009, à savoir des performances effondrées aux tests mnésique et attentionnel, ainsi qu'un fléchissement exécutif. De nombreuses discordances aux tests et dans les tests d'activités fonctionnelles sont constatées.

En conclusion : on se trouve deux ans après un polytraumatisme sévère chez un patient qui présente toujours une symptomatologie dépressive, et qui se trouve dans une situation sociale extrêmement difficile. L'examen clinique et les divers bilans mettent en évidence plusieurs discordances chez ce patient qui présente aussi une forte auto-limitation. L'ensemble du bilan pratiqué ne permet pas d'objectiver clairement des limitations en lien avec l'accident. Le suivi psychiatrique est proposé et nous prescrivons également une physiothérapie à raison d'1x/semaine, pour autant que le patient soit motivé.

INCAPACITE DE TRAVAIL

- 100% et nous vous laissons le soin de la réévaluer dans un mois."

Dans un rapport médical intermédiaire du 25 janvier 2011, la Dresse W. _____, médecin assistant au sein de l'Association A. _____, a posé les diagnostics de polytraumatisme sur AVP, vestibulopathie probablement d'origine post-traumatique, cervicalgies et lombalgie persistantes, épisode dépressif moyen à sévère (F32 selon la CIM-10) et difficultés majeurs liées à l'acculturation (Z60.3).

Cette praticienne a également écrit ce qui suit :

"2. Evolution

a) (...)

L'évolution des symptômes des atteintes physiques après le polytraumatisme au sens strict du terme montre une amélioration notable bien qu'il existe des troubles neuropsychiatriques suite à l'accident qui s'aggravent, raison pour laquelle, après un séjour à la Clinique R. _____ à [...], [le patient] a été envoyé à la Consultation Psychothérapeutique [...] de l'Association A. _____ pour une prise en charge psychiatrique.

[Le patient] se plaint de douleurs importantes et handicapantes au niveau de la nuque et du dos, des céphalées et des vertiges surviennent lors du changement de position de la tête. En raison de ces douleurs, il souffre d'insomnies et, après l'introduction d'un somnifère, d'un sommeil entrecoupé.

Durant son suivi et en raison de ses vertiges, il décrit des pertes d'équilibre et des chutes à plusieurs reprises. Il rapporte une fatigabilité extrême et même des douleurs au niveau des jambes l'empêchant de marcher plus qu'une demi-heure.

En raison de ses pertes d'équilibre, il a développé une peur intense de sortir de chez lui et surtout de se retrouver dans la rue, dans une circulation intense.

Au niveau psychiatrique, nous remarquons chez lui une tristesse extrême. L'incapacité de travail est pénible pour M. K. _____ en tant qu'homme et père de famille, subvenant traditionnellement aux besoins pécuniaires de sa famille. Ainsi, cela amène chez lui un sentiment de culpabilité et sa seule envie est celle de guérir, et il compte beaucoup sur le pouvoir presque magique à ses yeux de la médecine suisse.

Il évoque une diminution de la concentration et de l'attention, son estime de soi et sa confiance en lui sont extrêmement basses. Au vu de sa situation précaire au niveau administratif, il a développé une attitude morose face à l'avenir. Des idées auto-agressives avaient été présentes au début de son suivi bien qu'elles se soient actuellement estompées. Nous relevons également une perte de poids et une diminution de l'appétit depuis le début du suivi, un ralentissement psychomoteur, toutefois légèrement amoindri actuellement.

Au début du suivi, nous avons devant nous un patient figé dans l'expression de son visage, parlant très peu spontanément, son discours était centré sur ses douleurs et ses vertiges et l'incapacité de travailler et d'espérer de pouvoir guérir.

Actuellement, avec l'obtention des indemnités de la SUVA, son visage est devenu plus expressif bien que la thymie soit toujours abaissée.

b) Même si la question nous paraît inadéquate, nous pouvons vous indiquer ce qui suit :

Il s'agit d'un patient qui ne parle que l'albanais, sans permis de séjour, qui n'a pas revu sa famille depuis plusieurs années et qui, après son accident, a perdu sa capacité de travailler (la raison pour laquelle il est venu en Suisse). Pour lui, il est impossible de retourner au pays sans retrouver les capacités physiques et psychiques lui permettant d'être actif professionnellement. D'autre part, l'acculturation profonde, l'impossibilité de s'intégrer : difficultés d'apprendre la langue liées en partie à ses troubles de la concentration et de l'attention et également à sa situation financière qui est insupportable (il est resté sans aucun gain durant 2 ans après son accident et s'est donc endetté), sont les facteurs aggravant sa dépression.

Son état s'est légèrement amélioré suite à l'obtention des indemnités de la SUVA, qu'il a pu utiliser pour rembourser une partie de ses dettes (réparation partielle), bien que le sentiment d'injustice existe toujours, dû au fait que son employeur aurait donné l'information quant au salaire perçu de la part de M. K. _____ comme beaucoup plus bas qu'il n'avait été en réalité.

3. Thérapie

(...)

4. Reprise du travail

a) Nous pensons qu'une reprise d'activité à un petit pourcentage (jusqu'à 30%) pourrait être bénéfique pour la santé psychique de notre patient bien qu'une activité ne soit pas envisageable dans la construction, afin de ne pas compromettre sa sécurité, car M. K._____ souffre de vertiges et de pertes d'équilibre au moindre changement de position de la tête.

b) Nous estimons qu'il pourrait bénéficier de mesures de réadaptation avec une évaluation sur le lieu de travail."

Dans un rapport d'examen médical final du 8 février 2011, les Drs N._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi que psychiatre conseil de la CNA, ont écrit ce qui suit :

"DIAGNOSTICS :

Status après splénectomie

Episode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00)

Majoration de symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0)

APPRECIATION :

Cet assuré, âgé de 38 ans, maçon, originaire du Kosovo, présente actuellement des troubles psychiques mineurs sous forme de troubles du sommeil et d'une sensation de faiblesse.

Il ne présente aucun signe ni aucune plainte suggestifs d'un trouble psychique post-traumatique.

Il est patent, au cours de l'examen, tant somatique que psychiatrique, que l'assuré manifeste immédiatement des incapacités ou des souffrances dès qu'il a l'impression que ses performances sont mesurées, alors qu'il ne présente plus aucun handicap lorsqu'il accomplit les gestes spontanément ou répond à des questions qui lui semblent banales.

S'il est vraisemblable qu'il a présenté un épisode dépressif dont la gravité a été diversement appréciée dans les suites de l'accident, cet épisode est actuellement en voie de résolution, la symptomatologie résiduelle n'atteignant plus le seuil diagnostique.

Il est cependant utile que le traitement psychiatrique se poursuive quelques mois encore, mais au plus tard jusqu'à fin septembre 2011 à la charge de l'assurance-accidents.

Pour ce qui est du TCC, au demeurant modéré, il ne laisse pas de troubles vraiment objectivables.

En particulier, au cours de l'examen, aucun trouble cognitif ou mnésique patent n'a été constaté.

La capacité de travail est entière tant du point de vue somatique que psychiatrique.

Finalement, la seule séquelle identifiable de l'accident est le status après splénectomie qui donne droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% selon l'annexe 3 OLAA."

Par décision du 25 février 2011, la CNA a fixé à 12'600 fr. le montant auquel l'assuré avait droit à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par préavis du 25 février 2011, la CNA a annoncé à l'assuré son intention de mettre fin aux prestations en espèce au 31 mars 2011 au soir et de continuer à prendre en charge ses consultations psychiatriques auprès de l'Association A. _____ jusqu'au 30 septembre 2011.

Par courrier recommandé du 10 mars 2011, l'assuré a fait part de son objection au préavis de la CNA du 25 février 2011 en joignant un certificat médical du 10 mars 2010 de son médecin traitant, la Dresse D. _____, attestant du fait que l'assuré ne pouvait pas, selon l'avis de cette praticienne, travailler à 100%.

Par décision du 15 mars 2011, la CNA a confirmé le contenu de son préavis du 25 février 2011, mettant fin à ses prestations en espèce au 31 mars 2011 au soir au motif que son médecin d'arrondissement et son psychiatre conseil l'avaient jugé apte à reprendre une activité professionnelle. La CNA a confirmé également la prise en charge des consultations psychiatriques auprès de l'Association A. _____ jusqu'au 30 septembre 2011.

Par courrier recommandé du 30 mars 2011, l'assuré a fait opposition à la décision de la CNA du 15 mars 2011 indiquant qu'il subissait toujours les séquelles de son accident à savoir des vertiges, des troubles de l'équilibre et des douleurs, le tout couplé avec des problèmes psychiques importants. Il a ainsi estimé être inapte à reprendre une activité professionnelle.

Par décision du 18 août 2011, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. La caisse a considéré en substance que selon les conclusions de son médecin d'arrondissement, le Dr N._____, et son médecin conseil, le Dr G._____, la capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme entière sur le plan somatique et psychologique. En outre, la caisse a relevé que l'assuré n'avait apporté aucun élément concret susceptible de mettre en doute le bien-fondé des conclusions convaincantes et motivées des Drs N._____ et G._____, "lesquelles rejoignent au demeurant celles des spécialistes de la Clinique R._____" et auxquelles il convenait de reconnaître pleine valeur probante. Elle a ainsi conclu pour l'essentiel que c'était à juste titre qu'elle avait mis un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2011. Concernant la prise en charge du traitement psychiatrique de l'assuré jusqu'au 30 septembre 2011, la CNA a relevé qu'elle s'était montrée bienveillante sur cette question "dès lors qu'il n'existe aucun rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques diagnostiqués et l'accident du 21 février 2008". La caisse a estimé en effet que l'examen des critères fixés par la jurisprudence en la matière ne permettaient pas de considérer en l'espèce que l'accident assuré, de gravité moyenne, avait eu une influence déterminante dans l'apparition ou le développement de la composante psychique litigieuse et que l'on devait admettre en particulier que les lésions physiques subies n'étaient pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, que le traitement des suites physiques n'avait pas été anormalement long ou entaché d'erreurs conduisant à une aggravation des séquelles accidentelles et que, enfin, l'incapacité de travail due à la seule atteinte organique ne pouvait être qualifiée de longue.

B. Par acte du 13 septembre 2011, K._____, par l'intermédiaire de son conseil, a fait recours contre la décision sur opposition rendue le 18 août 2011 par la CNA, requérant la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire (d'ordre physique et psychiatrique) tendant à déterminer l'origine accidentelle des troubles présentés et leur incidence sur sa capacité de travail. Le recourant a conclu principalement à la réforme de

la décision entreprise dans le sens du maintien de son droit au versement de ses indemnités journalières au-delà du 31 mars 2011, respectivement à la poursuite de la prise en charge du traitement médical en relation avec ses troubles psychiques au-delà du 30 septembre 2011.

A l'appui de ses conclusions, le recourant s'est référé au rapport médical du 25 janvier 2011 de la Dresse W. _____ qu'il produit ainsi que les pièces suivantes, à savoir :

- Un rapport médical du 21 mars 2011 de la Dresse D. _____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle a considéré pour l'essentiel que depuis l'hospitalisation du recourant à la Clinique R. _____, à [...], du 12 au 26 octobre 2010 la situation n'avait strictement pas changé et que lors de cette hospitalisation, il avait été conclu à une incapacité de travail à 100 %, raison pour laquelle elle ne voyait pas sur quoi la CNA se basait pour le remettre à une capacité de travail complète dès le 1^{er} avril 2011.

En outre, cette praticienne a poursuivi son rapport en ces termes :

"La limitation au point de vue somatique est la persistance d'importants vertiges avec des troubles de l'équilibre ([le patient] est même tombé à plusieurs reprises ces derniers temps) qui vont compromettre sa réadaptation au point de vue de son travail. Le bilan réalisé à [...] montre effectivement une instabilité, confirmant les plaintes du patient. Ce problème est une conséquence directe de son accident.

D'autre part, il présente également des douleurs lombaires persistantes nécessitant un travail léger avec alternance de positions.

Il est clair que le patient présente également un épisode dépressif moyen sur une situation sociale difficile qui, à mon avis, complique la guérison. Je pense qu'il pourrait reprendre une activité à un petit pourcentage, 30 % dans un 1^{er} temps pouvant probablement être augmenté à 50% à terme. Toutefois, il faut absolument qu'il puisse être accompagné dans cette démarche, qu'il bénéficie de mesures de réadaptation. Le patient est totalement incapable de faire ces démarches lui-même.

Je pense donc que ce patient mérite une réadaptation progressive au travail avec l'aide de la SUVA et non un arrêt des prestations au 31.03.2011."

- Un rapport médical du 2 septembre 2011 de la Dresse W. _____ dont il ressort que ce médecin a posé les diagnostics de polytraumatisme sur AVP, vestibulopathie probablement d'origine post-traumatique, cervicalgies et lombalgies persistantes, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2 selon la CIM-10), difficultés majeures liées à l'acculturation (Z60.3) et a conclu en substance que la capacité de travail du recourant n'était pas rétablie et que la reprise de l'activité pourrait même compromettre sa sécurité à cause de vertiges et de pertes d'équilibre au moindre changement de position de la tête dus à une vestibulopathie d'origine post-traumatique. A ce tableau, s'ajoute, selon ce médecin des symptômes dépressifs liés au fait que le recourant ne pouvait pas reprendre son travail et assumer son rôle d'homme dans sa famille.

Sur la base de ces pièces, le recourant a estimé pour l'essentiel qu'il résulte très clairement des rapport médicaux établis par les Dresses W. _____ et D. _____ que sa capacité de travail était extrêmement restreinte compte tenu de ses troubles d'ordre tant physique que psychique.

Dans son mémoire de réponse du 7 novembre 2011, la CNA a conclu au rejet du recours et a produit un avis médical du 19 octobre 2011 émanant du B. _____, de sa division médecine et spécialiste en chirurgie. A l'appui de ses conclusions, la CNA a écrit notamment ce qui suit :

"Il en résulte à ce stade que nul n'est en mesure d'établir l'existence de séquelle physique de l'accident assuré qui justifie encore un traitement ou une incapacité de travail, respectivement expliquant la symptomatologie présentée par M. K. _____.

A cet égard, les rapports médicaux produits par le précité ne sauraient démontrer le contraire. En effet, le Dr B. _____, dans son appréciation médicale du 19 octobre 2011 a relevé que le rapport de la Dresse D. _____ du 21 mars 2011 n'apportait pas de nouveaux éléments. Notamment, l'instabilité observée la posturographie réalisée le 18 octobre 2010 à la Clinique R. _____ n'avait pas d'origine organique démontrable. Selon le Dr B. _____, il s'agit

plutôt d'un phénomène psychogène résultant d'un comportement démonstratif, comme cela avait déjà été constaté le 2 mars 2009. Qui plus est, le Dr Q. _____ avait constaté un status ORL normal. Ensuite s'agissant des douleurs lombaires évoquées par l'assuré, le Dr B. _____ est d'avis que celles-ci ne sont aucunement des séquelles somatiques de l'accident. La colonne lombaire n'a pas été blessée lors de l'accident et le CT de l'ensemble de la colonne vertébrale s'est révélé normal. Par conséquent, le médecin précité a conclu qu'aucune incapacité de travail à compter du 1^{er} avril 2011 ne pouvait être attestée, tant du point de vue orthopédique que neurologique. D'autres mesures d'éclaircissement étaient donc inutiles."

La CNA a conclu ainsi à l'absence de troubles ayant un fondement organique ainsi qu'à l'absence d'un lien de causalité adéquate entre la composante non organique affectant le recourant et l'accident assuré. Concernant la mise en oeuvre de l'expertise pluridisciplinaire sollicitée par le recourant, la CNA a conclu au rejet de cette requête dans la mesure où le dossier était suffisamment instruit et que, pour ce qui concernait les séquelles somatiques de l'accident dont a été victime le recourant, il n'y avait aucun motif valable pour s'écarter des avis probants des médecins d'arrondissement, des médecins de la Clinique R. _____ et de celui du Dr B. _____. Pour ce qui concernait les troubles psychiques de l'assuré, La CNA a estimé enfin que la mise en oeuvre d'une telle mesure d'investigation était superflue, dès lors que le rapport de causalité adéquate faisait défaut.

Par réplique du 16 novembre 2011, le recourant a maintenu ses conclusions et sa requête tendant à la mise sur pied d'une expertise médicale compte tenu des rapports médicaux étayés produits par ses médecins traitants divergents de ceux émanant de la CNA qu'il a qualifiés de "peu motivés, donc moins probants".

S'agissant de la problématique "coup du lapin", le recourant a indiqué avoir présenté un tableau clinique critique d'un tel traumatisme dans les suites immédiates de l'accident.

Par acte du 24 janvier 2010, la CNA a considéré que la recourant n'avait allégué aucun fait nouveau dans sa réplique, de sorte

quelle a renoncé à déposer formellement une duplique et a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte les formalités prévues par loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'occurrence est litigieuse la question de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2011 et à supprimer la prise en charge du traitement psychiatrique du recourant avec effet au 30 septembre 2011.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

A teneur de l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), ainsi qu'à une indemnité

journalière, si et dans la mesure où il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 16 al. 1 LAA). Il suffit à cet égard que l'atteinte à la santé soit – même partiellement – imputable à l'accident pour que l'assureur soit tenu de prendre à sa charge l'ensemble des prestations pour soin, des remboursements de frais, des indemnités journalières et, le cas échéant, des allocations pour impotents y relatifs (art. 36 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'assureur social ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3 ; 129 V 177 consid. 3.1).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet

événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 précité consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références citées).

c) Cela étant, le principe d'égalité de traitement et l'exigence de la sécurité du droit nécessitent que l'on recoure à des critères objectifs pour trancher la question de l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'origine psychique. Il convient donc 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 (RAMA 2000, n° U 394, p. 313, consid. 4 et 5). A cet effet, les accidents peuvent être classés en trois catégories, suivant la manière dont ils se sont déroulés : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne (ATF 115 V 133 et 403).

Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple heurté légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ce cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'événement accidentel lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Les critères 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 ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes qui ont pu en résulter ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Il n'est toutefois pas nécessaire qu'apparaissent dans chaque cas toutes ces circonstances à la fois. Il est possible que la présence d'une seule d'entre elles soit suffisante pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire et qu'on se trouve par conséquent à la limite de la catégorie des accidents graves. Si, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, ce d'autant plus lorsque l'accident est de moindre gravité. En conséquence, lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents insignifiants, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour

que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133, consid. 6).

d) 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, à un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n°23 p. 67 consid. 2) ou à un TCC, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique, à la différence que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères de la gravité ou de la nature particulière des lésions subies, des douleurs persistantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail sont déterminants de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 366 consid. 6a ; voir également ATF 123 V 99 consid. 2a et les références citées ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 [arrêt M. du 30 juillet 2002, U 249/01]).

5. a) Pour pouvoir se déterminer dans un cas particulier sur l'état de santé d'un assuré, l'assureur social, en cas de recours, le tribunal, se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées ; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées,

134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1)

b) Si l'assureur social où le juge, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008) ; une telle manière de procéder (appréciation anticipée des preuves encore offertes) ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

6. En l'espèce, dans son recours du 13 septembre 2011, le recourant affirme souffrir de troubles d'ordre tant physique que psychique. Il indique en particulier présenter des troubles neuropsychiatriques consécutifs à l'accident qui s'aggravent et se plaint de vertiges et de pertes d'équilibre qui l'empêchent de travailler, ces troubles étant dus "semble-t-il à une vestibulopathie post-traumatique". Dans sa réplique du 16 novembre 2011, "s'agissant de la problématique "coup du lapin", [le recourant] maintient qu'il a présenté un tableau clinique critique d'un tel traumatisme dans les suites immédiates de l'accident". S'agissant plus spécifiquement de ses troubles psychiques, le recourant estime enfin que ceux-ci sont en rapport de causalité adéquate avec l'accident assuré.

7. **a)** Concernant son état somatique et neuropsychiatrique le recourant se réfère aux avis médicaux qu'il produit, à savoir les rapports de la Dresse W._____ des 25 janvier et 2 septembre 2011 ainsi qu'au rapport de la Dresse D._____ du 21 mars 2011.

Dans son rapport du 25 janvier 2011, la Dresse W._____ retient au niveau diagnostique sur le plan somatique, un polytraumatisme

sur AVP, une vestibulopathie probablement d'origine post-traumatique et des cervicalgies et lombalgies persistantes. Elle note que l'évolution des symptômes des atteintes physiques après le polytraumatisme au sens strict du terme montre une amélioration notable bien qu'il existe des troubles neuropsychiatriques suite à l'accident qui s'aggravent raison pour laquelle après un séjour à la Clinique R._____, le recourant a été envoyé à la Consultation Psychothérapeutique [...] de l'Association A._____ pour une prise en charge psychiatrique. Elle indique que le recourant se plaint de douleurs importantes et handicapantes au niveau de la nuque et du dos, de céphalées et de vertiges qui surviennent lors du changement de position de la tête et qu'en raison de ces douleurs, il souffre d'insomnie. Elle relève également que le recourant rapporte une fatigabilité extrême et même des douleurs au niveau des jambes qui l'empêchent de marcher plus d'une demi-heure. Au niveau de sa capacité de travail, elle souligne que la reprise d'activité à un petit pourcentage (jusqu'à 30%) pourrait être bénéfique pour la santé psychique de son patient tout en précisant qu'une telle activité n'est pas envisageable dans la construction, afin de pas compromettre la sécurité du recourant en raison des vertiges et pertes d'équilibre dont il souffre au moindre changement de position de la tête. Elle estime enfin que le recourant pourrait bénéficier de mesures de réadaptation avec une évaluation sur le lieu de travail.

Dans son rapport du 21 mars 2011, la Dresse D._____ relève que le recourant présentent des douleurs lombaires persistantes nécessitant un travail léger avec alternance de position. Toutefois, selon cette praticienne la "limitation [du recourant] au point du vue somatique est la persistance d'importants vertiges avec des troubles de l'équilibre". Selon ce médecin, le recourant dispose d'une capacité de travail de 30% pouvant probablement être augmentée à 50% à terme.

Dans son rapport du 2 septembre 2011, la Dresse W._____ ne fait plus état d'aggravation de l'état neuropsychiatrique. Elle reprend toutefois la même description des plaintes du recourant (douleurs au niveau de la nuque et du dos, céphalées, vertiges, pertes d'équilibre,

fatigabilité, douleurs au niveau des jambes) et retient au niveau somatique le même diagnostic que dans son rapport du 25 janvier, à savoir un polytraumatisme sur AVP, une vestibulopathie probablement d'origine post-traumatique et des cervicalgies et lombalgies persistantes. Toutefois, au niveau de la reprise du travail, cette praticienne indique que la capacité de travail du recourant n'est pas rétablie et que la reprise de l'activité pourrait même compromettre sa sécurité, le recourant souffrant de vertiges et de perte d'équilibre au moindre changement de position de la tête, état dû à une vestibulopathie d'origine post-traumatique.

b) La position de la CNA repose en premier chef sur le rapport d'examen final du 8 février 2011 des Drs N._____ et G._____ qui retiennent les diagnostics du status après splénectomie, épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et majoration de symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0). Sur la base des examens qu'ils ont eux-mêmes pratiqués (rachis, membres supérieurs et inférieurs, abdomen - et psychiatrique), des plaintes spontanées émises par le recourant et des constatations et conclusions médicales ressortant des antécédents médicaux d'après les actes du dossier, ces praticiens relèvent : "il est patent, au cours de l'examen, tant somatique que psychiatrique, que l'assuré manifeste immédiatement des incapacités et ou des souffrances dès qu'il a l'impression que ses performances sont mesurées, alors qu'il ne présente plus aucun handicap lorsqu'il accomplit les gestes spontanément ou répond à des questions qui lui semblent banales. (...) Pour ce qui du TCC, au demeurant modéré, il ne laisse pas de trouble vraiment objectivable. En particulier, au cours de l'examen, aucun trouble cognitif ou mnésique patent n'a été constaté. (...) Finalement, la seule séquelle identifiable de l'accident est le status après splénectomie qui donne droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% selon l'annexe 3 OLAA." Dans le cadre de ce rapport, ces médecins retiennent ainsi que le recourant dispose d'une capacité de travail entière sur le plan somatique (et psychiques).

c) Sur le plan strictement somatique, on constatera que les conclusions des médecins de la CNA sont tout d'abord corroborées par le

Dr M._____, dans son rapport du 12 août 2008, qui indiquait déjà que "les atteintes physiques stricto sensu [du recourant] peuvent être considérées comme guéries ou en bonne voie de l'être" tout en relevant toutefois que l'atteinte neuropsychologique allait par contre en s'aggravant.

En second lieu, ces conclusions rejoignent également celles des différents rapports de synthèses émanant des médecins de la Clinique R._____.

Il en est ainsi du rapport de synthèse du 9 avril 2009, des Drs O._____ et Y._____, de la Clinique R._____, dans lequel ces praticiens concluent, après un bilan pluridisciplinaire complet comprenant notamment un consilium psychiatrique avec la Dresse S._____, que seul le trouble psychiatrique est responsable de l'incapacité totale de travail du recourant. Ces médecins arrivent à cette conclusion en tenant compte notamment d'un examen neuropsychologique, mettant en évidence des troubles mnésiques sévères, des troubles attentionnels, reflétés par un ralentissement important pour la plupart des tâches chronométrées et une hétérogénéité très importante de latence, un fléchissement exécutif modéré et des difficultés de calcul. Selon ces médecins, par rapport aux derniers examens du Centre Hospitalier X._____ du 07 juillet 2008, les résultats montrent une légère aggravation au niveau des capacités mnésiques, ainsi qu'une perturbation du calcul. Ils soulignent toutefois que la sévérité des déficits mise en évidence lors de cet examen, ainsi que l'aggravation depuis la survenue de l'accident du 21 février 2008, leurs semblent dépasser ce à quoi on peut s'attendre suite aux atteintes organiques objectivées et qu'en raison d'éléments de surcharge, de fluctuations marquées des performances et de discordances à différents tests, ils renoncent à suivre ce patient, afin d'éviter de renforcer les symptômes. Sur le plan strictement somatique ces praticiens indiquent pour l'essentiel que l'examen clinique du rachis s'est montré sans particularité objective, que des RX du rachis cervical n'ont pas démontré de lésion notable tout en relevant, après une IRM qu'il y a certes des séquelles pétéchiales au niveau de la partie postérieure du corps calleux

droit, avec en arrière de cette séquelle, une 2^{ème} séquelle sans stigmatisme d'hémorragie, à savoir des lésions mineures qui n'expliquent pas le tableau actuel diffus et notamment sans signe de dysfonction calleuse. Quant au bilan physiothérapeutique, il met en évidence chez le patient des capacités fonctionnelles s'approchant de la norme de sorte qu'il est indépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne. Au niveau des vertiges, ces médecins soulignent que l'examen a été difficile à effectuer, à cause des importantes démonstrations douloureuses et d'un patient ne suivant pas les consignes et que par rapport aux fonctions d'équilibration, il a été noté un taux de stabilité en condition extrêmement bas, avec production des mouvements qui ne sont pas des réactions d'équilibration et qui ne se trouvent pas lors de la station debout hors test, de sorte que ce dernier ne peut être considéré comme significatif.

Dans leur rapport de synthèse du 9 novembre 2010, les Drs U. _____ et Z. _____, de la Clinique R. _____, indiquent que l'examen clinique et les divers bilans mettent en évidence plusieurs discordances chez le recourant qui présente aussi une forte auto-limitation avant de souligner également que l'ensemble du bilan pratiqué ne permet pas d'objectiver clairement des limitations en lien avec l'accident, seul un suivi psychiatrique étant proposé. Sur le plan somatique, ces praticiens indiquent avoir fait investiguer la symptomatologie vertigineuse par un conseil avec le Dr Q. _____, spécialiste ORL. Ce spécialiste, dans son rapport du 27 octobre 2010 relève que l'examen cochléaire vestibulaire est à considérer comme normal, sans séquelle de l'accident de février 2008. Les Drs U. _____ et Z. _____ indiquent également dans leur rapport que le recourant a été évalué au posturographe, évaluation durant laquelle le thérapeute objective que le patient est moins démonstratif et semble participer un peu plus par rapport à son séjour précédent, étant toujours très triste, ralenti et présentant une participation pas optimale avant de conclure en substance qu'il n'y a aucun signe d'atteinte périphérique, mais une instabilité importante toutefois en nette amélioration depuis le séjour précédent, raison pour laquelle aucune prise en charge en rééducation vestibulaire n'est proposée. Sur le plan neuropsychologique, ces praticiens relèvent que le bilan met en évidence

des performances globalement superposables au dernier bilan réalisé en 2009, à savoir des performances effondrées aux tests mnésique et attentionnel, ainsi qu'un fléchissement exécutif, de nombreuses discordances aux tests et dans les tests d'activités fonctionnelles étant toutefois constatées.

d) Au regard de ce qui précède, force est de constater qu'il existe une forte contradiction entre les conclusions des médecins de la CNA (et de la Clinique R._____) et ceux du recourant. Il convient dès lors que la Cour de céans apprécie l'ensemble des preuves disponibles.

da) En premier lieu, et à titre liminaire, la Cour de céans constate que dans son opposition du 30 mars 2011, le recourant indique toujours subir les séquelles de son accident à savoir des vertiges, des troubles de l'équilibre et des douleurs, le tout couplé avec des problèmes psychiques importants. La Cour de céans constate également que les avis médicaux produits par le recourant et émanant des Dresses D._____ et W._____ soulignent que les limitations somatiques du recourant tiennent à ses vertiges et à ses troubles de l'équilibre (vestibulopathie), ses autres troubles somatiques étant certes cités (douleurs à la nuque et dans le dos, céphalée, etc.) sans pour autant que ces médecins en tirent de conséquences concrètes au niveau de la capacité de travail du recourant. Tout au plus la Dresse D._____ fait-elle état du fait que les douleurs lombaires persistantes du recourant nécessitent un travail léger avec alternance de position sans pour autant fournir de précisions.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement les troubles neuropsychiatriques dont le recourant indiquent qu'ils s'aggravent dans son recours du 13 septembre 2011, en se fondant sur le rapport du 25 janvier 2011 de la Dresse W._____, la Cour de céans relève au contraire que cette praticienne n'allègue pas une telle aggravation depuis la prise en charge du recourant à la Consultation Psychothérapeutique [...] de l'Association A._____. A ce titre, cette praticienne se contente simplement de faire remarquer que c'est en raison d'une aggravation antérieure à cette prise en charge que cette dernière a été mise sur pied,

à la suite du premier séjour à la Clinique R._____ du recourant. Force est dès lors de constater que le recourant se trompe dans l'interprétation qu'il fait de ce rapport sur ce point. On relèvera en outre que ce médecin ne fait même plus allusion à des troubles neuropsychiatriques dans son rapport du 2 septembre 2011.

Concernant la problématique spécifique du "coup du lapin" dont le recourant indique dans sa réplique du 16 novembre 2011 avoir été victime suite à son accident 21 février 2008, on relèvera que seul le Dr M._____ a indiqué l'existence probable d'un "coup du lapin" dans son rapport du 12 août 2008 à l'attention des médecins de la Clinique R._____ en vue du premier séjour hospitalier du recourant au sein de cette clinique. Les médecins de la Clinique R._____ étaient ainsi informés de cette éventuelle problématique non seulement par ce biais, mais aussi par les plaintes formulées par le recourant lui-même. D'ailleurs, dans leur rapport de synthèse de Drs O._____ et Y._____ du 9 avril 2009, ces praticiens indiquent avoir procédé à un examen clinique du rachis qui n'a relevé aucune particularité objective ainsi qu'un examen par RX du rachis cervical qui n'a pas montré de lésion notable. Ces médecins n'ont dès lors pas retenu dans leurs diagnostics de synthèse le syndrome du "coup de lapin". Par surabondance, on constatera en outre qu'aucun autre médecin, ni ceux qui sont intervenus lors du séjour du recourant au Centre Hospitalier X._____ en février 2008, ni ceux de la Clinique R._____ en novembre 2010, ni ceux de la CNA en février 2011, n'ont allégué l'existence d'un tel trouble dont ils ne font même pas mention. Quant aux médecins traitants du recourant, les Desses D._____ et W._____, elles n'en font pas mention non plus, se contentant d'alléguer chez leur patient des douleurs à la nuque, au dos et des céphalées. On remarquera enfin que le Dr B._____, dans son avis médical du 19 octobre 2011, indique que la colonne lombaire du recourant n'a pas été touchée lors de l'accident et que le CT de l'ensemble de la colonne vertébrale s'est révélé normal. En conséquence, la Cour de céans retient que les douleurs lombaires dont se plaint le recourant ne sauraient être considérées comme des séquelles somatiques issues de son accident, le recourant n'apportant pour le surplus aucun élément, au niveau de la

vraisemblance prépondérante, de nature à démontrer l'existence du traumatisme dont il se prévaut.

db) En second lieu, on relèvera que, à la lecture du rapport du 21 mars 2011 de la Dresse D._____, il est patent, contrairement à ce qu'invoque le recourant, que celui-ci est peu étayé. En effet, cette praticienne ne fournit pratiquement pas d'information permettant à la Cour de céans de comprendre comment elle parvient à ses conclusions. En particulier sur la question des vertiges et des troubles de l'équilibre, elle se borne à indiquer que le bilan réalisé à la Clinique R._____ montre effectivement une instabilité alors qu'en réalité, dans leur rapport de synthèse du 9 novembre 2010, les Drs U._____ et Z._____ indiquent d'une part que, selon le Dr Q._____, spécialiste ORL, l'examen cochléaire vestibulaire était à considérer comme normal et sans séquelle de l'accident de février 2008 et, d'autre part, qu'aucune prise en charge de rééducation vestibulaire n'était proposée au regard notamment de l'amélioration nette intervenue depuis 2009.

En ce qui concerne les rapports de la Dresse W._____, on relèvera que, dans son rapport du 2 septembre 2011, au niveau du diagnostic, cette praticienne retient une vestibulopathie probablement d'origine post-traumatique alors qu'elle indique dans ses conclusions relatives à la capacité de travail du recourant que ses vertiges et pertes d'équilibre au moindre changement de position de la tête, "[sont dus] à la vestibulopathie d'origine post-traumatique" de sorte que la Cour de céans constate un manque de cohérence dans l'avis de ce médecin quant à la cause des vertiges dont le recourant se prévaut. De plus, à la lecture de ces deux rapports (des 25 janvier et 2 septembre 2011), la Cour de céans a également peine à comprendre comment ce médecin arrive à des conclusions en apparence si opposées. On relèvera tout particulièrement que dans son rapport du 25 janvier 2011, elle indique en substance que la reprise d'une activité, même à un petit pourcentage, est non seulement possible mais souhaitable pour la santé psychique du recourant, alors qu'elle estime, à l'inverse, que sa capacité de travail n'est pas rétablie dans son rapport du 2 septembre 2011 sans pour autant alléguer ou

démontrer une évolution particulière dans l'état de santé du recourant sur le plan somatique justifiant son changement d'appréciation. On relèvera au contraire que dans les deux cas, cette praticienne se réfère à l'identique aux vertiges et aux troubles de l'équilibre comme facteur incapacitant sans pour autant faire mention d'une péjoration particulière de ces troubles dans son dernier rapport. Par surabondance, on notera enfin que la Dresse W._____ n'est intervenue auprès du recourant que pour traiter les aspects psychiques de son état de santé. A ce titre, son avis sur les troubles somatiques dont le recourant se prévaut doit être pris en compte avec réserve.

La Cour de céans constate en outre qu'il ressort en substance de l'avis médical du Dr B._____ du 19 octobre 2011 que l'instabilité observée (vestibulopathie) lors de la posturographie réalisée le 18 octobre 2010 à Clinique R._____ n'avait pas d'origine organique démontrable et qu'il s'agit plutôt d'un phénomène psychogène résultant d'un comportement démonstratif, comme cela avait été constaté le 2 mars 2009. Au regard du comportement démonstratif dont le recourant a fait preuve à de multiples reprises, comme constaté tant par les médecins et thérapeutes de la Clinique R._____ que par ceux de la CNA, la Cour de céans est convaincue de la pertinence de l'analyse du Dr B._____ sur ce point qu'elle fait sienne.

dc) En définitive, après analyse, le rapport médical final du 8 février 2011 des Drs N._____ et G._____ s'avère beaucoup plus complet et étayé que ceux des médecins traitants du recourant. Leurs conclusions tiennent compte des antécédents médicaux tels qu'ils ressortent du dossier de l'intimée, de l'examen clinique qu'ils ont eux-mêmes pu pratiquer sur le recourant ainsi que de ses plaintes. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale faite par ces deux médecins est claire et leurs conclusions sont bien motivées. Par ailleurs, les rapports médicaux produits par le recourant ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre du rapport d'examen final établi par les Drs N._____ et G._____ le 8 février 2011 et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en

cause leurs conclusions parfaitement argumentées. Dès lors, force est de constater que ces médecins aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que leurs avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées). Il convient dès lors de constater que ce rapport répond parfaitement aux réquisits de la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante et emporte la conviction de la Cour de céans.

8. a) Sur le plan psychique, le litige tient en premier lieu à la question de savoir si l'épisode dépressif dont le recourant se prévaut est, indépendamment de sa gravité, en rapport de causalité adéquate avec l'accident assuré, ce que soutient le recourant et ce que conteste l'intimée. Sur le vu de l'ensemble des avis médicaux recueillis au dossier, en particulier les rapports des médecins de la Clinique R. _____ de 2009 et 2010, il apparaît que l'état de santé de l'assuré a été de manière précoce et durablement affecté par des troubles psychiques qui ont pris une importance prédominante dans son état de santé. Pour ce motif, il sied de trancher le cas à la lumière des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident.

Il convient dès lors dans un premier temps de déterminer le degré de gravité de l'accident du 21 février 2008 en rappelant que la jurisprudence précise qu'un accident ne doit pas être qualifié de léger, moyen ou grave en fonction de ses conséquences, notamment sur la santé de l'assuré ou d'un tiers, mais uniquement en fonction de son déroulement, soit des forces en présence (TF 8C_257/2008 ; U 18/2007).

En l'espèce, il ressort notamment du rapport de la police cantonale vaudoise que le camion impliqué dans l'accident circulait à la vitesse prescrite sur le tronçon de route utilisé. Quant à la vitesse du véhicule conduit par le recourant, le chauffeur du camion impliqué a indiqué que le recourant circulait à faible allure. Le recourant s'est engagé sur la voie principale, sans accorder la priorité au camion venant à sa

gauche. Le choc n'a pas été frontal ni latéral, mais oblique suite à un freinage d'urgence et une manœuvre d'évitement du chauffeur du camion, l'avant droit du camion ayant finalement heurté l'avant gauche du véhicule du recourant. La voiture n'a pas été projetée à une longue distance du point de choc, celle-ci ayant fini sa course sur le bord herbeux de la chaussée après avoir fait un seul tour sur elle-même. Malgré la présence de plusieurs autres véhicules au même moment, aucun d'entre eux n'a été impliqué dans ce choc et personne n'a été blessé (pas même le chauffeur du camion) mis à part le recourant dont on relèvera que l'éjection de son véhicule tient au fait qu'il n'était pas maintenu par une ceinture de sécurité.

L'analyse de cet accident a amené l'intimée à le qualifier de moyennement grave. Le recourant d'ailleurs ne conteste pas cette qualification puisqu'il se dit prêt dans sa réplique du 16 novembre 2011 "à concéder que l'on se situe dans un accident de gravité moyenne" tout en précisant qu'il faut admettre "que l'on se situe ici à la limite d'un accident grave". Toutefois, sur ce point, la Cour de céans ne saurait le suivre tant il est vrai que le déroulement de l'événement en cause n'est pas tel qu'il faille admettre l'existence d'un accident à la limite de l'accident grave. A la lumière de ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimée a classé l'accident subi par la recourant dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (TF 8C_996/2010).

b) Il découle de cette qualification que les critères à prendre en considération pour pouvoir établir un lien de causalité adéquate entre cet accident et les troubles psychiques du recourant doivent se cumuler ou revêtir une certaine intensité pour qu'un tel lien puisse être admis (ATF 115 V 133, consid. 6).

En l'espèce, le recourant allègue qu'au moins cinq critères sont réunis pour que le rapport de causalité adéquate soit reconnu. Il estime ainsi en substance que (i) l'accident a été particulièrement

impressionnant avec un camion dont la violence du choc est attestée par les lésions subies, (ii) que les lésions physiques du recourant consécutives à l'accident doivent être qualifiées de graves, (iii) que le traitement médical perdure à ce jour, soit quatre ans après l'accident, et peut être considéré comme anormalement long, (iv) que la persistance des douleurs physiques ressenties par le recourant sont confirmées par les médecins traitant et (v) que la capacité de travail est également due à des lésions physiques et que sur ce point spécifique ne doivent être pris en compte que la durée et le degré de l'incapacité de travail dans l'évaluation de la causalité adéquate et non les efforts reconnaissables par l'assuré de diminuer cette incapacité de travail.

S'agissant du caractère impressionnant de l'accident, il convient de relativiser sa portée et son ampleur dès lors que l'assuré a déclaré ne pas se souvenir des circonstances de l'accident. Au surplus le rapport de police ne décrit pas un accident sortant manifestement de la norme pour ce genre de choc entre une voiture de tourisme et un camion surtout si l'on considère que celui-ci roulait à une vitesse conforme pour l'endroit, soit 80 km/h. Dès lors, il apparaît normal que le choc ait provoqué un tonneau du véhicule de recourant. En outre, s'il est exact que chaque accident de gravité moyenne possède en lui-même un certain caractère impressionnant, ce seul fait ne suffit cependant pas pour remplir ce premier critère (TF 8C_1020/2008 consid. 5.2). En définitive, il n'existe aucune circonstance de nature à faire apparaître l'accident en cause comme particulièrement impressionnant ou dramatique. S'agissant de la durée du traitement, force est de constater qu'elle n'a pas été anormalement longue, compte tenu notamment du fait que l'assuré a pu rentrer chez lui après une dizaine de jours d'hospitalisation et que son traitement a consisté pour l'essentiel en un traitement antalgique et conservateur, ce qui ne constitue pas un traitement médical spécifique et pénible. En outre, les troubles psychiques ont exercé très tôt une influence prépondérante sur l'évolution de l'état de santé du recourant (TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 5.2 ; TF 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2.1). Pour ce même motif, le critère de la gravité et de la nature particulière des lésions physiques, ainsi que celui du degré et de la durée

de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'apparaissent pas non plus réalisés. On relèvera notamment que le recourant n'a pas subi de lésions physiques propres à entraîner des troubles psychiques : il en est ainsi de son TCC avec hémorragie sous arachnoïdienne fronto-pariétal gauche minime, de sa fracture du nez et des fractures des 8 à 12^{ème} arcs costaux postérieurs gauches. En outre, l'évolution après splénectomie a été simple et l'assuré a pu rentrer à son domicile après une dizaine de jours sans qu'aucune complication ne soit à signaler pendant ou après son séjour au Centre Hospitalier X. _____, ni dans les années qui ont suivi alors même que le recourant s'est même absenté en Allemagne pendant de 6 mois en 2010 sans en référer à l'intimée et sans suivi médical. On soulignera en outre que les atteintes physiques subies par le recourant auraient sans doute pu être diminuées voire évitées, s'il avait porté sa ceinture de sécurité, évitant en cela le risque d'être éjecté de son véhicule. En ce qui concerne la persistance des douleurs ainsi que la durée de l'incapacité de travail due aux seules séquelles physiques de l'accident, les médecins de la Clinique R. _____ considéraient en début d'année 2009 déjà que, pour les premières, les investigations entreprises ne montraient aucune lésion susceptible de les expliquer, respectivement que, d'un point de vue somatique, une incapacité de travail n'était plus justifiée. En dernier lieu, aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'a été à déplorer.

Au regard de ce qui précède, la Cour de Céans retient qu'aucun des critères objectifs définis par la jurisprudence n'est rempli en l'espèce pour reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques allégués par le recourant et l'accident assuré. Au demeurant on constatera en outre sur cette question du lien de causalité que la Dresse W. _____, dans son rapport du 2 septembre 2011, relève en substance que les symptômes dépressifs du recourant sont liés au fait que celui-ci ne peut pas reprendre son travail et assumer son rôle d'homme dans sa famille.

Par surabondance, même si l'existence d'une causalité adéquate pouvait être admise en l'espèce, force est de constater que les Drs N._____ et G._____, dans leur rapport probant du 8 février 2011, ont considéré que le recourant ne présentait plus un épisode dépressif marqué, la symptomatologie résiduelle n'atteignant plus le seuil diagnostic, de sorte qu'on voit pas dans ces conditions pour quelles raisons un suivi psychiatrique aurait dû être mis à la charge de l'intimée au-delà du 30 septembre 2011.

La causalité adéquate entre les troubles présentés par le recourant et l'accident faisant défaut, il n'y a pas lieu d'examiner le lien de causalité naturelle.

9. a) Sur la base de ce qui précède, il y a lieu de considérer que le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit sur le plan médical et permet de procéder à l'appréciation de l'état de santé du recourant de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale telle que requise par le recourant (ATF 134 I 140 consid. 5. 3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En définitive, après examen, il y a lieu d'admettre, avec la CNA, qu'à la date du 31 mars 2011 la capacité de travail du recourant était pleine et entière tant sur le plan somatique que psychique. C'est ainsi à juste titre que la CNA a décidé de mettre terme au versement des indemnités journalières à partir de cette date ainsi qu'à la prise en charge traitement psychiatrique du recourant avec effet au 30 septembre 2011.

Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

10. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 18 août 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

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).

Le greffier :