

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Rossier et M. Monod, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

F._____, à **W.**_____, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey
(VS).

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** R ressortissant portugais né en 1968, F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), marié et père de deux enfants, travaille depuis le 1^{er} octobre 2000 en tant que chauffeur auprès de l'entreprise H._____. A ce titre, il est obligatoirement assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 19 septembre 2005, l'assuré a été victime d'un malaise vagal en salle d'accouchement alors qu'il assistait à la péridurale de sa femme sur le point d'accoucher. Il a présenté une perte de connaissance d'environ deux minutes avec amnésie circonstancielle, des céphalées frontales, sans nausée ni vomissement, motivant son admission aux urgences de l'Hôpital J._____, en raison d'un traumatisme crânien à la suite d'une chute de sa hauteur. Il a séjourné au service de neurochirurgie de l'Hôpital J._____ du 19 septembre au 26 septembre 2005, date de son retour à domicile.

Dans une lettre de sortie du 27 septembre 2005, les médecins (Drs G._____, chef de service, T._____, chef de clinique adjoint, et U._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de contusions bifrontales avec fracture frontale droite. Des vertiges positionnels paroxystiques bénins ont été retenus à titre de diagnostic secondaire. Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle jusqu'au prochain contrôle, prévu le 2 décembre 2005.

Entre-temps, l'assuré a repris son activité professionnelle à 50% dès le 14 novembre 2005. Il a d'abord effectué des tâches de bureau avant de se remettre progressivement à la conduite des bus. Dès le 15 mai 2006, il a travaillé à 75%, puis à 100% dès le 3 juillet 2006 dans son activité habituelle.

Un examen neuropsychologique a eu lieu à l'Hôpital J._____ (division autonome de neuropsychologie) en date du 14 mars 2006. Les examinateurs (Prof. X._____, médecin chef, V._____, psychologue associée et C._____, psychologue stagiaire) ont conclu à un examen dans les normes chez un patient présentant des signes probables de la lignée anxio-dépressive et des plaintes de type post-traumatique. Ils ont constaté la disparition du ralentissement de l'accès lexical en regard de l'examen du 2 décembre 2005.

Le 22 mars 2006, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré à la demande du médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 27 mars 2006 à ce dernier, il a indiqué que l'examen clinique pratiqué n'avait révélé aucune anomalie significative à part une anosmie. Il n'y avait toutefois pas de modification des modalités fondamentales du goût. Il a par ailleurs observé une oculomotricité un peu saccadée et la survenue de brefs vertiges au redressement lors de la manœuvre de Dix-Hallpike. Le Dr P._____ a ainsi retenu l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral modéré à moyennement important, ayant entraîné d'une part une anosmie dont il était à craindre qu'elle ne soit définitive et, d'autre part, un syndrome post-commotionnel avec des troubles neuropsychologiques modérés. Aux éléments purement somatiques s'ajoutaient quelques facteurs anxio-dépressifs réactionnels. Il a estimé que l'anosmie justifiait la reconnaissance d'une perte de l'intégrité à hauteur de 15%, les autres troubles neurologiques et neuropsychologiques n'étant pas relevants sous cet aspect.

Par décision du 18 octobre 2006, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, soit un montant de 16'020 fr., au motif que la perte du goût et de l'odorat consécutive à l'accident du 19 septembre 2005 pouvait être considérée comme définitive. Elle ne s'est en revanche pas prononcée sur l'octroi d'autres prestations éventuelles. L'assuré ne s'est pas opposé à cette décision, qui est entrée en force.

b) Un nouvel examen neuropsychologique de l'assuré a eu lieu à l'Hôpital J._____ en date du 25 juin 2007. Il a mis en évidence « des

troubles modérés de la mémoire antérograde verbale en condition de rappel différé et de l'accès lexical ainsi que la persistance des plaintes de type post-traumatique avec toutefois une évolution favorable de l'irritabilité ». Dans une lettre d'accompagnement du 3 juillet 2007 au médecin traitant de l'assuré, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, la Prof. X._____ a émis une réserve s'agissant de la capacité de travail, en souhaitant revoir le patient en cas de changement éventuel d'activité ou du cadre de l'activité ; pour ces raisons, elle recommandait de ne pas clore le dossier.

c) L'assuré a interrompu son travail du 29 mars au 6 avril 2008 à la suite de la prise d'un médicament antidépresseur. Le 14 avril 2008, une rechute a été annoncée sur formule ad hoc à la CNA, qui a procédé à des nouvelles investigations.

Un nouveau bilan neuropsychologique a été pratiqué à l'Hôpital J._____ le 10 juillet 2008.

A la demande du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr P._____ a une nouvelle fois examiné l'assuré en date du 11 septembre 2008. Il a conclu son rapport du 12 septembre 2008 à la CNA en ces termes :

« En conclusion, Monsieur F._____ présente très certainement en tant que conséquences de l'accident du 19 septembre 2005 une anosmie à considérer comme définitive justifiant la reconnaissance d'une perte à l'intégrité de 15%. Il n'y a pas d'autre atteinte significative du système nerveux central et périphérique. Les anomalies mises en évidence aux différents bilans neuropsychologiques sont à considérer comme très discrètes et les plaintes en direction d'un syndrome subjectif post-traumatique me paraissent également actuellement à la limite du significatif. Par contre, Monsieur F._____ présente toujours un certain degré d'état anxio-dépressif expliquant vraisemblablement l'incapacité de travail transitoire présentée du 29 mars au 6 avril 2008 en relation ou sans relation effective avec la prise médicamenteuse. »

d) Un nouvel examen neuropsychologique a eu lieu à l'Hôpital J._____ le 29 avril 2010. Sous la rubrique « anamnèse » du compte-rendu dressé à cette occasion, il était relevé que l'assuré résidait en

Suisse depuis 1992. Il s'était d'abord établi en Suisse alémanique avant de s'installer à W. _____ en 1997-1998. Père de deux enfants âgés de 5 et 11 ans, l'assuré éprouvait des difficultés à planifier ses activités (par exemple l'organisation d'une journée à Berne). Il s'occupait de l'administration du ménage mais son épouse devait contrôler les tâches accomplies car il se pouvait que l'assuré commette des oublis. Dans son activité professionnelle, il ne se rappelait pas de tous les arrêts de chacune des lignes de bus, de sorte qu'il devait consulter le plan. S'il ne rencontrait certes pas de difficultés au travail, il n'en demeurait pas moins qu'il lui fallait se reposer les jours de congé. Alors qu'il oeuvrait à temps plein, le médecin avait suggéré une réduction du taux d'activité à 80%. La seconde partie du rapport concernait les plaintes exprimées par l'assuré. Celles-ci avaient trait à la mémoire, à la concentration et au sommeil. Il faisait état d'une péjoration depuis une année qui l'obligeait à tout devoir noter par écrit afin de ne rien oublier. Un début de découragement était rapporté. En ce qui concerne la capacité de concentration, l'assuré signalait qu'il ne lui était pas possible de regarder la télévision car il était dérangé par le bruit causé par ses enfants. Un isolement social était mentionné. En outre, sa femme souffrait de dépression ce qui l'obligeait à s'astreindre à un traitement médicamenteux. Elle ne pouvait toutefois pas compter sur l'aide de son mari. Elle seule sortait avec les enfants, l'assuré déclarant ne pas oser, ce qui le peinait, le seul moment passé avec eux étant celui des repas pris en commun. Il déclarait aussi redouter les questions de ses enfants, car, étant dans l'incapacité de trouver la réponse, il se mettait en colère. Il était par ailleurs sujet à des accès de fatigue, qui l'obligeaient à faire une sieste l'après-midi. Même en prenant des somnifères tous les soirs, l'assuré constatait que les médicaments restaient sans effet, dès lors qu'il ne dormait que quatre heures et demie par nuit.

Dans un courrier que l'entreprise H. _____ a adressé le 29 avril 2010 à l'assuré, il était retenu ce qui suit :

« Nous sommes effectivement préoccupés par rapport à vos troubles de concentration, de mémoire et de sommeil, requérant toute votre énergie pour faire face à votre métier de conducteur, ne vous

permettent pas d'assurer un sain équilibre entre votre activité professionnelle et votre vie familiale. Nous vous prions donc de prendre rendez-vous avec notre médecin conseil, le Dr A. _____ (...), pour évaluer avec lui si une activité à 100% dans la conduite professionnelle est compatible avec vos problèmes de santé.

Nous avons pris note que vous organisez vos journées de sorte à ce que vous puissiez vous reposer soit entre deux tours de service soit dans l'après-midi en prenant des tours du matin. Cette planification vous permet d'assurer une présence sécuritaire sur le réseau malgré les difficultés mentionnées. Selon vos dires, les micro-absences enregistrées sont également nécessaires pour que vous puissiez récupérer d'une fatigue importante générée par ces troubles. »

Dès le 10 mai 2010, l'assuré a réduit son taux d'activité à 80% en raison d'une fatigabilité accrue et de troubles de la concentration.

Le 1^{er} juin 2010, l'employeur de l'assuré a déposé une nouvelle déclaration de sinistre. Il a invoqué une rechute survenue en date du 7 mai précédent.

Un entretien neuropsychologique a eu lieu à l'Hôpital J. _____ en date du 16 juin 2010. De la note d'entretien, il ressort que le bilan neuropsychologique du 29 avril 2010 était superposable à l'examen du 10 juillet 2008 avec notamment un accès lexical réduit. L'épouse de l'assuré a rempli un formulaire sur les changements de personnalité de son mari selon l'échelle d'Iowa.

Dans une lettre du 5 novembre 2010 à la CNA, le Dr D. _____ a posé les diagnostics suivants : « problèmes de médecine générale banaux ; état anxieux et dépressif intermittent de 1997 à 2001 ayant nécessité des SSRI [réf. : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine] de manière intermittente ; hospitalisation de 48 h à M. _____ pour des troubles de l'adaptation avec idées suicidaires ; gastrite nodulaire à Helicobacter ; candidose oesophagienne ; tabagisme chronique ; excès pondéral ; prostatisme traité par Alfuzosin. »

Une IRM cérébrale a eu lieu à l'Hôpital J. _____ le 10 février 2011. Elle a mis en évidence une séquelle post-traumatique sous forme

d'une gliose en hypersignal T2 basi-frontale prédominant à droite et un minime liseré d'hémosidérine au sein de cette séquelle, des deux côtés.

Chargé par la CNA de procéder à une appréciation neurologique de l'assuré, le Dr K._____, spécialiste en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie, rattaché au Centre de compétence de la CNA, a déposé son rapport libellé en allemand en date du 11 avril 2011. Une traduction en français a été réalisée dans un document daté du 17 mai 2011. Il a en substance préconisé des investigations complémentaires si l'assuré devait continuer à se sentir incapable de travailler à plus de 80% dans son activité habituelle de conducteur de bus au cours de l'année 2011. Il s'agirait de se demander, dans cette hypothèse, si cet état de fait pourrait s'expliquer par un trouble psychique ou psychiatrique, le cas échéant d'origine accidentelle. Il a ajouté qu'au cas où l'examen de psychiatrie des assurances ne réussirait pas à mettre en évidence des troubles psychiques et psychiatriques, la problématique d'une éventuelle modification de la personnalité de l'assuré d'origine organique cérébrale pourrait faire l'objet d'une analyse neurologique au sein de la Division de médecine des assurances de la CNA.

Par décision du 19 juillet 2011, faisant suite à un préavis du 14 juin précédent, la CNA a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychogènes présentés par l'assuré et l'accident du 19 septembre 2005, de sorte que l'incapacité de travail de 20% attestée dès le 10 mai 2010 n'était pas à sa charge. Elle a également mis un terme avec effet au 14 juin 2011 à la prise en charge des frais de traitement médicaux pour les seuls troubles consécutifs à l'accident du 19 septembre 2005.

Le 17 août 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision par l'intermédiaire du syndicat du personnel des transports. Il a demandé que les investigations mentionnées par le Dr K._____, notamment sur le plan psychiatrique, soient effectuées.

Un examen psychiatrique de l'assuré a ainsi été réalisé en date du 6 décembre 2011 par le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil du service de psychiatrie des assurances de la CNA. Dans son rapport daté du jour de l'examen, il a posé le diagnostic d'anxiété généralisée (F 41.1) et s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation » :

« Cet assuré a été victime d'un traumatisme crânio-cérébral modéré le 19 septembre 2005 lors de l'accouchement de son épouse. Il présente depuis lors de manière quasiment constante une anxiété importante.

Je pose le diagnostic d'anxiété généralisée en raison de la présence d'une anxiété constante, de troubles du sommeil, de sensations épigastriques, d'impression de devoir chercher ses mots et de ne jamais vraiment se sentir bien.

J'exclus un diagnostic d'état de stress post-traumatique car les symptômes cardinaux d'un tel trouble sont absents (pas de flash-back, pas de ruminations incessantes, pas de conduite d'évitement). J'exclus également un trouble dépressif car les fonctions instinctuelles (appétit et sexualité) sont préservées. Seul le sommeil est perturbé. L'irritabilité et le retrait social dont se plaint l'assuré ne sont pas des signes suffisants pour poser un diagnostic de trouble dépressif. J'exclus également un trouble dissociatif car cet assuré ne présente aucune théâtralité ni la « belle indifférence ».

J'exclus un trouble spécifique de la personnalité. En effet, ce patient ne présente pas des particularités de comportement ou de pensées telles qu'elles aient eu un impact soit sur sa vie sociale soit sur sa vie professionnelle. Certes ce patient est anxieux et a vraisemblablement toujours été anxieux, même avant l'accident du 19 septembre 2005. C'est vraisemblablement en raison de cette anxiété que s'est produit cet accident. Mais cette anxiété n'est pas telle qu'elle justifie un diagnostic de personnalité anxieuse.

Le trouble psychique que présente l'assuré sous forme d'anxiété généralisée est en lien de causalité naturelle partielle avec l'accident du 19 septembre 2005. Comme je l'ai mentionné plus haut, cet assuré présente une complexion anxieuse de longue date. L'accident du 19 septembre 2005 a accentué ce trait de personnalité. Depuis lors il présente de manière manifeste une anxiété généralisée.

De juillet 2006 à mai 2010, l'assuré a pu assumer son activité professionnelle à plein temps sans manifestations particulières de troubles psychiques. En effet, il n'a pas provoqué d'accidents, même sans gravité, au cours de sa conduite. Il n'a pas présenté un nombre élevé d'absences au travail. Il s'est plaint d'une fatigue et d'un épuisement. Mais aucun facteur extérieur ne peut être mis en évidence qui puisse avoir déstabilisé l'assuré. De même aucun signe objectif de cette fatigue n'a pu être mis en évidence.

Il n'est donc pas possible d'admettre un lien de causalité naturelle entre l'aggravation subjective des troubles depuis le mois de mai 2010 et l'accident du 19 septembre 2005. De même il est difficile d'admettre que ces troubles subjectifs puissent avoir un retentissement sur la capacité de travail de l'assuré. »

Par décision du 17 février 2012, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, confirmant par là même la décision rendue le 19 juillet 2011.

B. Par acte de son nouveau mandataire du 21 mars 2012, complété le 16 avril suivant, F._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Dans son mémoire complémentaire, il conclut sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée. Cela fait, il demande, à titre principal, que son droit à des prestations de l'assurance-accidents soit déterminé à dire d'expert et, subsidiairement, que la cause soit renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction. En premier lieu, le recourant se plaint d'une violation du principe inquisitoire. Il estime que l'intimée n'a pas correctement instruit la cause, d'une part, parce qu'elle s'est fondée sur un dossier incomplet et, d'autre part, parce qu'elle n'a pas mis en œuvre un complément d'instruction à la suite des constatations effectuées par le Dr R._____, médecin assistant au service de radiologie de l'Hôpital J._____, qui a mis en évidence lors d'une IRM cérébrale du 10 février 2011 une séquelle post-traumatique sous forme d'une gliose en hypersignal T2 basi-frontale bilatérale prédominant à droite ainsi qu'un minime liseré d'hémosidérine au sein de cette séquelle des deux côtés. Estimant qu'il s'agit d'une lésion accidentelle objectivable, le recourant déplore que les conséquences de cette dernière n'ont pas été instruites par l'intimée. Dans un second grief, le recourant reproche à l'intimée une appréciation arbitraire des preuves. Il considère que le rapport du Dr B._____ serait dépourvu de valeur probante car ses conclusions seraient contradictoires et il ne serait de surcroît pas fondé sur des examens approfondis (durée de l'examen et dossier incomplet). De plus, le recourant relève que le Dr K._____ s'est prononcé sur la seule base du dossier, au demeurant incomplet. Le recourant prétend enfin que l'intimée aurait violé la jurisprudence relative aux accidents avec

traumatismes crânio-cérébraux. Se fondant sur la jurisprudence publiée aux ATF 134 V 109, il estime qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en œuvre eu égard à la séquelle post-traumatique présentée sous forme d'une gliose hypersignal T2, à l'intensité des douleurs ayant persisté plus de six mois après le traumatisme ainsi qu'à l'importance de l'incapacité de travail, compte tenu d'une invalidité permanente de 20%. Pour le surplus, le recourant sollicite la tenue de débats publics en invoquant l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 11 novembre 2011 sous la référence 9C_198/2011.

Dans sa réponse du 15 mai 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle considère que cette dernière repose sur une instruction qui a été correctement effectuée, de sorte que c'est à juste titre que l'existence d'un lien de causalité a été niée entre l'accident de 2005 et l'aggravation ultérieure des troubles survenue en 2010. Elle estime donc que la chute survenue en 2005 ne donne pas droit à une rente d'invalidité, pas plus qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à celle ayant déjà été versée.

Par réplique du 5 juin 2012, le recourant a maintenu ses réquisitions tendant à la mise en œuvre des moyens de preuve sollicités ainsi qu'à la tenue de débats publics. Il conclut à de plus amples prestations de l'assurance-accidents, en particulier aux prestations suivantes, soit, « d'une part, au versement d'une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité à dire d'expert et, d'autre part, d'une rente d'invalidité LAA calculée sur un taux de 20% ».

En date du 3 juillet 2012, le recourant a fait parvenir au tribunal une nouvelle écriture dans laquelle il a déclaré maintenir ses conclusions. Y étaient joints un certificat du Dr D._____ du 15 juin 2012, une lettre du 31 mai 2012 du service de psychiatrie générale de l'Hôpital J._____ adressée au Dr D._____ et faisant suite à trois consultations en date des 8 mars, 16 mars et 27 mars 2012 ainsi qu'un compte rendu du 22 juin 2012, également à l'intention du Dr D._____, de l'examen

neuropsychologique effectué à l'Hôpital J._____ le 18 juin 2012 avec lettre d'accompagnement datée du 22 juin 2012 de la Prof. X._____.

Dans son rapport du 31 mai 2012, le Dr L._____, chef de clinique, a diagnostiqué, selon la DSM-IV, un trouble dépressif chronique, épisode actuel moyen ainsi qu'une modification de la personnalité due à un traumatisme crânio-cérébral. Il a écrit ce qui suit sous l'intitulé « discussion » :

« Sur le plan diagnostique, nous retenons en premier lieu un épisode dépressif chronique (plus de deux ans, sans période de rémission). En effet, le patient présente des symptômes tels qu'une humeur déprimée tout au long de la journée et présente tous les jours, une perte d'intérêt pour presque toutes les activités et les loisirs, accompagnée d'un isolement social, des troubles du sommeil (insomnie), accompagnés d'une fatigue accrue tout au long de la journée, d'une perte de l'appétit, d'un sentiment de culpabilité excessif, de troubles de la concentration et des oublis fréquents (qui sont à mettre en lien avec le TCC) [traumatisme crânio-cérébral, réd.] et des idées de mort passées. A noter qu'actuellement et sous traitement par antidépresseurs, les symptômes dépressifs présentés par le patient se sont déjà fortement améliorés. Ceci laisse donc sous-entendre que le patient vivait auparavant un épisode dépressif sévère. Il est nécessaire de préciser que ce diagnostic est à nos yeux présent depuis l'accident du patient et est donc à mettre en lien avec celui-ci.

Nous retenons également une modification de la personnalité due à un TCC, au vu de l'anamnèse du patient et de ses plaintes actuelles (accès de colère, irritabilité, perte de confiance en lui, faible estime de soi, peur de tout, isolement social et affectif). Par ailleurs, ces diagnostics semblent corroborés par le dernier examen neuropsychologique effectué en juin 2010 par Mme V._____, psychologue adjointe, M. Z._____, logopédiste et la Prof. X._____, cheffe de service, qui concluent, au premier plan, à une modification de la personnalité et de l'humeur, associée à un accès lexical réduit, 4 ans et 9 mois post-TCC avec contusions bi-frontales basales antérieures.

(...)

Le patient lui-même n'étant pas désireux d'un suivi, nous restons à disposition au besoin. »

Quant au compte rendu du 22 juin 2012 faisant suite à l'examen neuropsychologique du 18 juin précédent, il se concluait en ces termes :

« En regard du bilan précédent (16 juin 2010), cette évaluation est globalement superposable, avec la persistance d'un accès lexical réduit et de modifications de la personnalité (légère impulsivité de type urgence à une échelle d'impulsivité auto-administrée ; modifications toutefois améliorées subjectivement). On relève, par ailleurs, la présence d'une sensibilité aux interférences, d'une tendance aux fausses reconnaissances à une épreuve de mémoire antérograde épisodique visuelle et d'une fatigabilité attentionnelle modérée après 1 h 30 d'examen. Sur le plan strictement neuropsychologique, une diminution ou répartition homogène des horaires de travail est souhaitable, notamment compte tenu de la fatigabilité.

DC : accès lexical réduit, sensibilité aux interférences, fausses reconnaissances en mémoire antérograde épisodique visuelle, fatigabilité et modifications de la personnalité. »

Dans sa lettre d'accompagnement du 22 juin 2012, la Prof. X._____ a écrit que les troubles constatés pouvaient être interprétés comme des séquelles des contusions bi-frontales décrites à la suite du traumatisme crânio-cérébral du 19 septembre 2005.

Se déterminant en date du 24 août 2012, l'intimée indique que les nouvelles pièces médicales produites ne remettent pas en question ses conclusions. L'examen neuropsychologique pratiqué en juin 2012 est surperposable à celui effectué en juin 2010. Quant à l'évaluation psychiatrique de mai 2012, elle ne contredit pas les conclusions déjà présentes dans le dossier, notamment celles du 6 décembre 2011 du Dr B._____. En conséquence, l'intimée maintient ses conclusions tendant au rejet du recours.

Dans une lettre du 3 septembre 2012, le recourant fait remarquer que les rapports des 31 mai 2012 et 22 juin 2012 permettent de se déterminer sur la causalité naturelle entre l'accident du 19 septembre 2005 et les troubles constatés. Il fait remarquer que la Prof. X._____ confirme que les troubles neuropsychologiques sont de nature traumatique et en rapport avec les contusions bi-frontales du traumatisme crânio-cérébral du 19 septembre 2005. Le Dr L._____ estime lui aussi que le trouble dépressif chronique et la modification de la personnalité sont dus à ce même traumatisme. Par conséquent, le recourant déclare maintenir ses conclusions.

Par mémoire du 25 octobre 2013, le recourant a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise. Se référant à la jurisprudence publiée aux ATF 135 V 465, il rappelle qu'il convient d'ordonner une expertise confiée à un médecin externe à l'assurance si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne. Tel est selon lui le cas en l'occurrence, au vu de l'instruction lacunaire conduite par l'intimée et des appréciations médicales contradictoires contenues dans le dossier. Le recourant a par ailleurs produit un lot de pièces, qui ont déjà été versées, soit au dossier administratif, soit à celui du tribunal.

Le 2 décembre 2013, l'intimée a fait savoir que les pièces déposées par le recourant ne pouvaient remettre en question sa position, selon laquelle les troubles somatiques liés à l'accident ne pourraient avoir une influence sur la capacité de travail du recourant à l'heure actuelle, respectivement au jour de la décision attaquée. Quant aux troubles d'ordre psychique, ils sont tout au plus en relation de causalité naturelle partielle avec l'accident du 19 septembre 2005, mais en aucun cas dans une relation de causalité adéquate avec celui-ci. Il n'y a ainsi pas lieu de mettre en œuvre des investigations complémentaires et l'intimée s'oppose à la requête d'expertise formulée par le recourant. Elle maintient pour le surplus ses conclusions précédentes.

Dans une ultime écriture du 23 décembre 2013, le recourant observe que les IRM cérébrales et les examens neuropsychologiques pratiqués ont révélé des contusions hémorragiques bifrontales avec deux fractures ayant entraîné la symptomatologie invalidante. Des lésions traumatiques objectivables ont donc été mises en évidence d'un point de vue organique, de sorte qu'il convient d'en tenir compte dans l'appréciation de l'existence d'un lien de causalité. Il a intégralement maintenu ses conclusions.

Le 28 janvier 2014, l'intimée a déclaré maintenir ses conclusions pour les motifs développés dans ses précédentes écritures.

C. Une audience de jugement a été tenue en date du 18 novembre 2014. Du procès-verbal dressé à cette occasion, il ressort notamment ce qui suit :

« Le conseil du recourant déclare d'emblée maintenir sa conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise neurologique, voire psychiatrique, expliquant à cet égard que des lésions cérébro-organiques ont été objectivées. Or, la CNA estime que de telles lésions font défaut. Si l'accident paraît banal, tel n'est en revanche pas le cas des lésions subies lesquelles ont perduré plus de six mois. Me Duc rappelle que la jurisprudence indique que, dans de tels cas, une expertise doit être mise en œuvre. En l'état, on ne peut donc écarter l'existence de séquelles de l'accident de 2005, sans mettre en œuvre une expertise neurologique, voire neuro-psychologique.

De son côté, Me Derivaz estime que le dossier est suffisamment instruit. Les IRM de 2010 et 2011 ont été soumises à l'appréciation de la division médicale de l'intimée, qui s'est déterminée à leur sujet. S'agissant de la suggestion du Dr K. _____ de faire procéder à une analyse neurologique, il déclare ne pas avoir de réponse à ce sujet.

Le recourant indique travailler à 80% et précise qu'il ne peut travailler plus de 3 jours consécutifs, puis il s'arrête un jour. Avant de travailler officiellement à 80%, il prenait souvent un jour de congé, sans devoir présenter de certificat médical, pour récupérer. L'employeur a remarqué cela suite à quoi il a été examiné par le médecin-conseil de l'employeur qui a retenu un taux d'activité de 80%. A l'entreprise H. _____, il y a un système selon lequel le collaborateur choisit ses jours de présence et de congé. Les jours de congé, fériés et de vacances, le recourant ne les passe plus au lit. Aujourd'hui, les jours de congé, après avoir mangé, il n'a plus besoin de se reposer mais peut continuer la journée. Entre les tranches de travail, il a deux-trois heures de pause pour se reposer. Pour cela, il va à la maison. A cause de la fatigue, il n'arrivait pas à se concentrer au travail et il lui arrivait, par exemple, d'oublier des arrêts ou de ne pas voir les voitures aux feux rouges. Il se sent bien au travail car il n'est pas seul et cela l'oblige à sortir de la maison. A 80%, il n'a plus de vertiges, ce qui était le cas à plein temps en levant la tête ou en tournant rapidement la tête. 80% est un taux d'activité qui lui convient.

Sur question, le recourant déclare qu'il n'y a pas eu de changement quant à la qualité de son travail. Il n'y a pas de problèmes de concentration à 80%, ce qui était le cas à plein temps. Il n'y a pas de tests de concentration par l'entreprise H. _____. Peu de temps après le traumatisme en 2005, le recourant a demandé à pouvoir conduire avec quelqu'un pour apprécier son aptitude à la conduite. Tous les cinq ans, il y a un examen spécialisé pour juger de l'aptitude à conduire à l'entreprise H. _____. Le Dr A. _____, médecin-conseil à l'entreprise H. _____, a fait passer ce test et a estimé que le recourant était apte à conduire à 80% et qu'il fallait

continuer à ce taux. Il n'a pas dit qu'un plein temps pouvait être tenté.

A la suite de l'accident, sa vie privée a changé ; aujourd'hui, il a une fille de 15 ans et un fils de 9 ans. Le recourant déclare ne pas avoir bien pu suivre l'éducation de son fils, car, quand il travaillait à plein temps, il était fatigué et irritable ; ce problème n'existait pas avec sa fille avant l'accident de 2005, quand elle était petite. La femme du recourant se retrouve actuellement (depuis une année à deux ans) dans un état dépressif. En vacances au Portugal, il est nécessaire qu'il puisse rentrer à la maison à midi pour se reposer un peu. Il convient donc de ne pas trop s'éloigner de la maison des beaux-parents. Le recourant précise n'avoir jamais pu jouer au ballon ou faire d'autres activités avec son fils, car il était irritable. A 80%, il arrive à mieux gérer les choses et il peut se consacrer davantage à son fils. Il est arrivé en Suisse en 1991 environ. Il précise que les entretiens avec les médecins ont lieu en français. Il ajoute que ses enfants avaient peur de ses réactions quand il travaillait à plein temps à cause de son irritabilité, de sorte qu'ils n'osaient pas lui poser de questions.

Le recourant ajoute qu'après une période de maladie suite à son taux d'activité trop élevé, il était passé au taux de 80% sur avis médical, en particulier du Dr A._____.

Les problèmes de mémoire subsistent même à 80%. Pour les activités quotidiennes (par exemple soins corporels), le recourant est contraint d'avoir recours à des moyens de nature à l'aider à se rappeler des tâches à effectuer (listes écrites). Avant son accident, il n'avait pas de peine à trouver ses mots, tant en français qu'en portugais. Or, c'est le cas aujourd'hui. Depuis l'accident, il éprouve des difficultés à se rappeler le nom des personnes. Le recourant fait par ailleurs état de divers problèmes personnels début des années 2000 ; il avait alors décidé de chercher de l'aide ; il a donc séjourné à M._____. C'était en 2001 et cela n'a rien à voir avec l'accident, objet de la présente procédure.

Le recourant relève toutefois que le rapport dressé par les médecins de M._____ souligne qu'il insistait pour pouvoir reprendre le travail. En outre, il relève avoir sollicité son employeur après l'incident litigieux pour également reprendre le travail et avoir ainsi tout mis en œuvre pour ne pas rester à la maison mais pour être occupé, ce qui était préférable pour lui.

Le recourant fait toujours état, après l'accident, de difficultés de mémoire. Elles subsistent même s'il parvient mieux à se concentrer et, au moins dans une mesure, à les surmonter. Le recourant compare sa mémoire à un magasin désorganisé. Parfois, il trouve, parfois non. Les problèmes de mémoire sont toujours présents, mais le recourant est mieux à même d'y faire face. Il s'adapte aujourd'hui mieux à ses problèmes.

L'instruction est close.

La parole est donnée à Me Duc qui plaide pour le recourant et dépose un procédé écrit contenant ses notes de plaidoirie. Il a également remis une copie de la table 8 relative à l'indemnisation

des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Le mandataire de l'intimée a reçu un double de chacun de ces documents. Me Duc conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité de 20%, à la prise en charge des frais de traitement et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à chiffrer par le médecin de la CNA.

Puis Me Derivaz plaide pour l'intimée et maintient les conclusions prises dans le cadre de ses écritures en procédure.

Me Duc renonce à répliquer.

Les débats sont clos. »

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). 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, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé ainsi qu'à une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi

vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a a contrario et al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents calculée sur un taux de 20% ainsi qu'à une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité.

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) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire 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; 118 V 286

consid. 1b p. 289 s. et les références; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337 sv. et l'arrêt cité). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2).

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) (SVR 2009 UV n° 3 p. 9, arrêt 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2; TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et

l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références; TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.4).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). Il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss; 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 ss, U 277/04 du 30 septembre 2005, et les références). Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en

distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00 du 12 octobre 2000]; cf. également ATF 134 V 109 consid. 2.1 et 9.5 ; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2, et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1; 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.5).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 5.2.1).

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; TF 8C_330/2012 du 19 avril 2013 consid. 6.1).

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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; cf. aussi TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

On rappellera encore que, même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 paragraphe 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471 ; TF 9C_800/2013 du 7 mars 2014 consid. 3.3).

5. Le 19 septembre 2005, alors qu'il assistait à l'accouchement de son épouse, le recourant a été victime d'un malaise vaso-vagal, ce qui a provoqué une chute sur la tête avec perte de connaissance de deux minutes environ. Il n'est pas contesté que cet événement constitue un accident au sens de la loi (art. 4 LPGA). Se pose en revanche la question de savoir si et dans quelle mesure les troubles ayant induit une incapacité

de travail de 20% à compter du mois de mai 2010 sont imputables à l'accident du 19 septembre 2005. Il convient de distinguer les atteintes à la santé somatique, plus précisément neurologique, et celles relevant de la sphère psychique.

a) A l'issue du séjour de l'assuré au service de neurochirurgie de l'Hôpital J._____, le 26 septembre 2005, celui-ci présentait un ralentissement et des difficultés attentionnelles. L'examen neuropsychologique du 2 décembre 2005 a montré l'apparition d'un ralentissement modéré de l'accès lexical dans le cadre d'un examen se situant par ailleurs dans les limites de la norme, avec notamment la normalisation des fonctions attentionnelles. Le 14 mars 2006, un nouveau bilan neuropsychologique a été effectué, au cours duquel la disparition du ralentissement de l'accès lexical a été constatée par rapport à l'examen du 2 décembre 2005. Il s'est pour le surplus révélé dans les limites de la norme. Pour sa part, le Dr P._____ note dans son rapport du 27 mars 2006 que l'examen clinique pratiqué est sans anomalie significative, hormis une anosmie, même si l'ensemble des éléments à sa disposition le conduit à retenir l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral modéré à moyennement important. Il est d'avis que celui-ci a entraîné un syndrome post-commotionnel avec des troubles neuropsychologiques modérés. Ce point de vue est confirmé par l'examen neuropsychologique pratiqué à l'Hôpital J._____ le 25 juin 2007, au cours duquel des troubles modérés de la mémoire antérograde verbale et de l'accès lexical ont été signalés. Même si l'irritabilité a évolué de manière favorable, des plaintes de type post-traumatique persistaient. Lors de l'examen de contrôle du 10 juillet 2008, les neuropsychologues ont constaté la normalisation de la mémoire antérograde et la persistance du ralentissement de l'accès lexical chez un patient présentant des signes probables de la lignée anxieuse et des plaintes de type post-traumatique. Un nouvel examen neurologique a été réalisé par le Dr P._____ en date du 11 septembre 2008. Dans son rapport daté du lendemain, il note que celui-ci est superopsable au bilan pratiqué en 2006, permettant de retrouver une anosmie sans altération des modalités fondamentales du goût, une oculomotricité un peu saccadée, mais sans atteinte auditivo-vestibulo-cérébelleuse significative.

Il estime qu'hormis l'anosmie, l'assuré ne présente pas d'autre atteinte significative du système nerveux central et périphérique et considère que les anomalies mises en évidence aux différents bilans neuropsychologiques sont très discrètes, les plaintes en direction d'un syndrome subjectif post-traumatique lui paraissant à la limite du significatif. Un nouvel examen neuropsychologique a eu lieu le 29 avril 2010 au cours duquel un ralentissement de l'accès lexical, des signes probables de la lignée anxieuse et de nombreuses plaintes de type post-traumatique ont été constatés. Toutefois, ce bilan est superposable à l'examen du 10 juillet 2008, avec de bonnes performances mnésiques, exécutives et attentionnelles. Il était toutefois relevé que le patient formulait davantage de plaintes post-traumatiques, tant spontanément qu'aux échelles auto-évaluatives. Quant à l'entretien neuropsychologique du 16 juin 2010, il a mis en évidence au premier plan une modification de la personnalité et de l'humeur, associée à un accès lexical réduit. Enfin, le Dr K. _____ considère qu'à l'exception de l'anosmie, l'assuré ne présente aucun déficit neurologique et que l'incapacité de travail de 20% attestée depuis le mois de mai 2010 ne peut se justifier d'un point de vue neurologique par des suites objectivables de nature neurologique de l'accident de septembre 2005. Il a cependant suggéré une évaluation psychiatrique en cas de prolongation de l'incapacité de travail de 20% aux fins de déterminer l'existence d'un éventuel trouble de la personnalité, qui serait survenu après l'accident du mois de septembre 2005.

b) Se conformant à la proposition du Dr K. _____, l'intimée a prié le Dr B. _____ de procéder à un examen psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 6 décembre 2011, celui-ci pose le diagnostic d'anxiété généralisée, en raison de la présence d'une anxiété constante, de troubles du sommeil, de sensations épigastriques, d'impression de devoir chercher ses mots et de ne jamais vraiment se sentir bien. Il exclut en revanche le diagnostic d'état de stress post-traumatique car les symptômes cardinaux d'un tel trouble sont absents (pas de flash-back, pas de ruminations incessantes, pas de conduite d'évitement). Il exclut également un trouble dépressif car les fonctions instinctuelles (appétit et sexualité) sont préservées. Seul le sommeil est perturbé, l'irritabilité et le

retrait social dont se plaint l'assuré n'étant pas des signes suffisants pour poser un diagnostic de trouble dépressif. Il ne retient pas de trouble dissociatif car le recourant ne présente aucune théâtralité ni la « belle indifférence » et il écarte finalement un trouble spécifique de la personnalité, dès lors que l'intéressé ne présente pas des particularités de comportement ou de pensée, telles qu'elles aient eu un impact soit sur sa vie sociale, soit sur sa vie professionnelle. Le Dr B. _____ retient toutefois l'existence d'une anxiété, présente de longue date, et qui est selon lui vraisemblablement à l'origine de l'accident du 19 septembre 2005, d'où un lien de causalité naturelle partielle entre celui-ci et l'anxiété généralisée diagnostiquée. Il estime cependant que l'aggravation subjective des troubles présentés depuis le mois de mai 2010 ne peut pas être mise en relation de causalité naturelle avec l'accident du 19 septembre 2005, puisque l'assuré a pu assumer l'exercice de son activité professionnelle, à plein temps et sans difficultés majeures, de juillet 2006 à mai 2010. A son avis, l'accident n'a fait qu'accentuer le trait de personnalité constitué par l'anxiété. On rappellera dans ce contexte que le Dr P. _____ avait signalé en 2006 et 2008 la présence de facteurs anxio-dépressifs qualifiés de réactionnels.

c) Sur la base de ce qui précède, l'intimée considère, en se référant notamment à l'avis du Dr K. _____, que l'incapacité de travail de 20% n'est pas justifiée par les séquelles objectives neurologiques de l'accident. En effet, la présence de lésions traumatiques significatives n'a pas été retenue. En outre, hormis l'anosmie, aucun déficit neurologique n'a été mis en évidence. Par ailleurs, les suites neuropsychologiques ou cognitives avaient largement disparu lorsque l'assuré avait repris son travail à plein temps le 3 juillet 2006. L'incapacité de travail attestée dès le mois de mai 2010 s'expliquerait dès lors par la dépression diagnostiquée par le médecin traitant. Selon le Dr K. _____, il fallait donc rechercher une éventuelle cause psychique pour rendre compte de cette incapacité et l'intimée a interpellé le Dr B. _____ à cette fin. Après avoir expliqué pour quels motifs il excluait différents diagnostics, il a retenu l'existence d'une anxiété généralisée. A son avis, il existe une causalité naturelle partielle entre cette pathologie et l'accident du 19 septembre

2005. En revanche, il nie tout lien de causalité naturelle entre l'accident en question et une aggravation ultérieure des troubles en 2010, ayant justifié une incapacité de travail de 20%. En conséquence, l'intimée a refusé de la prendre à sa charge.

6. Le recourant conteste la position de l'intimée en produisant notamment en procédure judiciaire deux rapports médicaux, l'un du 31 mai 2012 émanant du service de psychiatrie générale de l'Hôpital J._____ et l'autre du 22 juin 2012 du service de neuropsychologie de ce même établissement. Dans la mesure où ces pièces se rapportent - au moins partiellement - à une situation antérieure à la décision attaquée, il convient de les prendre en considération dans le cadre de la présente procédure (cf. art. 79 al. 2 LPA-VD).

a) Dans son rapport du 31 mai 2012 - qui fait suite à trois consultations (8 mars, 16 mars et 27 mars 2012) en vue d'une évaluation psychiatrique demandée par le médecin traitant (Dr D._____) -, le Dr L._____ pose les diagnostics, selon DSM-IV, de trouble dépressif chronique, épisode actuel moyen et de modification de la personnalité due à un traumatisme crânio-cérébral. Au regard de la symptomatologie présentée (humeur déprimée, irritabilité, perte d'intérêt pour presque toutes les activités et les loisirs, isolement social, troubles du sommeil sous la forme d'une insomnie, fatigue, perte d'appétit, sentiment de culpabilité, troubles de la concentration, oublis fréquents et idées de mort), le Dr L._____ estime que l'assuré présente un épisode dépressif chronique, soit d'une durée de plus de deux ans, sans période de rémission. Il constate toutefois que les antidépresseurs prescrits ont amélioré les symptômes dépressifs, ce qui laisserait entendre que l'assuré présentait auparavant un épisode dépressif sévère. Il ajoute que, selon lui, ce diagnostic est présent depuis l'accident du 19 septembre 2005 et doit donc être mis en relation avec celui-ci.

L'appréciation du Dr L._____ ne saurait être suivie. Si un épisode dépressif sévère avait existé depuis l'accident et avait été aussi grave que le prétend le Dr L._____, on ne comprend pas pour quelles

raisons le recourant n'a pas fait l'objet d'un suivi sur le plan psychiatrique durant ce laps de temps. Il ne le prétend d'ailleurs pas. Il a en outre fait savoir au Dr L. _____ qu'il ne le souhaitait pas. De plus, les médecins ne semblent pas le lui recommander. Or, on aurait pu s'attendre à ce que tel soit le cas en présence d'une pathologie aussi lourde qu'un épisode dépressif sévère, même si celui-ci a fait place à un trouble dépressif chronique, épisode actuel moyen. Mais il y a plus. On peine en effet à comprendre qu'après l'accident du mois de septembre 2005, l'assuré ait pu travailler à 100%, notamment comme chauffeur professionnel, s'il avait présenté une dépression sévère après le traumatisme crânio-cérébral subi à la suite de cet événement. Le Dr L. _____ ne fournit aucune explication sur ce point. Quant à la modification de la personnalité due au traumatisme crânio-cérébral, elle n'est pas vraiment objectivée puisqu'elle repose essentiellement sur les plaintes du patient. Or, le Dr P. _____ a qualifié ledit traumatisme de modéré à moyennement important, ce qui fait douter qu'il puisse avoir eu une telle incidence. Il convient bien plutôt à cet égard d'admettre, avec le Dr B. _____, que l'accident du 19 septembre 2005 a accentué l'anxiété présentée par l'assuré de longue date et attestée notamment par le Dr D. _____ dès 1997. Pour le surplus, on observe que le Dr L. _____ ne discute pas l'appréciation effectuée par le Dr B. _____ et n'explique pas pour quelles raisons il s'en écarte. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que l'appréciation du Dr L. _____ constitue une appréciation différente d'un même état de fait. Au reste, il ne se prononce pas sur la capacité de travail. Il suit de là que le rapport du Dr L. _____ ne remet pas en cause les conclusions du Dr B. _____. Dans son rapport du 6 décembre 2011, celui-ci explique clairement et de manière convaincante pour quels motifs, après avoir écarté certaines pathologies au profit du seul diagnostic d'anxiété généralisée, il retient l'existence d'un lien de causalité naturelle partielle entre l'accident du 19 septembre 2005 et le diagnostic retenu. Quant à la fatigabilité accrue ayant motivé une incapacité de travail dès le mois de mai 2010, il sied de relever, avec le Dr B. _____, que de juillet 2006 à mai 2010, l'assuré a pu assumer son activité professionnelle à plein temps sans manifestations particulières de troubles psychiques. En effet, il n'a pas provoqué d'accidents, même sans gravité, au cours de sa conduite et n'a pas

présenté un nombre élevé d'absences au travail. Il s'est en revanche plaint d'une fatigue et d'un épuisement. Mais aucun facteur extérieur ne peut être mis en évidence qui puisse avoir déstabilisé l'assuré. De même, aucun signe objectif de cette fatigue n'a pu être constaté. L'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'aggravation subjective des troubles depuis le mois de mai 2010 et l'accident de septembre 2005 n'est donc pas rendue vraisemblable.

b) Sur le plan somatique, le recourant a produit un rapport médical du 22 juin 2012 signé notamment par la Prof. X._____, faisant suite à un examen neuropsychologique du 18 juin précédent, effectué à la demande du Dr D._____. Il était conclu à un accès lexical réduit, accompagné d'une sensibilité aux interférences, de fausses reconnaissances en mémoire antérograde épisodique visuelle, de fatigabilité et de modifications de la personnalité. Selon les auteurs du rapport, cette évaluation est globalement superposable à celle effectuée en date du 16 juin 2010 [recte : 29 avril 2010, réd.], elle-même superposable à celle réalisée le 10 juillet 2008, dont le compte-rendu ne figure toutefois pas au dossier. A cette occasion, le recourant aurait réalisé de bonnes performances mnésiques, exécutives et attentionnelles. Cependant, il ressort de l'examen neuropsychologique réalisé à l'Hôpital J._____ le 29 avril 2010 que l'assuré formule des plaintes quant à ses capacités de concentration et de mémorisation. Craignant d'oublier les tâches à accomplir, l'assuré se voit contraint de les coucher par écrit. Il lui est en outre difficile de regarder la télévision, car il se dit dérangé par le bruit causé par ses enfants. Isolé socialement, il ne sort pratiquement plus avec eux et peut se montrer irritable à leur égard. Il fait par ailleurs état de problèmes de sommeil, contre lesquels les somnifères qu'il prétend prendre tous les soirs n'ont que peu d'effets car il ne dort que quatre à cinq heures par nuit. Insuffisamment reposé, il est sujet à une fatigue importante nécessitant une sieste l'après-midi. A la suite de l'examen neuropsychologique réalisé le 18 juin 2012 à l'Hôpital J._____, la Prof. X._____ relève dans une lettre du 22 juin suivant au Dr D._____, en regard du bilan précédent (16 juin 2010), « la présence d'une sensibilité aux interférences, d'une tendance aux fausses reconnaissances à une

épreuve de mémoire antérograde épisodique visuelle et d'une fatigabilité attentionnelle modérée après 1 h 30 d'examen. Sur le plan strictement neuropsychologique, une diminution ou répartition homogène des horaires de travail est souhaitable, notamment compte tenu de la fatigabilité. » Elle en déduit l'existence d'un accès lexical réduit, d'une sensibilité aux interférences, de fausses reconnaissances en mémoire antérograde épisodique visuelle, d'une fatigabilité et de modifications de la personnalité. Dans la lettre d'accompagnement datée du même jour au Dr D._____, elle souligne que « ces troubles peuvent être interprétés comme des séquelles des contusions bi-frontales décrites à la suite du TCC du 19 septembre 2005. » De son côté, le Dr K._____ écrit dans son rapport du 11 avril 2011 (traduit en français le 17 mai suivant) qu' « au cas où l'examen de psychiatrie des assurances ne réussirait pas à mettre en évidence des troubles psychiques et psychiatriques, la problématique d'une éventuelle modification de la personnalité de l'assuré d'origine organique cérébrale pourrait faire l'objet d'une analyse neurologique de part de notre [de la CNA, réd.] Division de médecine des assurances. » Or, le Dr B._____, psychiatre, n'a pas mis en évidence de trouble spécifique de la personnalité (cf. rapport du 6 décembre 2011, p. 5). Certes, en pp. 6 et 7 de son rapport, le Dr K._____ écrit qu'un examen neurologique ou neuropsychologique n'est pas indispensable car l'assuré ne présente pas d'atteinte à l'intégrité importante sur ces deux plans compte tenu de la faible proportion de constatations notables effectuées au cours des examens réalisés en 2006. Il n'en demeure pas moins que l'IRM cérébrale pratiquée à l'Hôpital J._____ le 10 février 2011 a mis en évidence une séquelle post-traumatique sous forme d'une gliose en hypersignal T2 basi-frontale prédominant à droite et un minime liseré d'hémosidérine au sein de cette séquelle, des deux côtés. A cela s'ajoutent les diverses constatations effectuées dans le cadre des examens neuropsychologiques réalisés à l'Hôpital J._____ depuis 2007, en particulier celles ressortant de l'évaluation du 29 avril 2010 précitée. On rappellera dans ce contexte que, selon le Dr K._____, les résultats de l'examen psychiatrique déterminent la mise en œuvre d'une analyse neurologique. En outre, la Prof. X._____ n'exclut pas que les troubles présentés par l'assuré

puissent découler du traumatisme crânio-cérébral subi le 19 septembre 2005.

7. Dans la décision dont est recours, l'intimée explique avoir renoncé, par une appréciation anticipée des preuves, à des investigations complémentaires sur le plan neurologique, au motif que l'examen psychiatrique réalisé par le Dr B._____ n'avait pas permis de mettre en évidence de troubles psychiques significatifs consécutifs au traumatisme subi par l'assuré au mois de septembre 2005. De plus, il n'y avait pas de raison de mettre en doute le bien-fondé de ses conclusions. Ce point de vue ne saurait être suivi.

a) Dans un arrêt rendu en 2008, publié aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en oeuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronification des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (consid. 9.4).

Au considérant 9.5 de l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss; cf. aussi Meyer-Blaser, in : Schaffhauser/Schlauri (édit.), *Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung*, St Gall 1997, p. 9 ss; Rüedi, in :

Gabriela Riemer-Kafka (édit.), Medizinische Gutachten, Zurich 2005, p. 69 ss), mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en oeuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes au sujet du point de savoir si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral (au sujet du degré de la vraisemblance prépondérante généralement applicable en matière d'assurances sociales, cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 et les références; en ce qui concerne l'admissibilité d'une causalité partielle pour établir le lien de causalité, cf. ATF 123 V 43 consid. 2b et les références ; 121 V 326 consid. 2 p. 329 et les références). En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements au sujet du point de savoir si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne

suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes. En effet, ou bien l'existence de plaintes caractéristiques (y compris des troubles de nature psychique) d'un traumatisme de type « coup du lapin » est établie du point de vue médical et les critères déterminants en présence de traumatisme de ce type sont alors applicables, ou bien un tel diagnostic est exclu et le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. Dans la mesure où l'expertise doit notamment trancher le point de savoir si l'atteinte de nature psychique fait partie ou non du tableau caractéristique du traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale ou d'un traumatisme analogue, il n'est pas nécessaire, dans un tel cas, de se fonder sur la distinction opérée par la jurisprudence (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 ; 123 V 98 consid. 2a p. 99 et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531) pour définir quels sont les critères déterminants (cf. TF 8C_124/2007 du 21 novembre 2007 consid. 3.2; voir aussi ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 ; TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.3 et 4.4).

b) En l'espèce, le dossier constitué ne contient pas d'expertise pluri- ou interdisciplinaire mais trois appréciations neurologiques (Drs P._____ et K._____), divers comptes-rendus d'exams neuropsychologiques réalisés à l'Hôpital J._____ entre 2006 et 2012 (Prof. X._____) ainsi qu'une évaluation psychiatrique (Dr B._____). Cela étant, les déclarations du recourant quant à sa situation actuelle et à ses difficultés, tenues lors de l'audience du 18 novembre 2014, paraissent

crédibles et rejoignent dans une large mesure les indications consignées à l'occasion de l'examen neuropsychologique du 29 avril 2010. A cela s'ajoute que, selon la Prof. X._____, les troubles évoqués par le recourant peuvent être imputés au traumatisme crânio-cérébral subi le 19 septembre 2005. On relèvera au demeurant que le dossier de l'intimée ne contient pas un certain nombre de pièces, telles que les comptes-rendus des examens neuropsychologiques des 10 juillet 2008 et 29 avril 2010 ainsi que le rapport de l'IRM cérébrale du 10 février 2011. Certes, les Drs K._____ et P._____ se réfèrent à ces documents dans leurs rapports respectifs, mais on ne peut que s'étonner de l'absence de ces renseignements - qui ne sont pas sans incidence sur le sort du litige - dans le dossier de l'intimée.

c) Il convient, en conséquence, de renvoyer la cause à la CNA afin qu'elle procède à un complément d'instruction. Auparavant, elle devra compléter son dossier en s'adressant notamment à l'Hôpital J._____ en vue d'obtenir les pièces encore manquantes afin que les experts disposent de l'intégralité du dossier asséculo-logique et médical du recourant (cf. consid. 7a supra). Cela fait, il appartiendra à l'intimée de faire procéder à une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA comprenant à tout le moins un volet neurologique, neuropsychologique et traumatologique. Cette expertise devra être confiée à des médecins spécialisés, particulièrement au fait des troubles susceptibles de découler de traumatismes similaires à celui subi par le recourant en septembre 2005 (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5 et consid. 7a supra). Il leur incombera en particulier de répondre à la question de savoir dans quelle mesure l'incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle de conducteur de bus est imputable aux troubles présentés par l'assuré à la suite du traumatisme crânio-cérébral subi le 19 septembre 2005. Au besoin, les experts s'adjoindront les services d'un ou plusieurs spécialistes afin de déterminer la gravité des maux dont souffre le recourant et leur impact éventuel sur sa capacité de travail. On ajoutera que le Tribunal fédéral a récemment précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une

clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision sur opposition rendue par l'intimée le 17 février 2012, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'800 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 17 février 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) en faveur du recourant F._____ est mise à la charge de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour F._____),
- Me Olivier Derivaz, avocat (pour la 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 :