

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er juin 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Pasche, juge, et Mme Rossier, assesseure
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Jana Burytek, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un permis d'établissement, travaillait comme ouvrier pour les E._____, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 4 juillet 2012, l'assuré a été victime d'un accident de la route à R._____, en [...]. Il s'est endormi au volant de sa voiture et a heurté la barrière du côté droit de la route, a fait une embardée à gauche, puis à droite, avant d'effectuer plusieurs tonneaux et de sortir de route. Selon ses déclarations écrites du 24 août 2012 à l'assurance-accidents, Z._____ a perdu connaissance pendant l'accident et a repris conscience après avoir été sorti du véhicule par des tiers. Il a vu des policiers et l'ambulance à bord de laquelle il a été emmené aux urgences à R._____, avec son épouse.

Au département de chirurgie de l'Hôpital général de R._____, le Dr Q._____ a examiné l'assuré. Selon le rapport établi le 4 juillet 2012 par ce médecin, Z._____ avait déclaré avoir été blessé dans un accident de voiture après s'être endormi au volant. Il avait nié avoir perdu conscience. Le Dr Q._____ n'a pas constaté de symptômes ni de signes de commotion. Il a fait état d'une plaie de 5 cm sur la tête, à droite, le crâne étant sans autre signe de traumatisme. Le cou était mobile, indolore à la palpation. Une blessure sur le dos de la main droite, avec une excoriation de 1x1 cm, a également été constatée. Les radiographies n'ont pas mis en évidence de traumatisme osseux.

Le 8 juillet 2012, l'assuré a consulté le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, en se plaignant de douleurs du rachis cervical, de maux de tête, de douleurs dans la main droite, de nervosité et d'un sommeil perturbé. Le Dr N._____ a constaté des mouvements du rachis cervical limités par la douleur, une plaie

d'environ 4 cm dans la région occipitale, un hématome sur le côté gauche du cou, sus-claviculaire, probablement causé par la ceinture de sécurité, ainsi que des traces de laceration sur la main droite. L'assuré se plaignait d'engourdissements de cette main. Le chirurgien a posé les diagnostics de status post distorsion cervicale, d'hématome supraclaviculaire, de névralgies dans la région occipitale et de lésions du plexus brachial droit supérieur. Il a prescrit un traitement conservateur et un arrêt de travail, fixant le prochain contrôle à 7 jours.

Le 17 juillet 2012, le Dr N. _____ a revu l'assuré, constatant une plaie propre. Z. _____ se plaignait encore de céphalées occipitales et d'engourdissements de la main droite. Le médecin a maintenu le traitement en cours et l'arrêt de travail, fixant le prochain contrôle à 14 jours.

A son retour en Suisse, l'assuré a consulté le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Dans un rapport intermédiaire du 28 août 2012, le médecin a posé le diagnostic de «suites de TCC [traumatisme crano-cérébral] (avec perte de conscience) de 50 j., dans un accident de la circulation», avec amnésie et céphalées persistantes, ainsi qu'une réaction dépressive. Il a prescrit un traitement antalgique et antidépressif, ainsi qu'une physiothérapie. Un scanner cérébral n'avait pas mis en évidence de particularité, mais le Dr D. _____ a demandé des examens neurologique et psychiatrique spécialisés.

La CNA a pris en charge les suites de l'accident (traitement médical et indemnité journalière pour perte de gain).

Le Dr D. _____ a adressé son patient à la Dresse C. _____, neurologue, qui l'a reçu le 4 octobre 2012. Lors de l'examen, l'assuré a exposé avoir subi une perte de connaissance de 15 minutes environ lors de l'accident. Son épouse, qui l'accompagnait, n'avait pas été blessée. Il ne se souvenait pas comment il était sorti du véhicule, mais il lui a été décrit qu'il marchait autour du véhicule et qu'un policier l'avait pris en charge. Il se souvenait bien de ce moment, ainsi que du trajet jusqu'à

l'hôpital pour subir des examens. Cinq ou six points de suture occipitaux avaient été posés. Dans les jours suivants, il avait ressenti des douleurs claviculaires gauches au site de passage de la ceinture de sécurité et des céphalées occipitales gauches qui persistaient. Il décrivait des douleurs diffuses aux quatre membres. Il était rentré en Suisse deux semaines plus tard, le temps d'organiser un moyen de transport. Il présentait encore des troubles difficiles à décrire. Sa belle-fille, qui l'accompagnait lors de l'entretien, a expliqué qu'il semblait parfois ne pas réaliser ce qu'on lui disait, ne pas comprendre et ne pas réagir. Lors de l'entretien, la Dresse C. _____ a toutefois constaté que l'assuré était tout à fait vif et répondait de façon fournie et abondante. L'assuré s'est également plaint de céphalées holocrâniennes à type de pression, sans nausée, vomissement ni photophobie. Il présentait plus de 15 jours de maux de tête par mois, pouvait se coucher et se lever avec une céphalée prédominant plutôt dans l'après-midi. Il était irritable depuis l'accident, avec une difficulté à s'endormir et à dormir, avec des réveils fréquents. Il repensait constamment à l'accident, en rêvait et se sentait fautif, imaginant les blessures qu'aurait pu avoir son épouse. En synthèse de son examen, la Dresse C. _____ a exposé :

« Votre patient présente un syndrome de stress post traumatique avec une réaction dépressive associé à des troubles attentionnels et de la concentration ouvrant le diagnostic différentiel avec un syndrome post commotionnel. Initialement, lorsque nous avons discuté de la situation de votre patient par téléphone, j'avais suggéré la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Cependant, après l'avoir vu, d'une part la situation au niveau psychologique est relativement claire et peut justifier les plaintes de votre patient et, d'autre part, si de tels tests sont organisés, il faudrait impérativement qu'ils soient effectués dans la langue du patient. Je vous laisse vous informer auprès de la division autonome de neuropsychologie du G. _____ [G. _____] si ceci est réalisable ou non.

Dans tous les cas actuellement, la prise en charge doit être axée sur les aspects psychologiques/psychiatriques. Idéalement également dans ce contexte, la prise en charge psychiatrique devrait se faire dans la langue du patient. En effet, lui-même verbalise qu'il n'est pas toujours sûr que le traducteur traduise exactement ce qu'il ressent. Durant la consultation, le patient s'est montré tout à fait ouvert, expliquant bien ses sentiments de culpabilité par rapport à cet accident et se posant passablement de questions sur les raisons qui ont amené à l'accident. Il est impératif actuellement

que la situation soit prise en charge rapidement pour tenter d'éviter une chronification.

Le patient maintient actuellement des cervicalgies modérées qui se sont bien améliorées sous traitement de physiothérapie qu'il faut continuer. Cette physiothérapie aura aussi un impact sur les maux de tête de votre patient. Ceux-ci sont probablement d'origine multifactorielle : - traumatique - dans le cadre du syndrome de stress post traumatique, et possiblement également entretenus, - dans le cadre d'un syndrome d'apnées du sommeil probable. Actuellement il a déjà deux traitements antidépresseurs pouvant être utilisés comme traitement de fond pour ces céphalées ; dans ce contexte, je n'ai pas ajouté de 3^{ème} médicament. Si le Trittico devait ne pas être efficace se posera la question d'ici 2 à 3 mois d'un changement thérapeutique vers possiblement de l'Amitriptiline au coucher, que ce soit pour régulariser le sommeil [ou] pour le traitement des maux de tête. Dans le cadre du bilan pour ses céphalées, je lui ai tout de même proposé d'effectuer une IRM cérébrale avec angio-IRM des vaisseaux pré-cervicaux pour exclure une lésion traumatique ou autre, ainsi que de la colonne cervicale. Il me décrit que par le passé il avait une difficulté à la rotation de la tête vers la gauche. Actuellement celle-ci est encore limitée à 75° et est modérément douloureuse.

A l'anamnèse, votre patient décrit un endormissement au volant ayant provoqué l'accident et ceci chez un patient en surpoids et avec un cou relativement court. La première hypothèse est la présence d'une SAS [syndrome d'apnée du sommeil] qui aurait pu justifier l'endormissement. Après demande à l'épouse par téléphone, il se confirme que le patient souffre de ronflements et d'apnées. Dans ce contexte, avec votre accord, j'envoie une copie de cette lettre au Dr K. _____ pour qu'il convoque le patient pour effectuer une polysomnographie. Le patient a verbalisé être soulagé par l'idée qu'il y aurait une cause à son accident.

[...]»

Sous diagnostics retenus, la Dresse C. _____ a mentionné : syndrome de stress post-traumatique associé à une réaction dépressive post accident de la route le 4 juillet 2012, traumatisme cranio-cérébral modéré sur accident de la voie publique, céphalées de type tensionnel chroniques quotidiennes, probablement post traumatisme cranio-cérébral et dans le cadre de la réaction dépressive, suspicion de syndrome d'apnées du sommeil et obésité.

Lors d'un entretien avec l'assuré et son épouse, le 11 octobre 2012, ces derniers ont exposé à un inspecteur de sinistre de la CNA qu'à la

suite de l'accident, l'épouse avait constaté que l'assuré ne bougeait pas ni ne parlait. Du sang s'écoulait le long de son visage. L'épouse a pris peur et a cru qu'il était décédé. Deux personnes sont alors arrivées près de la voiture et l'ont aidée à sortir, puis ont fait de même avec l'assuré. Ce dernier a repris conscience environ 30 minutes plus tard, lorsque la police, puis l'ambulance sont arrivés. Transporté en ambulance à l'hôpital le plus proche, l'assuré a été recousu au niveau d'une plaie située sur la tête. Il souffrait désormais de tout le côté gauche de sa nuque jusqu'à l'épaule et suivait un traitement physiothérapeutique à raison de deux séances par semaine. Le Dr D. _____ l'a adressé à un neurologue, la Dresse C. _____, ainsi qu'à un psychiatre, le Dr H. _____.

Une imagerie par résonance magnétique cérébrale, réalisée le 24 octobre 2012, s'est avérée dans la norme.

Le 14 novembre 2012, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a reçu l'assuré, qui lui a déclaré se sentir physiquement parfaitement bien, hormis quelques douleurs latéro-cervicales gauches, mais présenter des troubles de la mémoire et de la concentration, une grande fatigabilité, des troubles du sommeil et de très fortes céphalées, sus-orbitaires et frontales, sans irradiation, nausées ni vomissements. Le Dr X. _____ a procédé à un examen clinique sommaire, limité à l'examen de la mobilité de la nuque. Cette dernière était ample, symétrique et physiologique, sous réserve d'une légère douleur latéro-cervicale postérieure gauche à la rotation extrême de la tête à droite.

Le 13 décembre 2012, le Dr D. _____ a fait état d'une évolution favorable sur le plan somatique, avec la disparition presque complète des plaintes et limitations fonctionnelles. En revanche, l'état dépressif persistait.

Le 14 décembre 2012, un examen polysomnographique a mis en évidence un syndrome d'apnée du sommeil sévère, pour lequel un appareillage a été prescrit.

Le 1^{er} février 2013, l'assuré a repris le travail à 50 %.

Le 4 février 2013, les psychiatres M. _____ et H. _____ ont établi un rapport à l'intention du médecin conseil de la CNA. Ils y posent les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de syndrome d'apnée du sommeil. L'évolution était relativement stable, avec néanmoins une discrète amélioration. L'assuré présentait toujours des flashes durant la nuit ou lorsqu'il conduisait sa voiture, revoyant l'accident et les tonneaux qui avaient suivi. Il restait également très irritable durant la journée et présentait toujours d'importants troubles de la concentration ainsi que des insomnies. Malgré des symptômes qui avaient plutôt tendance à se chronifier, les Drs M. _____ et H. _____ étaient d'avis que la prise en charge récente du syndrome d'apnée du sommeil pourrait améliorer les insomnies et l'irritabilité, permettant peut-être une reprise d'une activité professionnelle au moins à temps partiel. Des facteurs étrangers à l'accident avaient pu jouer un rôle dans l'évolution. En effet, l'assuré avait subi une agression dans un parking, quelques années auparavant, et il était possible que l'accident ait ravivé les souvenirs de cette agression. D'autre part, le syndrome d'apnée du sommeil pouvait également être un des éléments responsables des insomnies et de l'irritabilité. L'assuré avait repris le travail à 50 % dès le 1^{er} février 2013.

Le 4 février 2013, l'assuré a subi un nouvel accident en se tordant la cheville gauche lors d'une glissade sur une plaque de glace. Le médecin traitant a attesté une incapacité de travail totale en raison de cette atteinte, jusqu'à la fin du mois d'avril 2013.

Le 5 avril 2013, le Dr S. _____, psychiatre conseil de la CNA, a examiné l'assuré. Dans l'anamnèse, il a notamment mentionné qu'Z. _____ avait été victime d'une agression dans un parking, le 5 mars 2005. Il avait été frappé au visage par un automobiliste auquel il demandait de bien vouloir avancer sa voiture. Il avait consulté le Dr J. _____, qui avait diagnostiqué des contusions multiples au visage et à la nuque, avec un hématome à la joue gauche et à la lèvre supérieure

gauche, dans un rapport du 4 avril 2005. Le Dr J._____ avait décrit un assuré très angoissé et apeuré, car il avait reçu des menaces de mort s'il déposait plainte. L'assuré avait bénéficié d'un suivi psychiatrique, les médecins ayant posé un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Le 2 mai 2005, les psychiatres traitant avaient toutefois décrit une évolution favorable. L'événement avait été annoncé à la CNA, qui avait clos le dossier le 15 août 2005. Le Dr S._____ a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique, en raison de cauchemars (reviviscence de l'accident), de ruminations et de conduites d'évitement. Néanmoins, la symptomatologie de cet état de stress post-traumatique s'amendait progressivement. Le Dr S._____ a également diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, en raison des troubles thymiques que présentait l'assuré, avec un sentiment de vide, une irritabilité, des troubles des fonctions instinctuelles (appétit, sexualité et sommeil), et de l'angoisse. En revanche, le diagnostic d'épisode dépressif ou de trouble dépressif récurrent était récusé, compte tenu du lien entre la réaction dépressive et l'événement traumatique. Ces affections étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du mois de juillet 2012. Le diagnostic de syndrome post-commotionnel était exclu, en l'absence de tout traumatisme crânien anamnestique. Quant à celui de syndrome d'apnée du sommeil, il n'était pas en lien de causalité avec l'accident. Le traitement dudit syndrome n'apportait aucun soulagement manifeste de la fatigue, qui était vraisemblablement d'origine psychique. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré pouvait assumer son activité professionnelle à 50 %, la fatigue, ainsi que les troubles de l'attention et de la concentration ne permettant pas une reprise du travail à 100 %. Il était par ailleurs souhaitable que l'employeur puisse offrir un poste de travail adapté pendant quelques semaines, en raison de l'irritabilité, de la sonophobie partielle et des troubles de l'attention et de la concentration.

Le 28 mai 2013, les Drs M._____ et H._____ ont établi un nouveau rapport médical à l'intention de la CNA. Ils y posent les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de syndrome d'apnée du sommeil. Il n'y avait que peu d'évolution, hormis une reprise de la conduite automobile et une diminution des cauchemars la nuit et des

falshbacks la journée, lors desquels l'assuré revivait son accident. Les consultations avaient lieu à raison d'une à deux fois par mois. Les Drs M._____ et H._____ attestaient une incapacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique, dès le 1^{er} février 2013.

Le 6 juin 2013, le Dr D._____ a écrit à la CNA avoir revu l'assuré, qui s'était plaint de douleurs plutôt prononcées après la position debout prolongée (comme c'était le cas au travail). Cela rendait très difficile ses fins de journée de travail, avec un retentissement psychologique important dans un contexte de syndrome dépressif post-traumatique. Le médecin traitant demandait par conséquent l'intervention de la CNA auprès de l'employeur, pour qu'un poste de travail approprié soit trouvé, éventuellement dans un emploi permettant l'alternance des positions assise et debout. Les douleurs cervicales avaient presque complètement disparu et ne gênaient plus l'assuré de manière significative, de sorte que le suivi médical pour les douleurs de la nuque avait été interrompu.

Lors d'un entretien sur son lieu de travail, avec son employeur et un représentant de la CNA, le 25 juin 2013, l'assuré a exposé que les douleurs dans la cheville gauche et à l'épaule gauche étaient en cours d'amélioration et ne le gênaient plus dans son activité professionnelle, exercée à 50 %. En revanche, il présentait des problèmes essentiellement psychologiques en relation avec les suites de son accident de circulation. Il n'était plus la même personne et se sentait complètement diminué. Même pour conduire et aller au travail, il devait se préparer psychologiquement alors qu'il ne rencontrait aucun problème auparavant. Il travaillait actuellement quatre heures par jour et ne pourrait pas faire une heure de plus. Rentré chez lui, il devait se reposer et faire le vide dans sa tête. Il avait de la peine à dormir la nuit et faisait encore des cauchemars. Selon l'employeur, le rendement, pour l'activité professionnelle exercée à 50 %, était complet.

Le 30 juillet 2013, la CNA a rendu une décision par laquelle elle mis un terme, avec effet au 11 août 2013, aux prestations allouées

ensuite de l'accident du 4 juillet 2012. Elle a considéré, en substance, que les atteintes à la santé psychique présentées par l'assuré n'étaient plus en relation de causalité adéquate avec l'accident et que celui-ci n'avait pas laissé de séquelle physique.

Z. _____ s'est opposé à cette décision, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique. Il a produit un rapport du 29 août 2013 par lequel le Dr D. _____ a répondu à un questionnaire que lui avait adressé cette assurance. Le médecin traitant y expose suivre l'assuré depuis le 26 juillet 2012. Celui-ci présentait une humeur dépressive, une thymie triste, de la nervosité, un moral bas et de la fatigue. Il avait des douleurs à la cheville droite après une position debout prolongée (quelques heures). A la question de savoir si les symptômes existaient avant l'accident du 4 juillet 2012, le Dr D. _____ a exposé ne pas le savoir, dans la mesure où il ne connaissait pas l'assuré avant cet accident ; il pouvait cependant préciser que les douleurs à la cheville faisaient clairement suite à l'accident du 4 février 2013. Le traitement médicamenteux consistait en du Citalopram 20 mg, du Trittico 100 mg et du Stilnox 10 mg, et pouvait avoir une influence sur la capacité de travail, comme tous les psychotropes, en raison de leur effet sédatif. Le traitement avait été modifié lors de la consultation du 27 août 2013, avec un sevrage du Stilnox par paliers dégressifs et la prise du Trittico seulement le soir, ce qui pourrait avoir un effet bénéfique sur la fatigue. Selon le Dr D. _____, l'état dépressif était très certainement en rapport de causalité avec l'accident du 4 juillet 2012. Il existait un rapport de causalité entre l'accident du 4 février 2013 et les symptômes présentés par l'assuré, sous la forme d'une légère sensibilité de la cheville droite comme séquelle. Cette atteinte n'empêchait pas une aptitude au travail à 100 %, avec éventuellement quelques aménagements sur le poste de travail (en évitant par exemple la position debout prolongée). Le Dr D. _____ considérait enfin que l'assuré ne pourrait toutefois pas reprendre sans conséquences une activité à 100 %, en raison de son état dépressif. Il renvoyait toutefois à l'avis de ses confrères psychiatres sur ce point. Un traitement au très long cours était probable.

L'assuré a également produit un rapport du 30 août 2013, par lequel les Drs M._____ et F._____ ont répondu au même questionnaire. Ils ont exposé que l'assuré était suivi à l'Unité de psychiatrie A._____ depuis le mois de septembre 2012, d'abord par le Dr H._____ puis, dès le 1^{er} juin 2013, par le Dr F._____. Les symptômes rapportés lors de la première consultation étaient les suivants : insomnies, cauchemars, irritabilité, thymie triste, aboulie, impression que tout est contre lui. Actuellement, l'assuré se plaignait toujours de troubles du sommeil, avec des cauchemars récurrents ainsi que de la fatigue. A la connaissance des Drs M._____ et F._____, l'assuré ne présentait pas de tels symptômes avant l'accident. L'assuré présentait des symptômes d'état de stress post-traumatique et des symptômes dépressifs, qui étaient en lien de causalité avec l'accident de juillet 2012. En revanche, ils étaient sans rapport avec l'accident du 4 février 2013, dont l'unique séquelle était une légère gêne à la cheville en cas de station debout prolongée, sous la forme d'une douleur décrite comme supportable sans antidouleur. Selon les Drs M._____ et F._____, l'assuré était au bénéfice d'une capacité de travail de 75 %, dans une perspective de réinsertion progressive dans le travail. Il avait présenté une capacité de travail de 50 % depuis le début du mois de février 2013, mais son désir était de reprendre le travail à 100 %. La poursuite d'une psychothérapie était indiquée, avec une adaptation du dosage des médicaments, mais l'évolution était difficile à prédire.

Par décision sur opposition du 23 septembre 2013, la CNA a maintenu son refus d'allouer des prestations postérieurement au 11 août 2013.

B. Z._____, désormais représenté par Me Jana Burysek, a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision. Il demande que le tribunal ordonne une expertise neuropsychologique et conclut, en substance, à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit aux prestations de l'intimée soit maintenu pour la période postérieure au 11 août 2013, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, il demande l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi de

la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens.

Le 8 janvier 2014, l'intimée conclut au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

Le recourant et l'intimée se sont encore déterminés respectivement les 24 février 2014 et 29 avril 2014, sans modifier leurs conclusions.

Le juge en charge de l'instruction de la cause a fait traduire les rapports du 4 juillet 2012 du Dr Q. _____ et des 8 juillet et 17 juillet 2012 du Dr N. _____. Le 10 février 2015, il a communiqué la traduction aux parties en leur impartissant un délai au 2 mars 2015 pour se déterminer. Il les a également informées du rejet de la requête d'expertise judiciaire présentée par le recourant.

Le recourant s'est déterminé le 2 mars 2015 en contestant l'absence de perte de connaissance mentionnée dans le rapport du 4 juillet 2012 du Dr Q. _____. Il a allégué qu'il était complètement désorienté après avoir repris connaissance et que son épouse, de même qu'un tiers qui l'avait secouru, pouvaient attester la perte de connaissance. Il a requis l'audition de son épouse ainsi que de W. _____, à R. _____ ([...]), à titre de témoins. Subsidiairement, il a requis que W. _____ soit invité à communiquer des renseignements par écrit. Enfin, le recourant a maintenu sa demande d'expertise judiciaire.

La détermination du 2 mars 2015 du recourant a été communiquée à l'intimée, pour information.

Le 22 avril 2015, le juge en charge de l'instruction de la cause a rejeté les mesures d'instruction demandées par le recourant et informé les parties du fait qu'un jugement serait rendu prochainement, sauf nouvelle réquisition dans un délai échéant le 5 mai 2015. Les parties n'ont pas déposé de nouvelle réquisition ou détermination.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée pour la période postérieure au 11 août 2013, en raison de séquelles de l'accident du 4 juillet 2012. Bien que le recourant ne le précise pas, on peut déduire des mémoires déposés qu'il souhaite la poursuite du versement d'une indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical.

La CNA n'a pas formellement statué sur la fin de la prise en charge des suites de l'accident du 4 février 2013. Elle a certes précisé, dans sa décision du 30 juillet 2013, qu'elle poursuivrait la prise en charge du traitement physiothérapeutique de la cheville gauche ensuite de l'accident du 4 février 2013. Toutefois, la décision mentionne exclusivement, en référence, l'accident du 4 juillet 2012. Par ailleurs, la décision sur opposition ne mentionne pas l'accident du 4 février 2013. Le recourant ne s'y réfère pas davantage dans ses mémoires adressés au

tribunal. On doit en conclure que le droit éventuel aux prestations en raison d'éventuelles séquelles de l'accident du 4 février 2013 n'est pas compris dans l'objet du litige.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 ; 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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. ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante. (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb ; 403 consid. 5 c/bb ; cf. TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3).

c) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9).

Pour l'examen de la causalité adéquate, la jurisprudence distingue la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5, 127 V 102 consid. 5b/bb).

4. a) L'intimée a considéré que le recourant ne présentait plus, en août 2013, d'atteinte somatique causée par l'accident du 4 juillet 2012. En revanche, l'intéressé souffrait d'atteintes à sa santé psychique, constatées notamment par le Dr S._____. La CNA a néanmoins nié le droit aux prestations en lien avec ces séquelles psychiques, au motif qu'elles n'étaient pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident. L'intimée a notamment réfuté que le recourant ait subi un traumatisme cranio-cérébral dont subsisteraient encore les séquelles. Pour sa part, le recourant soutient avoir subi un tel traumatisme et demande

que le rapport de causalité adéquate soit examiné à l'aune des critères posés par la jurisprudence dans une telle situation, sans distinction entre les aspect somatiques et psychiques. Le recourant conteste la valeur probante du rapport établi par le Dr S. _____ au motif que celui-ci aurait d'emblée nié, en se référant au rapport initial établi par le Dr Q. _____, la survenance d'un traumatisme cranio-cérébral. Il demande l'audition de témoins en vue d'établir une perte de connaissance lors de l'accident.

b) En l'espèce, le Dr Q. _____ a observé dans son rapport médical du 4 juillet 2012 que le recourant avait nié toute perte de conscience lors de l'accident. On pourrait, certes, mettre cette négation sur le compte d'une désorientation passagère après l'accident, comme le laisse entendre le recourant, qui a par la suite affirmé avoir subi une perte de connaissance de 15 à 30 minutes. Toutefois, consulté immédiatement après un accident tel que celui subi par le recourant, et en présence d'une plaie occipitale, le Dr Q. _____ a recherché d'éventuels symptômes de commotion cérébrale, qu'il n'a pas constatés. Par la suite, le recourant s'est plaint de maux de tête et de douleurs à la nuque. Le Dr N. _____ a posé le diagnostic de status post distorsion cervicale. Toutefois, aucun des autres médecins consultés par la suite ne reprend ce diagnostic ; par ailleurs, les douleurs à la nuque se sont atténuées rapidement et l'assuré n'a pas décrit de vertiges, de nausées ni de vomissements, de sorte que l'on ne peut pas parler de tableau clinique typique, tel qu'admis par la jurisprudence (cf. consid. 3c supra). La Dresse C. _____ a posé, dès le mois d'octobre 2012, le diagnostic d'état de stress post traumatique, n'évoquant un syndrome post commotionnel qu'à titre de diagnostic différentiel. Au regard de l'absence de tout symptôme post-commotionnel constaté par le Dr Q. _____, toutefois, ce diagnostic ne peut être retenu. La Dresse C. _____ n'a d'ailleurs pas disposé d'une traduction du rapport du Dr Q. _____ et s'est pour l'essentiel fondé sur les déclarations du recourant et de son épouse relatives à une perte de connaissance de 15 à 30 minutes, privilégiant néanmoins le diagnostic d'état de stress post traumatique. Quant au Dr D. _____, qui a retenu le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral, il s'est lui aussi fondé avant tout sur les déclarations du recourant et de son épouse relatives à une perte de

connaissance de 15 à 30 minutes lors de l'accident. Ces déclarations, de même que le témoignage d'un tiers entendu par commission rogatoire à l'étranger, ou sous forme de déclarations écrites, ne revêtiraient qu'une valeur probante insuffisante pour établir une telle perte de connaissance, face à l'absence de tout constat de symptômes d'une commotion cérébrale par le Dr Q._____. Il convient par conséquent de renoncer à l'audition des témoins proposés par le recourant. Une expertise neuropsychologique n'est pas davantage nécessaire (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc).

Compte tenu de ce qui précède, on tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne présentait pas, en août 2013, de séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral ni d'une distorsion cervicale, mais des atteintes à la santé psychique, à savoir un état de stress post traumatique et un trouble de l'adaptation. Ces atteintes sont constatées par le Dr S._____ dans un rapport médical probant, l'état de stress post traumatique étant également constaté par les Drs M._____ et H._____. L'intimée a admis, à juste titre, un rapport de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident.

c) L'accident subi par le recourant le 4 juillet 2012 constitue, au vu de son déroulement, un accident de gravité moyenne. Il n'est pas à la limite d'un accident grave au sens de la jurisprudence citée ci-avant (cf. consid. 3b), contrairement à ce que soutient le recourant. Il ne s'est pas davantage déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes. Les atteintes à la santé somatiques sont restées légères (plaie occipitale d'environ 4 cm et plaie à la main droite, hématome sur le côté gauche du cou, sus-claviculaire). Le traitement a consisté en physiothérapie ainsi qu'en une médication analgésique et antalgique. Il a rapidement amélioré les douleurs latéro-cervicales gauches, le Dr X._____ mentionnant dans son rapport du 14 novembre 2012 que la mobilité de la nuque était ample, symétrique et physiologique, sous réserve d'une légère douleur latéro-cervicale postérieure gauche à la rotation extrême de la tête à droite. On ne saurait

donc parler de lésions physiques graves ou de nature particulière, d'une durée anormalement longue du traitement médical, de douleurs physiques persistantes, d'erreurs dans le traitement médical, de difficultés apparues au cours de la guérison ou d'incapacité de travail durable due aux lésions physiques, de sorte que les critères posés par la jurisprudence relative au rapport de causalité adéquate entre un accident et une atteinte à la santé psychique ne sont pas remplis. Au demeurant, même si l'on admettait, par hypothèse, que le recourant a bien subi un traumatisme cranio-cérébral, comme il l'allègue, l'analyse de la causalité adéquate ne serait pas différente. En effet, dès le mois d'octobre 2012, la Dresse C. _____ a attribué les symptômes présentés par le recourant à un état de stress post traumatique - ainsi qu'à un syndrome d'apnée du sommeil sans rapport avec l'accident - plutôt qu'à un status post traumatisme cranio-cérébral. Les Drs M. _____, H. _____, F. _____ et S. _____ ont par la suite corroboré cette appréciation. On doit donc admettre que les troubles psychiques ont rapidement revêtu une importance prépondérante par rapport aux suites d'un éventuel traumatisme cranio-cérébral. Pour ce motif également, le lien de causalité adéquate doit être nié sans qu'il soit nécessaire de procéder aux mesures d'instruction requises par le recourant.

5. Vu ce qui précède, l'intimée a mis fin à juste titre à ses prestations dès le mois d'août 2013 pour les suites de l'accident subi par le recourant le 4 juillet 2012. Les conclusions du recourant sont infondées et celui-ci ne peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). La procédure est 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 rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 23 septembre 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- 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).

La greffière :