

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juillet 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Monod et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

W._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 18 al. LAA; art. 53 al. 1 LPG

E n f a i t :

A. En 1999, W._____, né le 21 janvier 1959, était employé comme manoeuvre de l'entreprise de construction [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA). Le 1^{er} juillet 1999, il a été victime d'un accident sur l'autoroute, alors qu'il conduisait son véhicule vers Yverdon-les-Bains. Selon ses déclarations écrites – dans des réponses manuscrites à un questionnaire de la CNA du 13 septembre 1999 –, l'accident s'est produit durant la journée (à 17h20); l'intéressé roulait normalement sur la "ligne gauche" et une autre voiture lui a coupé la route. Il a freiné et tourné le volant, puis il a heurté la barrière de l'autoroute.

W._____ a subi les blessures suivantes: rupture de la rate, fracture des 7^e et 8^e côtes à gauche, pneumothorax à gauche, contusion du rein gauche, du foie et du myocarde. Les médecins ont procédé en urgence au drainage thoracique gauche. Les autres lésions ont été traitées conservativement. W._____ a tenté en vain de reprendre le travail, à deux reprises; il y a renoncé à cause de douleurs (arthralgies, myalgies diffuses).

En se fondant sur l'avis du médecin d'arrondissement, la CNA (Suva Lausanne) a, par décision du 8 mai 2000, mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 7 février 2000, au motif que les troubles présentés par l'assuré étaient désormais imputables exclusivement à un état maladif. La décision n'a pas été contestée et elle est entrée en force.

B. Le 26 juin 2007, W._____ a écrit à la CNA (Suva Lausanne) pour lui demander d'ouvrir à nouveau le dossier et de lui allouer des prestations pour incapacité totale de travail. Il invoquait un diagnostic nouveau ou "passablement modifié" en se référant à deux rapports d'examens neuropsychologiques effectués à la division de

neuropsychologie du CHUV, dirigée par la Prof. Z._____, spécialiste FMH en neuropsychologie. Le premier rapport, du 6 mai 2002, signé par la Prof. Z._____ et la psychologue assistante X._____, retient ce qui suit en conclusion:

"Conclusion: Cet examen, effectué chez un patient collaborant de manière passive, répondant de manière aléatoire à certains tests proposés, orienté dans le temps et dans l'espace, partiellement orienté sur sa personne, perplexé, très ralenti, fatigable et apathique, montre des performances cognitives globalement insuffisantes.

(...)

DC: Troubles mnésiques antérogrades épisodiques sévères en modalité visuo-spatiale, empan visuo-spatial déficitaire, dysfonction exécutive, difficultés constructives et gnosiques visuelles chez un patient connu pour un état dépressif et des douleurs chroniques".

Le second rapport, du 12 avril 2007, signé par la Prof. Z._____, la psychologue C._____ et la psychologue assistante T._____, retient ce qui suit en conclusion:

"Conclusions: Par rapport à l'examen du 6.5.2002, on constate, chez un patient à la collaboration difficile et présentant des plaintes de type post-traumatiques, la persistance des troubles mnésiques antérogrades en modalité visuo-spatiale de la dysfonction exécutive et des troubles gnosiques visuels. Il existe parallèlement des troubles attentionnels et une perturbation du raisonnement. Les praxies constructives sont aujourd'hui améliorées".

La CNA a demandé un avis au Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin conseil. Dans un rapport du 27 septembre 2007 (appréciation médicale), ce médecin a pris position sur la situation de l'assuré, dans le sens suivant:

"Il n'a jamais été fait mention d'un état de stress post-traumatique dans l'ensemble des rapports à disposition. Le rapport d'expertise du Dr S._____, psychiatrie et psychothérapie FMH, du 18 octobre 2000 exclut clairement ce diagnostic. Or, ce diagnostic apparaît en 2002 dans le rapport du Dr R._____ du Centre-Psychosocial

d'Yverdon-les-Bains. Néanmoins, la symptomatologie décrite est floue : cauchemars de l'accident, pensées envahissantes où il imagine des scénarios de l'accident. Il n'est pas question de comportement d'évitement, il n'est pas question de flash-back. La symptomatologie décrite est compatible avec le trouble dépressif.

D'autre part, il n'y a pas eu de traumatisme crânio-cérébral (TCC) : il n'y a pas eu de perte de conscience ni d'amnésie circonstancielle. L'assuré ne décrit aucun état stuporeux immédiatement après l'accident. L'ensemble de ces faits permet d'exclure aussi bien un TCC qu'un MTBI (Mild Traumatic Brain Injury).

Le diagnostic de trouble dépressif est posé par différents confrères. Ce trouble dépressif est apparu après l'accident du 1^{er} juillet 1999 et peut donc être qualifié à juste titre de post-traumatique. Mais il faut rappeler que le post hoc n'est pas le propter hoc ! L'accident du 1^{er} juillet 1999 n'est pas la cause de l'état dépressif. Aucun élément au dossier ne permet d'expliquer en quoi l'accident du 1^{er} juillet 1999 peut avoir provoqué ce trouble.

En conséquence, j'estime que l'état de santé psychique actuel de l'expertisé n'est pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} juillet 1999. Il en est de même des troubles neuropsychologiques qu'il présente".

Un autre médecin, le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA, avait auparavant exposé dans un rapport du 18 juillet 2007 (appréciation médicale) que les troubles neuropsychologiques invoqués par l'assuré ne pouvaient pas être mis en relation avec un traumatisme crânio-cérébral (TCC) en l'absence d'une telle atteinte contemporaine à l'accident.

L'expert S._____, auquel fait référence le Dr F._____, avait été chargé d'une expertise psychiatrique de l'assuré par la caisse-maladie [...] (rapport du 18 octobre 2000) puis par l'assurance-invalidité (rapport du 2 décembre 2004). Dans son premier rapport, le Dr S._____ avait notamment retenu ce qui suit (p. 14/15):

"Concernant l'éventualité d'un syndrome de stress post-traumatique, l'assuré a présenté à trois reprises des cauchemars liés

à son accident de voiture mais le sommeil actuellement avec 25 mg ou 50 mg (!) de Surmontil ® serait bon. De plus, depuis son accident, il a racheté une voiture moitié - moitié avec son patron et conduit à nouveau, son épouse n'ayant pas le permis de conduire. Bien qu'il dise "moins aimer" aller sur l'autoroute, il peut quand même utiliser son véhicule dans de telles situations. Nous n'observons pas de souvenir répétitif et envahissant lié à l'accident, ni de flash-back. Nous ne notons pas d'intense détresse psychique liée à l'exposition d'indice interne ou externe évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause. Des phénomènes dissociatifs et une restriction de l'affect ne sont pas au premier plan. Les troubles du sommeil léger, l'irritabilité ne sont pas des éléments suffisants pour parler d'un syndrome de stress post-traumatique aigu, chronique ou à survenue différée".

Dans son second rapport, le Dr S. _____ indique qu'il n'a toujours pas d'éléments probants pour un état de stress post-traumatique *lege artis*. Il relève que l'assuré n'a pas été empêché de travailler de novembre 2000 à juin 2001; l'incidence de l'atteinte précitée "en terme de capacité de travail, paraît négligeable pour autant que le sujet fasse preuve de volonté" (p. 13).

C. Par une décision du 12 octobre 2007, la CNA (Suva Lausanne) a refusé d'allouer des prestations complémentaires d'assurance, en faisant valoir qu'elle n'était pas tenue d'intervenir en l'absence de relation de causalité entre l'accident du 1^{er} juillet 1999 d'une part, et l'état de santé psychique ou neuropsychologique actuel de l'assuré.

W. _____ a formé opposition le 5 novembre 2007. La CNA (secteur oppositions, Lucerne) a rejeté l'opposition par une décision rendue le 13 novembre 2007, en retenant en définitive que sur la base du dossier, on ne pouvait pas admettre que l'accident ait eu une influence déterminante dans l'apparition des troubles psychiques.

D. Par un acte du 11 décembre 2007 adressé au Tribunal des assurances, W. _____ recourt contre la décision sur opposition en

demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité "dès telle date que justice dira". Il prétend souffrir d'une nette aggravation de son état de santé par rapport à la situation antérieure, sur le plan respiratoire d'une part, et sur le plan psychique et neuropsychologique d'autre part. Son argumentation se rapporte exclusivement à ce second aspect, et il reproche à la CNA d'avoir insuffisamment instruit son cas.

Dans son mémoire-réponse du 29 janvier 2008, la CNA conclut au rejet du recours, dans la mesure où il est recevable, ainsi qu'à la confirmation de la décision sur opposition. Elle fait valoir que ni les troubles rénaux ni les troubles respiratoires de l'assuré n'entrent dans le cadre de la contestation, étant donné qu'ils "devraient faire l'objet d'une annonce de rechute formelle, pour autant, cependant, que lesdits troubles soient réellement significatifs". A propos des troubles psychiques, la CNA affirme que c'est à bon droit qu'elle a refusé d'entrer en matière et de réviser sa décision du 8 mai 2000.

E. L'instruction de la cause a été suspendue le 29 mai 2008 par le juge instructeur du Tribunal des assurances. Elle a été reprise le 7 août 2009, en vertu d'une décision du juge instructeur de la Cour des assurances sociales. La possibilité a été donnée au recourant de déposer de nouvelles déterminations. Dans une écriture du 19 janvier 2010, il s'est borné à mentionner qu'il avait déposé une annonce de rechute ("parce que cela doit se faire selon les dispositions légales"); pour le reste, il n'a pas modifié ses conclusions ni son argumentation.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause depuis son entrée en vigueur (cf. art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Dans le contentieux de l'assurance-accidents, la LPA-VD ne contient plus, comme l'ancienne loi sur le Tribunal des assurances, la règle selon laquelle des débats oraux doivent en principe être ordonnés (l'art. 34 LTAs [loi cantonale du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances; RSV 173.41] disposait que le président devait fixer des débats oraux, à moins que, sur sa proposition, les parties y renoncent). Comme le recourant n'a pas requis expressément une audience publique, la Cour de céans peut statuer sur la base du dossier, les circonstances ne justifiant pas que les parties soient convoquées à des débats (art. 61 let. e LPGA).

3. Dès lors que la CNA a pris le 8 mai 2000 une décision mettant fin à ses prestations en relation avec l'accident litigieux, que cette décision est entrée en force faute d'avoir été contestée en temps utile, la question de savoir si une atteinte déjà présente à l'origine, mais aggravée, doit donner lieu à des prestations d'assurance, doit être examinée dans le cadre des dispositions sur la révision, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Aux termes de cette disposition, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

En l'occurrence, la réglementation de l'art. 53 al. 1 LPGA doit être appliquée dans la mesure où l'aggravation de l'état psychique (ou neuropsychologique) est invoquée. Cette aggravation a été alléguée dans

la demande de "réouverture du dossier" (recte: de révision) du 26 juin 2007.

En revanche, les éventuelles rechute ou séquelle tardive sur le plan respiratoire, dont il est fait mention dans l'acte de recours uniquement, sortent du cadre de la présente contestation, comme l'a relevé la CNA dans sa réponse. Du reste, le recourant a admis qu'il lui incombait d'annoncer préalablement les rechutes à la CNA, dans une démarche formellement indépendante du recours contre la décision sur opposition.

4. Le recourant reproche à la CNA d'avoir insuffisamment instruit le dossier avant d'écarter sa demande de révision, en faisant valoir notamment que le diagnostic de stress post-traumatique et de dépression post-traumatique serait actuellement clairement posé.

a) Le recourant prétend à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. art. 18 ss LAA). Pour que de telles prétentions puissent être admises, il faut que l'assuré soit invalide, au sens de l'art. 8 LPGA, à 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA). Une invalidité - incapacité de gain totale ou partielle, permanente ou de longue durée - peut résulter d'une atteinte à la santé psychique. Cela étant, 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'assureur 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. Il faut encore qu'il y ait, entre l'accident et l'atteinte à la santé, un lieu de causalité adéquate (cf. notamment ATF 134 V 109 consid. 2.1).

b) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), 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 fonction de son déroulement.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

c) En l'espèce, on ne saurait suivre le recourant quand il affirme, essentiellement sur la base des deux rapports d'examens neuropsychologiques successifs (2002 et 2007), qu'il souffre, huit ans après l'accident, d'un trouble de stress post-traumatique. La présence de ce trouble n'a pas été attestée par l'expert psychiatre qui l'a examiné. Le psychiatre de la CNA a pu constater que ce diagnostic, qui relève de la psychiatrie, n'a jamais été posé de manière claire. S'agissant de l'état dépressif, il n'est pas nécessaire, dans le présent arrêt, de le décrire plus précisément.

En effet, selon la décision attaquée, l'accident litigieux doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Cette qualification n'est pas critiquable au regard des exemples que l'on trouve dans la jurisprudence (voir l'énumération in Frésard/Moser-Szeless, SBVR Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, L'assurance-accidents, obligatoire, n. 92 ss p. 869). Au demeurant, le recourant admet que cette classification est en principe adéquate.

Cela étant, l'accident sur l'autoroute ne peut pas être considéré comme étant dans la frange supérieure des accidents de moyenne gravité, à la limite des accidents graves *stricto sensu*. Il faudrait donc, pour retenir un rapport causalité entre l'accident de 1999 et les troubles psychiques présents en 2007, que plusieurs des conditions citées plus haut soient réalisées. Cela n'est à l'évidence pas le cas. Cet accident de la route ne s'est pas produit dans des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes, et les lésions physiques subies

n'étaient normalement pas propres à causer des troubles psychiques. Le traitement médical a abouti à des résultats satisfaisants sur le plan somatique, en permettant une reprise du travail. Sur la base des éléments du dossier, il apparaissait suffisamment clairement que le lien de causalité adéquate ne pouvait pas être considéré comme établi.

Dans ces conditions, la CNA pouvait retenir d'emblée qu'il n'y avait dans le dossier aucun élément nouveau important ou susceptible d'entraîner une décision différente sur les prétentions de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents. En outre, au regard des critères jurisprudentiels précités – excluant en définitive un rapport de causalité adéquate même si d'autres éléments de diagnostic psychique ou neuropsychologique avaient été établis –, il ne se justifiait pas de compléter l'instruction sur le plan médical. Il s'ensuit que les griefs du recourant sont mal fondés.

5. Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni dépens (l'art. 61 let. g LPGA prévoyant l'allocation de dépens à l'assuré recourant qui obtient gain de cause, mais pas à l'assureur social lorsque l'assuré succombe).

**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 13 novembre 2007 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour M. W. _____)
- Me Didier Elsig (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).

La greffière :