

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2011

Présidence de M. JOMINI, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

M. _____, à Villeneuve, recourante,

et

P. _____ **GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, à Lausanne,
intimée.

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. M._____, née en 1984, aide-soignante dans un EMS, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels (selon la LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]) auprès de la P._____ Compagnie Générale d'Assurances SA (ci-après : la P._____), a été blessée au dos lors d'une chute à cheval le 6 juin 2007.

La P._____ a pris en charge les suites de cet accident. Dans le cadre du traitement de cette affaire, la P._____ a rendu le 21 avril 2010 une décision selon laquelle les frais d'un traitement psychiatrique suivi par M._____ (l'assurée) auprès du psychiatre Dr F._____ à Lausanne, sept mois après le début de ce traitement, n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident ; dès le 1^{er} avril 2010, ces frais devaient donc être pris en charge par l'assurance-maladie (la caisse U._____).

L'assurée, qui a reçu cette décision le 24 avril 2010, a formé opposition le 26 avril 2010.

B. La P._____ a rendu le 22 octobre 2010 une décision rejetant l'opposition et confirmant sa première décision du 21 avril 2010. Il y est précisé que cette assurance prend en charge le cas - les suites de la chute à cheval du 6 juin 2007, ayant occasionné une fracture de la vertèbre L4 - et rembourse les frais médicaux y relatifs ainsi que l'incapacité totale de travail qui est toujours en cours (faits, ch. 1.2 et 1.3). S'agissant des frais du traitement psychiatrique, la décision sur opposition se réfère à l'avis de son médecin-conseil, le Dr W._____, corroborant l'avis du psychiatre traitant Dr F._____, lequel avait estimé que la durée du traitement (à savoir des consultations hebdomadaires) en relation avec l'accident était d'environ 4 à 6 mois dès le l'été 2009. La P._____ relève qu'elle a finalement assumé les frais de ce traitement durant presque 7 mois.

C. Alors que la P._____ n'avait pas encore statué sur son opposition, l'assurée a adressé le 14 juillet 2010 au Tribunal cantonal un acte intitulé « *recours contre la P._____ assurances, assurance-maladie U._____ et l'AI* ». Ce recours a été traité comme un recours pour déni de justice formel contre la P._____, dans le cadre de la contestation précitée. La Cour des assurances sociales a rejeté ce recours par un arrêt rendu le 14 octobre 2010 (cause AA 80/10).

D. M._____ a recouru le 1^{er} novembre 2010 au Tribunal cantonal contre la décision sur opposition. L'intitulé de son acte est : « *Recours contre la décision de la P._____ du 22 octobre 2010 en relation à une expertise pluridisciplinaire, assurée entre autre par le Dr F._____ et S._____ du centre de la douleur de la clinique N._____ à Lausanne et le Cemed sur demande de la P._____* ». Ses conclusions sont les suivantes :

« 1. La décision du 22 octobre 2010 de la P._____ concernant le refus de prestations du Dr F._____ est rejetée.
2. Ma demande de décision apte à recours du 8 mars 2010 concernant des remboursements de frais arriérés d'un montant de 31'811 fr. au 14 juillet 2010 resté [sic] sans réponse, je recours selon l'art. 56/2 LPGA contre la P._____ avec frais et dépens pour dénis [sic] de justice. »

La conclusion n° 2 fait référence à un courriel du 8 mars 2010 envoyé par la recourante à une employée de la P._____ ; elle demandait d'être informée au sujet de la voie de recours à propos d'une indemnisation. Le même jour, il lui a été répondu, également par courriel, que la position de cette assurance lui avait déjà été communiquée s'agissant des « *autres frais d'indemnisation* », et qu'il appartenait à l'assurée d'indiquer si elle tenait à une décision formelle. Par courriel du 15 mars 2010, la recourante a demandé une décision formelle.

La P._____ conclut, dans sa réponse du 9 décembre 2010, au rejet du recours.

La recourante a déposé des déterminations le 11 janvier 2011.

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 selon la LAA. Cette loi ouvre une voie de recours auprès du Tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA), généralement contre des décisions sur opposition (art. 56 al. 1 LPGA). L'art. 56 al. 2 LPGA prévoit que le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré une demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

a) En l'espèce, le recours est, d'après son intitulé et aussi d'après sa motivation – qui se rapporte exclusivement au traitement psychiatrique –, dirigé contre la décision sur opposition rendue par l'assurance intimée le 22 octobre 2010. La conclusion n° 1 du recours tend précisément à l'annulation ou à la réforme de cette décision. Le recours, qui satisfait aux exigences légales formelles de recevabilité, est recevable en tant qu'il vise cette décision. Il y a lieu d'entrer en matière dans cette mesure (cf. infra, consid. 2).

Au fond, la contestation porte sur la prise en charge des frais d'un traitement psychiatrique à partir du 1^{er} avril 2010. A l'évidence, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., de sorte que le juge unique de la Cour des assurances sociales est compétent pour statuer sur le recours (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

b) D'après la conclusion n° 2, le recours est également un déni de justice formel. Il est toutefois dépourvu de motivation en ce qui concerne « *les remboursements de frais arriérés d'un montant de 31'811 fr.* ». L'assurance intimée relève, dans sa réponse, qu'il n'y a à sa connaissance pas de frais qui seraient restés impayés à l'égard de la recourante. La motivation du recours est une exigence formelle de recevabilité, selon l'art. 61 let. b LPGA (le recours doit contenir, en vertu de cette disposition, un exposé succinct des faits et des motifs invoqués).

On comprend, à lire la conclusion n° 2, que la recourante avait demandé en mars 2010 une décision formelle au sujet de certaines prestations ; or une décision formelle a précisément été rendue le 21 avril 2010, qui a pu faire l'objet d'une opposition puis d'une décision sur opposition. On ne voit pas, sur la base du courriel du 8 mars 2010 auquel se réfère la recourante, quelle autre décision portant sur des prestations, créances ou injonctions importantes (cf. art. 49 al. 1 LPGA) aurait dû être rendue par écrit à ce stade-là.

Quoi qu'il en soit, comme l'assurance intimée prend toujours en charge les suites de l'accident, dans la mesure prévue par la LAA, elle se trouve toujours dans la situation de fournir des prestations à la recourante et, le cas échéant, de rendre des décisions formelles à ce sujet, dans le cadre de l'art. 49 LPGA. La recourante ne fournit aucun indice dans ce sens que l'assurance, tenue de rendre une décision formelle sur un point, ne l'aurait pas fait ou ne serait pas prête à le faire dans un délai raisonnable approprié (cf. art. 29 al. 1 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS101], art. 52 al. 2 LPGA ; cf. aussi arrêt CASSO AA 80/10 du 14 octobre 2010). Même supposé recevable dans le cadre de la procédure de recours dirigée contre la décision du 22 octobre 2010, le grief de déni de justice formel, pour retard à statuer, devrait être écarté. Il n'y a donc pas lieu d'entrer en matière à ce sujet.

2. Dans son argumentation, la recourante fait valoir en substance que le droit aux prestations – en l'occurrence la prise en charge de son traitement psychiatrique auprès du Dr F. _____ – doit être garanti tant que l'atteinte à la santé est en relation de causalité avec l'événement assuré. Elle reproche par ailleurs à l'assurance intimée d'avoir insuffisamment motivé sa décision sur ce point.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle.

Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Le seul fait que des symptômes 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). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Si l'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 de l'assuré 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).

b) La décision attaquée expose clairement le motif pour lequel la prise en charge du traitement psychiatrique au-delà du 31 mars 2010 ne relève plus de l'assurance-accidents. Les principes précités sur le rapport de causalité ont été mentionnés et les raisons pour lesquelles les conditions n'étaient plus remplies ont été précisées. Pour l'appréciation sur le plan médical, deux avis - celui du médecin traitant et celui du médecin conseil - ont été cités. La recourante pouvait saisir les motifs du refus de prestations. A l'évidence, la motivation de la décision attaquée est suffisante d'un point de vue formel.

c) Comme les deux avis médicaux pris en considération sont concordants, on ne voit pas pourquoi l'assurance intimée aurait dû faire une autre appréciation. Il est donc très vraisemblable que l'atteinte à la santé psychique n'était plus en relation de causalité avec l'accident, à la date retenue dans la décision attaquée. Cela suffit pour fonder un refus de nouvelles prestations. Au surplus, comme cela est exposé dans la réponse, l'assureur maladie de la recourante paraît partager cette appréciation de la situation médicale, puisqu'il n'a pas contesté la décision mettant fin aux prestations LAA dans ce domaine. Ainsi, la décision sur opposition du 22 octobre 2010 apparaît conforme au droit fédéral. Les griefs de la recourante sont donc mal fondés.

3. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable. Cela entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 22 octobre 2010 par l'assurance P._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. _____,
- assurance P. _____,
- 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 :