

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard et M. Métral, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], France, recourant,

et

X. _____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, était employé depuis le mois de novembre 2011 comme agent de sécurité auprès de la société Q. _____, à Lausanne.

Le 10 avril 2015, P. _____ a chuté dans un escalier alors qu'il exerçait son activité professionnelle. Le même jour, l'assuré s'est soumis à un scanner cérébral, cervical, dorsal et lombaire auprès des W. _____, lequel n'a pas mis en lumière de lésion osseuse crânio-faciale ou vertébrale post-traumatique.

b) Le 17 avril 2015, Q. _____ a déclaré le sinistre auprès de la X. _____ (ci-après : X. _____ ou l'intimée).

c) Dans un rapport d'imagerie à résonance magnétique (IRM) du genou droit établi le 19 mai 2015, le Dr D. _____, spécialiste en radiologie, a retenu les éléments suivants :

Infiltration inflammatoire de la graisse sus patellaire médiale probablement post contusion et pouvant expliquer la symptomatologie actuelle.
Absence de lésions méniscale, ostéochondrale focale ou ligamentaire significative visible par ailleurs.

Le 17 juillet 2015, ce médecin a effectué un second examen IRM du rachis cervico-thoracique, lequel n'a pas mis en évidence de lésion significative visible.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2015, le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a constaté que l'assuré présentait depuis le mois de mai 2015 un état dépressif profond réactionnel (F32.3) avec découragement, asthénie profonde, irritabilité et des éléments psychotiques. Le psychiatre a également relevé les éléments suivants :

Cet état s'est aggravé au cours des mois de juin, juillet et août. Je l'ai mis en arrêt de travail en raison de cette aggravation depuis début septembre et jusqu'à ce jour pour cet état dépressif.

[...]

Une reprise du travail n'est pas envisageable pour le moment en raison de l'absence d'évolution favorable de son état.

d) Par décision du 24 décembre 2015, X. _____ a mis un terme à ses prestations accident au 31 juillet 2015. L'assurance a estimé que les résultats des différents examens pratiqués au niveau du genou et du dos de l'assuré ne montraient aucune lésion particulière. Les conséquences de l'accident devaient dès lors être considérées comme épuisées dès la fin du mois de juillet 2015. Par ailleurs, l'accident ne pouvant être propre à entraîner des troubles d'ordre psychologique, elle déclinait toute intervention à ce propos.

e) Le 5 février 2016, P. _____ s'est opposé à la décision du 24 décembre 2015. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport établi le 1^{er} février 2016 par le Dr V. _____, médecin traitant, lequel faisait état d'un genou droit et d'un rachis thoracique encore douloureux, ainsi qu'un rapport d'arthroscanner du genou droit faisant état d'une fente partielle périphérique postérieure et inférieure du ménisque.

f) Par décision sur opposition du 8 février 2017, X. _____ a rejeté l'opposition et maintenu sa décision. Elle relevait que les seules lésions somatiques causées de façon certaine ou au moins probable par l'accident étaient des contusions, de sorte qu'une prise en charge du cas au titre de l'assurance-accidents durant plus de sept mois était déjà très large. Concernant les troubles psychiques présentés par l'assuré, X. _____ a estimé que tout lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'accident du 10 avril 2015 devait être nié.

B. **a)** Par acte du 8 mars 2017, P. _____ a déféré la décision sur opposition du 8 février 2017 devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève, concluant

implicitement à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'indemnités journalières pour une durée de 720 jours. Il alléguait que la décision de X._____ était en totale contradiction avec les diagnostics de son médecin généraliste et de son médecin psychiatre, soulignant qu'il n'avait jamais été convoqué à un examen par le médecin-conseil de l'assurance. Il a également fait valoir que, alors qu'il était en attente des résultats d'examens complémentaires, X._____ avait unilatéralement et sans consultation décidé de cesser l'octroi de prestations accident afin de lui allouer des indemnités aux conditions du contrat collectif perte de salaire en cas de maladie.

b) Dans son mémoire de réponse du 7 avril 2017, X._____ a conclu, avant toute détermination, à la transmission de la cause au Tribunal cantonal du canton de Vaud.

c) Dans un arrêt du 27 avril 2017, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève s'est déclarée incompétente *ratione loci* et a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud.

d) Dans un mémoire de réponse complémentaire du 21 août 2017, X._____ a conclu au rejet du recours. Elle a retenu que le recours de l'assuré n'apportait pas d'éléments nouveaux, renvoyant à sa décision sur opposition du 8 février 2017.

e) Répliquant le 10 septembre 2017, l'assuré a soutenu qu'il s'était trouvé en arrêt de travail jusqu'au 28 février 2017 en raison de son accident, comme l'avait confirmé le Dr V._____. En raison de sa dépression, cet arrêt de travail s'était prolongé jusqu'au 30 avril 2017. Il a allégué que X._____ avait rétroactivement passé son cas en maladie contrairement à l'avis du Dr V._____ et sans l'avoir préalablement examiné. L'assuré a conclu à l'octroi d'une pleine indemnité en raison de son accident jusqu'au 28 février 2017 et à l'octroi d'une indemnité fixée à 80% en raison de sa dépression du 1^{er} mars au 30 avril 2017.

f) Par duplique du 5 octobre 2017, X._____ a maintenu ses conclusions. Elle a relevé que la présente procédure ne concernait que l'assurance-accident et non l'assurance collective perte de salaire en cas de maladie. Le droit à des prestations en cas d'accident devait uniquement être déterminé en application des dispositions légales y relatives.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogation expresse, les dispositions de la LPGA 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 (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). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA). Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (art. 58 al. 3 LPGA).

b) Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé. Cette disposition est applicable par analogie à la procédure contentieuse (art. 60 al. 2 LPGA ; TF 9C_885/2009 du 1er février 2010 consid. 4.1).

c) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

d) En l'espèce, le recours a été interjeté le 8 mars 2017 selon le timbre postal. Il est parvenu le 13 mars 2017 à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève, laquelle l'a ensuite transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence. Au vu de la lettre du 6 mars 2017 émanant de la Poste française, il apparaît vraisemblable que la décision litigieuse a été communiquée au recourant au plus tôt le 28 février 2017. Partant, le recours a été interjeté en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet le droit à des prestations de l'assurance-accidents, soit le traitement médical et les indemnités journalières, à l'exclusion du droit à des prestations perte de gain en cas de maladie, lesquelles sont régies par la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) et ne relèvent pas de la juridiction compétente en matière d'assurances sociales.

3. a) 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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, 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 et les références).

d) En cas d'atteinte à la santé psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique 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 exemple 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.

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) :

- 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. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible mais parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 3).

b) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont

contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

5. a) Dans le cas d'espèce, P. _____ a présenté dans un premier temps des troubles de nature somatique, au dos et au genou droit. Au vu du rapport du Dr F. _____ du 1^{er} décembre 2015, ce n'est que dans un deuxième temps, dès le mois de mai 2015, que le recourant a présenté des troubles de nature psychique sous la forme d'un état dépressif réactionnel.

b) S'agissant des troubles somatiques, les premiers examens pratiqués à la suite de l'accident n'ont pas mis en évidence d'atteinte à la santé significative (scanner cérébral, cervical, dorsal et lombaire du 10 avril 2015 ; radiographie du genou du 10 avril 2015 ; IRM du genou droit du 19 mai 2015 ; IRM du rachis cervico-thoracique du 17 juillet 2015). Il est cependant vrai qu'un arthroscanner du genou droit réalisé le 1^{er} février 2016 a mis en évidence une fente partielle périphérique postérieure et inférieure du ménisque interne. Faute de renseignements précis donnés par le médecin traitant du recourant, le Dr V. _____, rien ne permet toutefois d'affirmer que cette atteinte justifiait un traitement particulier ou un arrêt de travail.

c) S'agissant des troubles psychiques, il y a lieu de constater que l'accident dont le recourant a été victime doit être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité ; après avoir subitement perdu connaissance, le recourant a fait une chute d'une hauteur de six marches dans des escaliers ; il a été transporté aux urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève, où ont été réalisés des premiers examens qui n'ont pas mis en évidence de lésions traumatiques. Aucun des critères développés par la jurisprudence afin d'admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles psychiques développés subséquemment n'apparaît par ailleurs rempli en l'espèce. Au vu de son déroulement, l'accident ne peut être qualifié

d'impressionnant ou de dramatique. Les examens radiographiques réalisés par la suite n'ont pas mis en évidence de fracture ou de lésion osseuse. Les douleurs persistantes, dont l'importance doit être relativisée compte tenu des effets certainement délétères de la problématique psychique, ne sauraient être qualifiées objectivement de graves et propres, selon l'expérience générale de la vie, à entraîner des troubles psychiques. A la lumière des certificats médicaux établis par le Dr V._____, il ne semble en outre pas que le recourant ait fait l'objet d'une prise en charge spécialisée et intensive de sa problématique douloureuse, laquelle aurait pu, le cas échéant, être source d'erreurs ou de difficultés à l'origine d'une décompensation psychique.

d) Sur le vu de ce qui précède, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme aux prestations de l'assurance-accident au 31 juillet 2015.

7. a) Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Le recourant qui voit ses conclusions rejetées ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 8 février 2017 par X._____ est confirmée.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- P. _____,
- X. _____,
- 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 :