

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er mars 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Röthenbacher et Thalmann
Greffière : Mme Desscan

Cause pendante entre :

T._____, à Nyon, recourant, représenté par Me Marlène Pally, avocate à Genève,

et

N._____, à Berne, intimée, représentée par Mes Séverine Berger et Bernard Geller, avocats à Lausanne.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, ressortissant du Kosovo, est employé par la société U._____ SA en qualité d'aide cuisinier, depuis le 1^{er} juin 2008. A ce titre, il est assuré par son employeur contre le risque d'accidents auprès de N._____ (ci-après : N._____ N._____ ou l'intimée).

Le 8 janvier 2009 vers 17 heures, l'assuré a été heurté par un véhicule sur un passage pour piéton. Selon le rapport de police, le conducteur du véhicule, inattentif, n'a pas accordé la priorité au piéton. Aucune trace en rapport avec l'accident n'a été relevée sur la chaussée. Le véhicule a été très légèrement endommagé (légère griffure sur le capot). L'assuré a été amené aux urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par ambulance. L'état physique de l'assuré n'a pas été jugé suffisamment inquiétant pour qu'il nécessite une hospitalisation. En effet, les examens de la hanche, du bassin et de la colonne lombaire n'ont pas mis en évidence de lésion osseuse, seule une fracture de la douzième côte à gauche étant suspectée. Les diagnostics de contusion lombaire et de contusion de la hanche ont été posés. L'assuré a ainsi pu quitter les urgences le 9 janvier 2009.

Ce même jour, il a été victime d'un malaise avec perte de connaissance, céphalées à l'hémi-crâne gauche, nausées et tremblement du membre supérieur droit. Il a à nouveau été admis aux urgences où il a été hospitalisé jusqu'au 10 janvier 2009. Les Drs J._____, chef de clinique, et L._____, médecin interne, ont posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (PTSD) F43.1. L'assuré a subi des examens au Service de Neurologie des HUG en date du 9 janvier 2009, examens qui n'ont pas permis d'objectiver un phénomène épileptique.

A une date inconnue antérieure au 21 janvier 2009, l'assuré a été examiné par la Dresse B._____, neurologue FMH. Dans son rapport médical du 21 janvier 2009, la Dresse B._____ a indiqué ce qui suit :

« Le patient est victime d'un accident de la circulation avec probable perte de connaissance et amnésie circonstancielle. Depuis, il se plaint de douleurs de la hanche gauche. En régression : vertiges intermittents attribués, selon le téléphone avec la Dresse R. _____, cheffe de clinique en neurologie, à une cupulolithiase droite (amélioration progressive des vertiges). Il se plaint également de fatigue, de troubles du sommeil.

Il décrit au moins deux épisodes de malaises avec perte de connaissance fortement suggestive de crises épileptiques partielles motrices avec généralisation secondaire. Il n'y a pas d'anamnèse pour des phénomènes similaires avant l'accident. Ceci nous pousse à rechercher activement une pathologie focale liée au traumatisme. Un écho doppler carotido vertébral a déjà été effectué et a permis d'écarter une dissection. Une IRM cérébrale a été demandée par la policlinique de neurologie.

Je pense donc qu'il est absolument nécessaire que ce patient bénéficie d'un suivi neurologique régulier mais, compte tenu des problèmes assez asséculogiques, je laisse soin à mes collègues de la policlinique de neurologie avec qui j'ai pris contact par téléphone, de poursuivre la prise en charge. »

Le 23 janvier 2009, l'assuré s'est rendu au Service de Neurologie des HUG pour y consulter la Dresse R. _____, neurologue FMH, et le Dr Z. _____, médecin interne. Il ressort ce qui suit de leur rapport médical du 19 février 2009 :

« Diagnostic(s)

- Céphalées post commotionnelles
 - Tremblement de la main droite
 - Vertiges rotatoires sur probable cupulo-lithiase post-traumatique
 - Status post-accident de la voie publique le 08.01.09 avec impact sur la hanche gauche.
- (...)

Discussion

Monsieur T. _____ se plaint toujours [d']un tremblement supérieur droit, dont une origine épileptique n'est pas impossible. Notons cependant, la présence de nombreux symptômes d'ordre psychiatrique avec des cauchemars, une reviviscence de son accident et une perte de l'appétit. Vu sa situation sociale difficile et une prise en charge complexe, nous lui avons fortement suggéré de se trouver un médecin traitant. Après discussion avec le patient et notre assistante sociale (Mme [...]), nous avons conclu qu'il serait plus judicieux de passer par l'UMSCO [Unité Mobile des Soins Communautaires] (POLIMED). Cette entité pourra à ce moment-là l'aiguiller dans les différents Services pour une prise en charge optimale. Dans le cadre de la présence de ce tremblement et des cauchemars, nous avons introduit un traitement de Xanax® à 0.5 mg 3x/jour et réintroduit le traitement de Brufen® avec protection pour ses douleurs. Nous avons également demandé une IRM

cérébrale, afin de visualiser une éventuelle lésion qui expliquerait une possible épilepsie.

Monsieur T._____ présente toujours des vertiges rotatoires, exacerbés par les mouvements de la tête, confirmés par la manœuvre de Hallpike qui nous font toujours évoquer une cupulolithiase post-traumatique. Nous lui avons expliqué la pratique des manœuvres de Semon, en cas de persistance de ses symptômes et pensons qu'il serait peut-être utile qu'il soit revu par nos collègues ORL. »

Une IRM cérébrale effectuée le 20 février 2009 n'a permis d'objectiver aucune lésion cérébrale.

Le 3 avril 2009, l'assuré s'est à nouveau présenté, au Service des urgences du Département de Médecine communautaire et de premier recours des HUG en raison de vertiges. Lors de cette consultation, les Drs E._____, interniste et G._____, médecin responsable ont retenu le diagnostic de "vertiges et céphalées temporales gauches évoluant depuis 3 mois suite à un AVP [accident de la voie publique], dont une cause somatique pure semble être écartée, d'étiologie à priori psychosomatique".

Dans un rapport médical intermédiaire pour l'assurance-accidents daté du 31 mars 2009, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine interne, s'est exprimé en ces termes :

« - tableau fortement suspect d'état de stress post-traumatique s'apparentant à un état dépressif modéré à sévère
- vertiges / tremblements au bilan somatique incompris
- en cours de bilan. »

L'assuré a fait l'objet d'une hospitalisation volontaire au Secteur psychiatrique Ouest de l'Hôpital psychiatrique de [...] du 22 juin au 1^{er} juillet 2009 en raison d'une péjoration anxiodépressive avec apparition d'une idéation suicidaire. Les Drs Q._____, chef de clinique adjoint et S._____, médecin assistante, ont rédigé un rapport médical le 4 août 2009, dont il ressort notamment ce qui suit :

« Il s'agit du premier séjour en milieu psychiatrique de ce patient, qui s'est déroulé sur un mode volontaire. Au cours de ce séjour, on a pu objectiver la présence d'un état dépressif sévère. L'état clinique

du patient nous a paru néanmoins fluctuant, avec l'impression que le patient avait tendance à accentuer la gravité de ses symptômes lors des entretiens médico-infirmiers, alors qu'il a pu se montrer capable de développer davantage de ressources à d'autres moments, suggérant par là une possible composante hystérisante à la symptomatologie. Dès son admission, M. T. _____ a été mis au bénéfice d'un traitement anxiolytique par Xanax et hypnotique par Damadorm. Le patient ayant déclaré ne ressentir aucun effet depuis l'introduction de la Fluoxétine, et tenant compte du faible potentiel anxiolytique de cette molécule, nous avons opté pour un changement de traitement antidépresseur, et introduit un traitement par Cymbalta qui, outre l'effet anxiolytique, présenterait une efficacité décrite sur la symptomatologie algique. Au cours de son séjour, le patient a présenté un malaise avec chute et tremblement du membre supérieur droit, avec maintien des signes vitaux. Le patient semble avoir perdu le contact un instant, mais a gardé les yeux ouverts. A la reprise de contact, les tremblements ont persisté, accompagnés d'une relative rigidité du membre supérieur droit. Devant cette présentation, atypique, nous n'avons pas immédiatement envisagé de nouveau bilan neurologique, mais préféré garder le patient sous surveillance infirmière. Pendant tout le reste de son séjour, le patient n'a plus présenté de tel malaise.

Sur le plan des facteurs déclenchant ou aggravant l'état dépressif actuel, nous avons pu identifier avec le patient plusieurs facteurs, notamment le souci que le patient a pour ses enfants, qui ne sont élevés par aucun de leurs parents et ils vivent dans des conditions socio-économiques difficiles. M. T. _____ a évoqué, de manière relativement authentique, son souhait de pouvoir les faire venir en Suisse, après avoir obtenu des papiers pour le faire. Cependant, le réel facteur de crise semble être les difficultés rencontrées dans la procédure de demande de mariage. En effet, le patient a évoqué avec nous une suspicion de mariage de complaisance de la part des autorités civiles, ce qui le révolte beaucoup. Nous avons proposé au patient, à plusieurs reprises, de rencontrer sa future épouse lors d'un réseau, mais cela s'est avéré impossible, Madame ayant dû subir une intervention chirurgicale peu avant l'admission de M. T. _____ dans notre établissement. Nous avons néanmoins pu contacter la fiancée du patient par téléphone, qui nous a confirmé les mauvaises nouvelles des autorités. Selon elle, il semble que le mariage va leur être refusé et que les possibilités de recours sont assez faibles. Il nous apparaît dès lors probable que ce problème soit le facteur déclenchant principal de la péjoration de l'état psychique constatée chez M. T. _____.

Sur le plan de son suivi, le patient souhaite continuer d'être suivi sur le plan somatique par le Dr H. _____ et a formulé une demande de suivi psychiatrique et ambulatoire à la policlinique psychiatrique de Nyon. Le 1^{er} juillet, le patient demande à sortir de l'hôpital. En l'absence de critères pour maintenir le patient hospitalisé contre son gré, nous avons accédé à sa demande, après nous être assurés, que sa compagne se portait garante de refaire appel à nos services si le patient devait à nouveau présenter des idées suicidaires. M. T. _____ quitte donc notre service le 1^{er} juillet et sera revu à la policlinique psychiatrique de Nyon par la Dresse S. _____ le 3 août prochain.

Diagnostic(s) (ICD-10)

- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)
- Possible trouble somatoforme sans précision (F45.2)
- Difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) »

Il ressort d'une notice de N. _____ du 24 août 2009 ce qui suit :

« Entretien avec le Dr H. _____

- Il nous informe avoir vu il y a environ 10 jours M. T. _____ et lui a expliqué qu'il allait remplir prochainement notre demande du 18.05.2009. Il va essayer de faire le nécessaire le plus rapidement possible.
- M. T. _____ a été hospitalisé dans le courant du moins de juillet 2009, nous demandons au Dr H. _____ de nous joindre une copie de tous les rapports médicaux en relation avec le cas.
- Le Dr H. _____ nous dit que dès le mois de juillet, l'IT [incapacité de travail] actuelle n'est plus en relation avec l'accident du 08.01.2009.

Entretien avec M. T. _____

(...)

- Il nous confirme que le médecin lui a expliqué que l'incapacité de travail est en relation avec l'accident jusqu'en juillet 2009, ensuite le cas serait plutôt du ressort de l'assurance maladie. »

Interpellés par N. _____, les Drs H. _____ et [...], spécialistes FMH en médecine interne, ont mentionné ce qui suit dans un courrier daté du 9 septembre 2009 :

« A. Monsieur T. _____ souffre d'un état dépressif sévère avec troubles somatoformes consécutif à un accident de la voie publique le 8 janvier 2009. Ce tableau clinique regroupant : céphalées, vertiges, tremblements et douleurs lombaires accompagnant les symptômes cardinaux d'une dépression avec dysthymie. Les différents examens complémentaires ont permis d'exclure une pathologie somatique post-traumatique. Le patient reste néanmoins handicapé par ces symptômes de manière à devoir cesser son activité professionnelle, appréciée, suite à l'accident.

B. La prise en charge thérapeutique, tant médicamenteuse avec traitement antalgique complet et traitement antidépresseurs, que le suivi rapproché des consultations médicales n'ont, à ce jour, pas montré d'efficacité sur l'évolution de ce tableau clinique. Ce dernier se péjorant d'ailleurs à la fin du mois de juin, indiquant un séjour hospitalier en milieu psychiatrique à l'Hôpital de [...].

C. A ce jour il m'est difficile de vous transmettre un pronostic précis, mais la sévérité du tableau clinique, évoque une amélioration, espérée, devrait se compter en mois. »

Le 21 décembre 2009, N._____ a soumis le dossier de l'assuré pour avis au Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 5 janvier 2010, ce praticien s'est prononcé comme suit :

« En résumé Monsieur T._____ a subi un banal accident de la circulation le 8 janvier 2009, avec une contusion lombaire et une contusion de la hanche gauche. En raison de problèmes familiaux importants, associés à des problèmes sociaux (clandestin) Monsieur T._____ décompense un état psychiatrique avec une psychose suicidaire et un état dépressif. Le stress post-traumatique est terminé depuis fort longtemps.

Réponses à vos questions

1. A votre avis, l'affection actuelle a-t-elle une relation au degré de vraisemblance prépondérante ou possible avec l'évènement traumatique de janvier 2009 ?

Les troubles psychiatriques ont une relation au degré de vraisemblance prépondérante au dessous de 50% avec l'évènement traumatique de janvier 2009.

En effet toutes les investigations neurologiques ont été faites et ne mettent en évidence aucune lésion post-traumatique expliquant un état de détresse psychiatrique.

2. Existe-t-il chez la personne assurée des états préexistants ? Si oui, lesquels ?

A la lecture du dossier on n'a pas l'impression que Monsieur T._____ avait été psychiatrisé avant l'évènement de janvier 2009, cependant, il ressort de tous les rapports psychiatriques que la raison de la décompensation psychiatrique est d'origine sociale et non pas post-traumatique.

Le statu quo ante a été atteint au plus tard 6 semaines après l'évènement traumatique. »

B. Par décision du 26 février 2010, N._____ a considéré que les troubles psychologiques actuels de l'assuré n'engageaient plus sa responsabilité, retenant qu'ils n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'évènement du 8 janvier 2009. L'assureur-accidents a précisé que le statu quo ante avait été atteint au plus tard six semaines après l'évènement et que l'atteinte à la santé était, dès mi-février 2009, à mettre en relation avec des facteurs d'ordre purement maladif. N._____ a toutefois renoncé, à bien plaisir, à demander le remboursement des indemnités journalières, versées selon elle à tort, jusqu'au 30 avril 2009 ainsi qu'à demander la restitution des prestations pour frais de traitement qu'elle avait déjà pris en charge à ce jour.

Le 8 mars 2010, l'assuré, représenté par l'avocate Marlène Pailly, a formé opposition contre ladite décision. Il alléguait que les séquelles physiques et/ou psychiques dont il souffrait étaient bien les suites de son accident du 8 janvier 2009 et qu'il y avait un lien de causalité naturelle conformément aux dispositions sur la LAA entre l'accident et son état de santé déficient, dans la mesure où il n'avait jamais été malade.

Par décision sur opposition du 13 avril 2010, N. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 26 février 2010. L'intimée a retenu que tant le lien de causalité naturelle que le lien de causalité adéquate devait être nié au-delà de mi-février 2009 et dès lors sa responsabilité.

C. Par acte du 12 mai 2010, T. _____ recourt contre la décision sur opposition rendue le 13 avril 2010 par N. _____, en concluant principalement à son annulation ; l'assureur-accidents étant contraint au versement d'indemnités pertes de gain au-delà du 30 avril 2009, au paiement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, les droits du recourant en matière de tort moral demeurant réservés. Le recourant fait valoir que, le 8 janvier 2009, il a été heurté par un véhicule roulant à plus de 50 km/h qui l'a éjecté sur plus de cinquante mètres et que, suite à cet événement, il n'a jamais pu reprendre son activité d'aide cuisinier U. _____ SA. Suite à cet accident, il souffre constamment de maux de tête, de douleurs dans les cervicales et dans les dorsales, il boite et il est toujours sous médicaments anti-douleurs. Il prétend ne jamais avoir été sujet à des problèmes de santé jusqu'au 8 janvier 2009 et que, dès lors, la causalité naturelle serait donnée. Quant à la causalité adéquate, il expose qu'il serait imaginable qu'un accident de gravité moyenne mais ayant un caractère impressionnant, ait provoqué chez un individu des problèmes de santé, dont l'amélioration peut mettre un temps important avant d'intervenir et de faire se dissiper les problèmes dorsaux

Dans sa réponse du 4 juin 2010, N._____ conclut au rejet du recours du 12 mai 2010, la décision sur opposition du 13 avril 2010 étant confirmée. L'intimée expose qu'en ce qui concerne le lien de causalité naturelle, le Dr M._____ a clairement indiqué que les troubles du recourant avaient une relation au degré de vraisemblance prépondérante au dessous de 50% avec l'accident du 8 janvier 2009 et qu'aucun autre élément au dossier ne permettait de remettre en cause ces conclusions. Concernant la causalité adéquate, l'assureur-accidents soutient qu'il ne ressort pas du dossier que le recourant ait été heurté à plus de 50 km/h et qu'il ait été éjecté sur plus de 50 mètres, le rapport de police mentionnant qu'aucune trace n'a été relevée sur place, laissant penser que l'accident s'est produit à vitesse réduite. En outre, le certificat médical LAA du 24 mars 2009 indique que la collision s'est produite à "faible allure". Ainsi, à supposer que les douleurs alléguées par le recourant soient en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré, l'existence d'un lien de causalité adéquate ne serait pas établi vu le caractère léger de l'accident.

Dans sa réplique du 25 juin 2010, le recourant renvoie à son recours et conteste, pour le surplus, que le lien de causalité adéquate ne soit pas établi. Il requiert l'audition de la Dresse P._____, médecin assistante au Secteur psychiatrique Ouest de l'Hôpital de [...]. Il a en outre produit un rapport médical daté du 2 juillet 2010 des Drs F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et P._____, médecin assistante au Secteur psychiatrique Ouest de l'Hôpital de Prangins, dont on extrait ce qui suit :

« 1. Quelle est l'anamnèse du patient ?

M. T._____ est originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1998, divorcé au Kosovo et père de trois filles qui vivent au Kosovo. Il a travaillé depuis longtemps comme cuisinier à [...], jusqu'au 8 janvier 2009, date de son accident de la voie publique ; alors qu'il traversait la rue sur un passage piétons, d'après ses dires et les rapports médicaux de son dossier. D'après son amie, avec laquelle il compte se marier, présente lors de la dernière consultation le 11.05.2010, le patient a été projeté très loin par la voiture.

Ses trois filles vivaient chez sa mère mais depuis que le patient est tombé malade, son ex-femme les a reprises et sont à sa charge, d'après les dires du patient. Il vit actuellement avec son amie, qui elle-même est malade.

Le patient décrit que depuis l'accident il souffre de céphalées intenses, depuis sa sortie des urgences des HUG, de vertiges et de tremblements de la main droite.

Les céphalées sont décrites comme atroces au niveau de la nuque, à type de fortes chaleurs et en coup de couteau, lui coupant le souffle et à l'acmé de la douleur le patient dit vouloir se couper la tête avec un couteau afin de soulager sa souffrance. Cette douleur est calmée par le Xanax. Il décrit une réviviscence permanente de l'événement sous forme de cauchemars ou d'envahissement de la conscience, à l'entente des sons et des bruits des voitures ou des sirènes de pompiers. Ses troubles s'accompagnent d'insomnies, d'état dépressif et d'irritabilité. Le patient n'arrive plus à travailler. Il se replie sur lui-même et vit un retrait social. Il décrit aussi un évitement et émoussement des émotions. Une perte d'intérêt aux activités qui étaient, il y a un peu plus d'une année, passionnantes comme la cuisine. Il émane des difficultés à se concentrer, une nervosité avec conflit familial (période de rupture avec son amie, d'après l'assistante sociale, Mme [...]).

2. Quels constatations et diagnostics exacts pouvez-vous poser?

Constatations : Le patient est âgé de 31 ans, fait plus que son âge, amaigri, le regard fixe et globuleux, amimique, le contact est froid. Habillement et hygiène sans particularité, pauvreté motrice, gestes lents, démarches difficiles avec canne, tremblement permanents surtout à droite. Le patient est bien orienté, mais présente des troubles de la mémoire récente. Trouble de la concentration. Le langage est pauvre et ralenti. La pensée est ralentie. Il n'y a pas de délire, pas d'hallucination, idées noires chroniques. Il présente une apathie, aboulie, anhédonie avec vide affectif, tristesse et perte d'espoir avec incapacité de se projeter dans l'avenir. Le patient est très anxieux avec attaque de panique lorsqu'il entend des bruits lui rappelant l'accident. Perte de poids d'un kilogramme chaque mois.

Diagnostics (CIM-10):

Etat de stress post-traumatique (F43.1)

Trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33)

3. Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées (décrire les souffrances endurées et évaluer leurs impacts sur le quotidien du patient ?

Nous vous prions de vous référer au point 2 pour l'observation clinique. En ce qui concerne l'impact sur le quotidien du trouble dépressif et de l'état de stress post-traumatique, nous retenons un isolement social et une incapacité de travail depuis l'accident de 2009 »

Dans ses déterminations du 18 août 2010, N._____ informe le juge instructeur qu'elle n'a pas de mesures d'instructions à requérir. L'intimée soutient que le rapport médical du 2 juillet 2010 n'est pas déterminant, les Drs F._____ et P._____ ne se prononçant pas sur la question du lien de causalité entre les troubles actuels du recourant et l'accident du 8 janvier 2009.

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 l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident (LAA ; RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est donc recevable.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). S'agissant d'une contestation relative au refus prestation LAA sans limitation dans le temps, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD).

2. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir s'il incombe à l'intimée de servir des prestations de l'assurance-accidents à raison de l'évènement du 8 janvier 2009 postérieurement au 30 avril 2009. Le recourant reproche à l'intimée d'avoir nié tout lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident survenu le 8 janvier 2009 et les troubles psychiques et physiques dont il souffrirait.

a) En vertu de l'art. 4 LPGA 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. 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.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4).

c) L'exigence du lien de causalité naturelle 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; TFA U 118/2003 du 30 juin 2004 consid. 3.1).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; TF U_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75] ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^e éd. Bâle/Genève/Munich 2007, n° 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne

suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF U_215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

3. a) En l'espèce, le lien de causalité naturelle doit être nié. Les médecins psychiatres de l'Hôpital de Prangins, qui ont traité le recourant à sa demande, ont relevé que ses troubles psychiques étaient essentiellement dus à des problèmes familiaux importants et sociaux et non à l'accident du 8 janvier 2009. Les premiers psychiatres consultés, les Drs Q._____ et S._____ de l'Hôpital de [...] n'avaient par ailleurs pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, mais seulement un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), un possible trouble somatoforme sans précision (F45.2), des difficultés liées à l'acculturation (Z60.3). Ce n'est qu'une année plus tard que les Drs F._____ et P._____ retiennent ce diagnostic sans toutefois l'étayer et en se basant uniquement sur les plaintes subjectives du recourant. Le Dr M._____ a de plus clairement indiqué que les troubles du recourant avaient une relation au degré de la vraisemblance prépondérante au-dessous de 50% avec l'accident du 8 janvier 2009. En outre, il a précisé que le statu quo ante avait été atteint au plus tard six semaines après l'événement traumatique, soit au plus tard à la mi-février 2009. Ainsi, non seulement le lien de causalité nécessaire entre les troubles du recourant et l'accident n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, mais encore le lien de causalité naturelle n'était de toute manière plus donné à partir de six semaines après l'accident. L'intimée était donc parfaitement en droit de cesser le versement de ses prestations à partir du 1^{er} mai 2009 comme elle l'a fait. Aucun autre élément au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions claires et précises du Dr M._____. En particulier, le Dr H._____ ne s'est pas prononcé sur les causes de l'incapacité de travail qu'il a retenu et n'a pas non plus attesté que cette incapacité de travail aurait été en lien de causalité naturelle avec l'accident. Au contraire, ce praticien a même affirmé que l'incapacité

de travail n'était plus en relation avec l'accident à partir du mois de juillet 2009 selon la notice de N._____ de l'entretien entre l'intimée et le Dr H._____ du 24 août 2009 ; ce qui démontre que l'incapacité de travail du recourant avait bien d'autres causes que l'accident, lesquelles ont très rapidement pris le dessus sur l'événement accidentel. Ainsi, dès lors que le lien de causalité naturelle fait défaut, le recourant ne peut prétendre à des prestations de N._____ au-delà du 30 avril 2009.

4. Par surabondance, même si le lien de causalité naturelle était réalisé, il n'en demeurerait pas moins que le lien de causalité adéquate fait défaut.

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose également entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 et la référence), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF 123 V 98 consid. 3 et les références ; TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

La jurisprudence a posé plusieurs critères pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les 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 (chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement ; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa p. 409). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les

forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées).

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave. 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. 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 ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

b) Contrairement à ce que soutient le recourant, de manière un peu téméraire, il n'a pas subi un accident de forte amplitude le 8 janvier 2009. Il n'était pas consécutif à un excès de vitesse, le conducteur ne roulait pas à plus 50 km/h et l'assuré n'a pas été éjecté sur plus de cinquante mètres. Le recourant a été victime d'un accident de peu de gravité voire de gravité moyenne de sorte que le lien de causalité adéquate entre l'accident et les éventuels troubles psychiques doit en tous les cas être nié pour les raisons suivantes. Si l'on qualifie l'accident subi d'accident de peu de gravité, le lien de causalité est d'emblée nié conformément à la jurisprudence. Si l'accident en question devait, au contraire, être qualifié d'accident de gravité moyenne, il convient d'analyser les critères retenus par la jurisprudence. Les circonstances dans lesquelles s'est déroulé l'accident du 8 janvier 2009 apparaissent dénuées du caractère particulièrement dramatique ou impressionnant requis par la jurisprudence ; les lésions physiques (contusion lombaire et contusion de la hanche gauche), qui n'étaient pas particulièrement graves, ne sont pas de nature à entraîner par elles-mêmes des troubles psychiques. Il n'y a en outre eu ni complications importantes, ni erreur dans le traitement médical des suites de l'accident dont la durée n'a pas été anormalement longue. Partant, après un examen attentif des critères jurisprudentiels, il y a lieu également de nier la causalité adéquate en cas d'accident de gravité moyenne et, dès lors, la responsabilité de N._____. Enfin, ainsi que cela a été relevé par les docteurs du Secteur psychiatrique Ouest, on observe une tendance du recourant à accentuer la gravité de ses symptômes lors des entretiens médicaux infirmiers. Or, conformément à la jurisprudence, le critère de l'existence de douleurs persistantes physiques doit être relativisé dans la mesure où les médecins relèvent une telle discordance (TFA U 59/03 du 23 janvier 2004 consid. 5).

c) Au vu de ce qui précède, en l'absence de rapport de causalité naturelle et adéquate entre les troubles physiques et psychiques présentés par le recourant et l'accident assuré, l'intimée était fondée à

refuser toute prestation à compter du 1^{er} mai 2009. Dans ce contexte, il y a lieu de renoncer à un complément d'instruction, tel que sollicité par le recourantP._____.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 13 avril 2010 par N._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni 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 Marlène Pally (pour T._____)
- Mes Séverine Berger et Bernard Geller (pour N._____)
- 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 :