

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2015

Composition : M. Neu, président
MM. Métral et Gerber, juge suppléant
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Amandine Torrent, avocate
à Lausanne,

et

M. _____, à Martigny, intimée.

Art. 19 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré), né en 1966, travaillait comme responsable d'atelier en milieu de détention à E._____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de M._____.

Le 30 juillet 2010 à 22 h 30, alors qu'il marchait sur la bande longitudinale réservée aux piétons d'un chemin dans une zone limitée à 30 km/h, l'assuré a été renversé par la voiture de [...]. Celle-ci, circulant à 40 km/h sous l'influence de l'alcool, a négocié un virage prononcé à droite en provoquant un crissement de pneus ; perdant la maîtrise de son véhicule qui a été déporté vers l'extérieur du virage, elle a percuté avec l'avant-droit de sa voiture l'assuré et la chienne de celui-ci. Du côté droit de la voiture, le pare-brise a été brisé et le rétroviseur arraché. L'assuré a été projeté par le choc au sol. Il a été acheminé en ambulance aux à l'hôpital Y._____ où il a séjourné jusqu'au 10 août 2010. Les lésions suivantes ont été diagnostiquées : fracture non déplacée du premier cunéiforme du pied droit, fracture non déplacée de la malléole interne droite, contusion au genou droit, plaie de la fesse gauche, dermabrasions multiples des membres inférieures. Selon le rapport de sortie du 2 septembre 2010, il n'y avait pas de notion de perte de connaissance, ni d'amnésie circonstancielle.

Selon le rapport de police du 19 août 2010, l'assuré a déclaré le 3 août 2010 n'avoir aucun souvenir des instants qui ont suivi le choc. Lorsqu'il a repris connaissance, il se trouvait au sol. Mme [...] a pris la fuite avec son véhicule sans s'arrêter.

L'assuré a été en incapacité totale de travail à partir du 30 juillet 2010. Le 10 janvier 2011, il a repris le travail à 50 %, puis à 100 % dès le 3 mai 2011.

L'assuré a été examiné le 14 février 2011 et le 1^{er} décembre 2011 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de M._____, lequel a rendu pour chaque examen un rapport médical. Dans son premier rapport du 14 février 2011, ce médecin a tout d'abord constaté la consolidation des fractures, avec apparition d'une complication secondaire sous forme d'une probable dystrophie réflexe (aussi appelée CRPS ou syndrome de Südeck). Le traitement de cette complication avait été optimal, d'abord par Miacalcic intranasal, puis par perfusions d'Aredi, avec conjointement des séances de physiothérapie à sec et dans l'eau, et des drainages lymphatiques. Le tableau actuel était plutôt rassurant. La raideur articulaire était en effet modeste, touchant uniquement la cheville et l'articulation sous-astragaliennne. Idem pour les troubles trophiques. Le genou gardait une mobilité complète et la trophicité musculaire régionale était préservée. L'évolution devait rester favorable dans les 2-4 mois à venir. Le Dr J._____ corroborait la poursuite du traitement de la physiothérapie dans l'eau (proposition d'accepter 9-18 séances), ainsi que du drainage lymphatique (9-18 séances). Le patient pouvait se rendre en piscine seul. Le Dr J._____ a finalement rappelé que la reprise du travail faisait partie intégrante du traitement de ces phénomènes dystrophiques réflexes. L'idéal était une reprise par paliers. La capacité actuelle étant bien tolérée, il proposait une augmentation à 60 % pour le 1^{er} mars 2011 et à 75 % pour le 1^{er} avril. Une capacité entière devait ensuite être retrouvée courant avril ou mai. Dans son deuxième rapport daté du 31 décembre 2011, le Dr J._____ a relevé notamment que l'assuré poursuivait les drainages lymphatiques, qui étaient assez espacés et se rendait en piscine à un rythme désormais insatisfaisant. Il se plaignait de douleurs à sa cheville, vraisemblablement en relation avec le CRPS. Il en allait de même pour les gonalgies antérieures, qui ne semblaient donc plus avoir de relation causale avec une supputée distorsion tibio-péronière, à moins qu'elles n'aient reflété une surcharge fémoro-patellaire, tout autant résiduelle, usuelle après des traumatismes compliqués et l'immobilisation y relative. Cette symptomatologie était appelée à s'estomper avec le temps, ce d'autant que sur le plan scintigraphique, le Südeck confirmait une évolution positive. Enfin, sur les

radiographies standard, il notait tout au plus des troubles dégénératifs débutants, antérieurs, de la cheville, pouvant sans autre correspondre à un tableau de « cheville de footballeur ». Toutefois, il s'agissait de comparer les dernières radiographies au status qui prévalait lors de l'accident. Dans ce sens, le recueil des clichés du 30 juillet 2010, voire de tout autre cliché de la cheville réalisé en 2010, pourrait mieux renseigner sur la responsabilité de l'accident dans ces troubles. Le Dr J._____ ne pensait pas que la poursuite du drainage lymphatique avait une utilité significative. En revanche, le patient pouvait sans autre se rendre en piscine plus souvent. Le port de bas de contention pouvait aussi s'avérer utile pour les 3 à 6 mois à venir.

L'assuré a reçu le 10 janvier et le 25 mars 2013 un traitement par injection intraveineuse de biphosphonate en raison d'une ostéochondrite accompagnée d'une petite zone d'œdème osseux. Ce traitement, conjointement à des supports plantaires, a permis de soulager les douleurs de manière satisfaisante, selon un rapport du Dr L._____ du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois du 12 avril 2013.

Selon les réponses du 12 juillet 2013 du Dr L._____ aux questions de l'assureur, l'assuré, qu'il avait examiné la dernière fois le 29 mai 2013, allait dans l'ensemble bien. Il n'avait pratiquement plus aucune douleur au niveau du péroné ou de la cheville. Il présentait des douleurs au genou, mais celles-ci n'avaient rien à voir avec l'accident du 30 juillet 2010. Aucun traitement n'était prévu et il ne fallait en principe pas s'attendre à un dommage permanent.

L'assuré était en traitement depuis novembre 2012 auprès du I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis 2013. Dans un rapport du 14 août 2013, le Dr I._____ a attesté que l'assuré était suivi dans un contexte d'état de stress post-traumatique, d'une diminution de l'élan vital et d'une tristesse très importante ; l'assuré souffrait d'une peur intense, de sentiments d'impuissance et d'horreur avec des reviviscences de l'accident, de l'évitement persistant de stimuli associés

au traumatisme et de l'émoussement de la réactivité générale et de l'activation neurovégétative. Vu la durée de la symptomatologie, le diagnostic correspondait à un trouble de stress post-traumatique (PTSD, Posttraumatic stress disorder) chronique qui s'accompagnait de troubles psychiatriques et de dysfonctionnements contraignants et invalidants dans les sphères sociale, familiale et professionnelle.

Dans un rapport médical du 6 septembre 2013, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, a déclaré que l'injection de biphosphonate s'était révélée efficace, tant au niveau des douleurs résiduelles, lesquelles avaient presque complètement disparu (seules quelques paresthésies très distales persistant) et au niveau de la capacité à reprendre une activité professionnelle et de loisirs. Il relevait que le Dr L._____ suggérait la poursuite du traitement de biphosphonate. Il allait organiser l'infiltration de biphosphonate au cabinet.

B. F._____ accidents SA, déclarant intervenir en tant que partenaire de [...] (désormais M._____) pour les prestations de longue durée de la LAA, a rendu une décision au sens de l'art. 49 LPGA à l'adresse du conseil juridique de l'assuré le 30 août 2013 à la suite d'une demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle y déclarait, en se fondant sur l'avis du Dr L._____ dans son rapport du 12 juillet 2013, que l'assuré n'avait pratiquement plus aucune douleur au niveau du péroné, ni au niveau de la cheville, que le pronostic était excellent et qu'il ne fallait pas s'attendre à un dommage permanent. Elle affirmait par ailleurs qu'il n'y avait pas de trouble psychique en relation avec l'accident justifiant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La décision du 30 août 2013 a été notifiée aussi à M._____ le 2 septembre 2013 avec la mention qu'en cas d'opposition il appartiendrait à M._____ de se prononcer sur la causalité entre les troubles psychiques et l'accident.

Le 3 septembre 2013, l'assuré a fait opposition contre la décision du 30 août 2013, estimant qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité était due en raison de troubles psychiques importants et durables.

C. Par décision du 11 septembre 2013, M. _____ a rappelé qu'elle avait pris en charge les divers traitements médicaux concernant les lésions physiques et a déclaré qu'elle refusait la prise en charge du traitement des troubles psychiques, estimant que les troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'événement du 30 juillet 2010.

L'assuré a fait opposition le 11 octobre 2013 contre la décision du 11 septembre 2013, estimant que le lien de causalité était donné au regard du rapport du Dr I. _____ du 14 août 2013.

Par décision sur opposition du 3 décembre 2013, M. _____ a écarté l'opposition et confirmé la décision du 11 septembre 2013. Elle a estimé que la relation de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident était douteuse, la première consultation chez le Dr I. _____ ayant eu lieu plus de deux ans après l'événement. Elle a toutefois laissé cette question ouverte, vu que la relation de causalité adéquate n'était pas donnée.

D. Par acte du 20 janvier 2014, l'assuré a fait recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 3 décembre 2013. Il conclut en substance à son annulation et à sa réforme en ce sens que les frais de traitement psychothérapeutique de l'assuré auprès du Dr I. _____ sont pris en charge par M. _____. Le recourant a fait valoir que l'accident du 30 juillet 2013 devait être qualifié de grave et que la décision entreprise ne tenait pas compte, sans motifs, du rapport du Dr I. _____ du 14 août 2013.

Dans sa réponse du 3 mars 2014, M. _____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 3 décembre 2013. Elle a estimé que l'avis du Dr I. _____ concernant la causalité naturelle devait être relativisé, eu égard à son statut de médecin traitant. Elle a maintenu que la question de la relation de causalité

naturelle pouvait rester ouverte, vu que la relation de causalité adéquate devait être niée.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans la suite de l'échange d'écritures.

E n d r o i t :

1. **a)** Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente compte tenu des fêtes judiciaires de Noël (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA), satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA

(art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1 *in* RAMA 2005 n° U 557 p. 388). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 précité consid. 3.1 et les références ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2).

3. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement 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'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 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. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

b) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Selon la jurisprudence, 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. 3.2 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3, 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa).

4. Dans la décision attaquée, l'assureur intimé a laissé ouverte la question de la causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 30 juillet 2010, mais nié le lien de causalité adéquate.

a) Selon la jurisprudence, la causalité adéquate ne doit être examinée qu'à la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, c'est-à-dire lorsqu'une amélioration sensible de la santé de l'assuré avec effet sur sa capacité de travail ne peut plus être escomptée (ATF 134 V 109 consid. 4).

b) En l'espèce, l'assureur intimé ne s'est pas prononcé ni dans la décision attaquée ni dans des actes antérieurs sur la clôture du cas. Il n'a pas mis un terme à l'ensemble des prestations provisoires, en particulier à la prise en charge du traitement médical pour les atteintes somatiques. Il a uniquement statué sur la prise en charge du traitement des atteintes psychiques.

Certes, l'assureur pour les prestations de longue durée, F._____ accidents SA, a nié par décision du 30 août 2013, l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cela ne signifie toutefois pas que F._____ accidents SA a, en tant qu'assureur des prestations de longue durée, clos formellement le cas. Lorsque les prestations de longue durée sont assurées par un assureur distinct de celui qui a conclu le contrat avec l'employeur et qui assure les prestations provisoires, c'est à cet assureur-ci - donc à celui qui assure les prestations provisoires - qu'il appartient de rendre une décision liquidant le cas quant aux prestations provisoires conformément à l'art. 19 al. 1 LAA. Il est en effet reconnu que la séparation entre l'assureur des prestations provisoires et l'assureur des prestations de longue durée conformément à l'art. 70 al. 2 LAA ne doit pas nuire matériellement ou procéduralement à l'assuré par rapport au cas normal dans lequel c'est le même assureur qui assure les deux catégories de prestations (ATF 138 V 161 consid. 2.3). Or, la question de la prise en charge du traitement médical est nécessairement antérieure à celle des prestations de longue durée. C'est donc la décision de l'assureur des prestations provisoires sur le lien de causalité entre les atteintes à la santé

et l'accident qui lie l'assureur des prestations de longue durée et non l'inverse (ATF 138 V 161 consid. 2.4).

Eu égard au rapport du 6 septembre 2013 du Dr V._____, l'assureur savait lors de la décision entreprise que l'assuré continuait à recevoir un traitement médical pour des atteintes à la santé physiques. La déclaration contenue dans la décision du 11 septembre 2013 selon laquelle M._____ avait pris en charge le traitement médical des atteintes physiques ne peut donc pas être comprise dans le sens que seule la question de la prise en charge du traitement psychiatrique était encore ouverte.

Comme l'assureur intimé n'a pas valablement liquidé le cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, c'est à tort qu'il a tranché le lien de causalité adéquate pour les troubles psychiques. Jusqu'à la clôture du cas, il lui appartient de prendre en charge les traitements médicaux pour les atteintes qui sont dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 30 juillet 2010. En l'espèce, la décision attaquée a laissé ouverte la question du lien de causalité naturelle entre cet accident et les atteintes psychiques diagnostiquées par le Dr I._____ tout en le mettant en doute au regard de l'écoulement du temps avant le début du traitement. Dans la mesure où le Dr I._____ avait rendu vraisemblable un lien de causalité naturelle au travers de la qualification de troubles post-traumatiques, ce lien de causalité naturelle ne peut être nié sans se fonder sur un avis médical. En effet, tant l'assureur que le juge doivent examiner le lien de causalité naturelle en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical.

5. Vu ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée. Il appartiendra à l'assureur intimé soit de prendre une décision de clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, après s'être notamment prononcé, sur la base d'un avis médical motivé, sur la question de la causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident en cause, soit de prendre en charge le traitement médical des troubles psychiques jusqu'à ce que les conditions pour la clôture du cas soient remplies.

Le présent jugement doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. et de les mettre à la charge de M._____, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 3 décembre 2013 par M._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour procéder au sens des considérants.

- III. M._____ versera à T._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Amandine Torrent, avocate (pour T. _____),
- M. _____,
- 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 :