

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 17 LPGA.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, travaillait en tant que chef de chantier pour la société P._____ Sàrl (devenue C._____ Sàrl depuis le mois de novembre 2011), dont il était aussi l'associé gérant avec signature individuelle. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 27 mai 2006, l'assuré s'est fait agresser dans le cadre d'une dispute et a été victime d'un coup de couteau à la cuisse droite et dans la région thoracique gauche.

L'intéressé a été hospitalisé au Centre hospitalier S._____ du 27 au 29 mai 2006. Le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le jour de l'accident (certificat médical du 18 août 2006).

Le 30 juin 2006, P._____ Sàrl a annoncé l'accident à la CNA, qui a pris en charge le cas.

Les plaies ont évolué favorablement, après avoir été révisées au Centre hospitalier S._____ (avis de sortie du 6 juin 2006). Le Dr F._____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré le 29 août 2006. Il a constaté qu'il présentait des séquelles neurologiques mineures après le coup de couteau à la cuisse droite, laissant une zone d'hypoesthésie en aval de la cicatrice. La CNA a par la suite prié le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, d'effectuer un bilan des séquelles somatiques de l'accident. Dans un rapport du 21 septembre 2007, le Dr Z._____ a relevé que l'assuré présentait des séquelles douloureuses de la plaie à la cuisse droite, laquelle n'avait pas de répercussion sur la fonction du quadriceps en

l'absence d'amyotrophie. Les symptômes douloureux devaient régresser et disparaître, de sorte qu'il ne retenait aucune séquelle à long terme.

Sur le plan psychique, le Dr D._____ a évoqué un état de stress post-traumatique dans son premier rapport intermédiaire du 29 août 2006 à l'attention de la CNA et réitéré ce constat dans les rapports subséquents (rapports des 26 octobre 2006, 6 août 2007 et 24 juillet 2008). Le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) a été confirmé tant par les médecins du Centre [...] qui suivaient l'assuré depuis le mois de juin 2006 (rapports des 16 février, 13 août 2007, 19 février et 14 mai 2008 des Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, G._____ et H._____) que par les médecins d'arrondissement de la CNA (rapport d'examen du 5 juillet 2007 des Drs C._____, spécialiste en chirurgie, et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Ces derniers ont constaté, dans leur rapport du 13 mars 2008, que la symptomatologie avait fluctué ; elle s'était amendée au début de l'année 2007, puis s'était à nouveau amplifiée à l'occasion de l'audience et du jugement rendu par le Tribunal de [...], condamnant l'agresseur de l'assuré pour tentative de meurtre (jugement du 15 novembre 2007). Les Drs C._____ et N._____ ont relevé qu'au jour de leur examen, la symptomatologie était en légère régression, mais qu'elle continuait à présenter un caractère handicapant. La capacité de travail ne semblait pas dépasser 50 %.

Dans l'intervalle, l'assuré a adressé, le 2 octobre 2008, une demande de prestations d'assurance-invalidité à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

La CNA a mis en œuvre une expertise psychiatrique et l'a confiée au Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport d'expertise du 27 février 2009, le Dr K._____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique chronique de gravité légère, de probable dépendance (et/ou abus d'alcool), consommation continue ainsi que de personnalité à traits anxieux (évitant). Il a retenu que l'agression avait pu représenter un facteur de stress, mais que depuis

2007, des éléments étrangers à l'agression contribuaient aussi au maintien des troubles psychiques. En revanche, il n'y avait pas d'éléments clairs qui pouvaient faire penser que la problématique éthylique serait en lien de causalité avec l'événement. Le Dr K. _____ a estimé qu'au-delà du 15 mai 2008, soit six mois après l'audience pénale, les conséquences de l'accident avaient cessé de déployer leur effet. L'expert a considéré que c'était dans son activité habituelle que l'assuré pouvait le mieux valoriser sa capacité de travail. Il existait une diminution de rendement de 20 %, qui était susceptible d'évoluer favorablement par l'obtention d'une abstinence éthylique et par une objectivation de la compliance médicamenteuse.

Le 23 avril 2009, les Drs C. _____ et N. _____ ont réalisé l'examen médical final de l'assuré. Dans un rapport du même jour, ils ont constaté qu'il souffrait toujours d'un état de stress post-traumatique au décours, dont la symptomatologie tendait à se stabiliser mais qui continuait à présenter un caractère handicapant. Ils ont considéré qu'ils ne pouvaient pas suivre les conclusions du Dr K. _____ sur la rupture du lien de causalité naturelle, estimant qu'il n'y avait pas de facteur étranger à l'accident clairement identifié, jouant un rôle important dans la persistance de la symptomatologie psychique. Ils rejoignaient en revanche le Dr K. _____ sur son appréciation du taux de l'incapacité de travail de 20 %. En outre, malgré une amélioration prévisible, des séquelles psychiques allaient subsister, justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % en présence d'une atteinte légère.

Par courrier du 1^{er} juillet 2009, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2009, au motif qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident. Elle continuerait cependant à prendre en charge les contrôles encore nécessaires jusqu'à nouvel avis, soit environ six consultations par année. Elle le renseignerait ultérieurement au sujet de son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 8 septembre 2009, la CNA s'est vue transmettre les fiches de salaire de l'assuré pour la période de mai 2005 à mai 2006. En 2005, son salaire mensuel brut s'élevait à 5'532 fr. 80, tandis qu'en 2006, il s'élevait à 8'000 francs.

Par décision du 25 septembre 2009, la CNA a alloué à l'intéressé une rente d'invalidité de 20 % dès le 1^{er} août 2009 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 21'360 fr., correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 %.

Dans l'intervalle, par décision du 12 juillet 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente pour la période du 1^{er} octobre 2007 au 28 février 2009, soit trois mois après avoir retrouvé une capacité de travail de 80 %. A cet égard, l'OAI a retenu que dès le 14 novembre 2008, en raison d'une amélioration progressive de l'état psychique, une capacité de travail de 80 % était raisonnablement exigible dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

B. Le 3 février 2015, la CNA a initié une procédure de révision de rente. L'instruction a révélé que le salaire annuel de l'assuré annoncé à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS s'élevait à 96'000 fr. en 2011 et 2012, et à 52'637 fr. en 2013, pour son activité auprès de C._____ Sàrl (extrait du compte individuel AVS du 13 février 2015). Il ressort en outre des fiches de salaire pour l'année 2014 transmises à la CNA que le revenu mensuel brut de l'assuré s'élevait à 5'000 fr., douze fois l'an. En réponse à un questionnaire de la CNA, l'assuré a indiqué que son état de santé était identique et qu'il n'y avait aucune amélioration.

Le 19 octobre 2015, la CNA a informé l'intéressé que la rente d'invalidité ne serait pas modifiée.

Dans un rapport intermédiaire du 22 mars 2016 à l'attention de la CNA, le Dr D._____ a suggéré que le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, réévalue l'assuré. Le 9 mai 2016, la CNA a

accepté de prendre en charge 12 consultations, au maximum, auprès de ce médecin.

Sur demande de l'intéressé, le Dr D._____ a adressé à la CNA un rapport du 5 mars 2018, précisant qu'il n'arrivait pas à contacter le Dr A._____. Le Dr D._____ a constaté que l'évolution de l'état de santé restait stable, sans vraie amélioration définitive avec des troubles anxieux se manifestant sous forme d'attaque de panique, de flashback, d'anxiété généralisée secondaire avec une tendance à l'évitement ainsi que des douleurs résiduelles de la cuisse droite et parfois thoracique.

Lors d'un entretien téléphonique du 19 mars 2018 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a précisé que le suivi avec le médecin psychiatre s'était interrompu et qu'il ne l'avait consulté qu'à sept reprises. Il allait continuer son suivi auprès de son médecin traitant, en accord avec celui-ci.

C. Le 7 juin 2018, la CNA a initié une seconde procédure de révision de rente, durant laquelle il est apparu que le salaire mensuel brut de l'assuré s'élevait à 8'000 fr. pour son activité auprès de C._____ Sàrl (fiches de salaire d'août 2017 à juillet 2018). Selon un extrait du compte individuel AVS de l'assuré daté du 15 septembre 2018, le salaire annuel annoncé à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS s'élevait à 104'000 fr. pour les années 2015 à 2017.

Sur le plan médical, le Dr D._____ a fait part de ses observations dans un rapport du 10 octobre 2018. Réitérant son diagnostic, il a constaté que le syndrome persistait avec des angoisses, des insomnies, des flashback et des thoracalgies. Il a fait état d'un status après « retraumatisation » durant le procès, précisant qu'il existait un risque réel de « retraumatisation » puisque l'agresseur était actuellement libre. Le pronostic demeurait mauvais. Le patient arrivait cependant, entouré des siens et avec un soutien thérapeutique, à gérer son quotidien. Après six séances auprès du Dr A._____, le trouble restait enkysté.

Sur le plan professionnel, l'assuré a indiqué, lors d'un entretien du 29 octobre 2018, qu'il était directeur de l'entreprise qu'il avait créée. L'entreprise occupait quatre ouvriers, dont son fils, et allait en engager un cinquième prochainement. L'intéressé s'occupait de la relation clients et des livraisons du matériel sur les chantiers. Il ne réalisait quasiment aucun travail manuel, était très fatigable et devait s'arrêter plusieurs fois dans la journée pour se reposer. Il estimait ne pas mériter le salaire qui recevait, l'entreprise lui versant un « évident salaire social ».

Le 12 mai 2019, la CNA a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et l'a confiée au Dr K._____. Dans un rapport du 5 septembre 2019, le Dr K._____ a posé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique en rémission (F43.1) sans répercussion sur la capacité de travail. Il a constaté que, depuis son précédent rapport du 27 février 2009, les séquelles légères de l'état de stress post-traumatique avaient disparu, le trouble étant actuellement en rémission. La poursuite à temps complet de l'activité habituelle d'employé/directeur de sa propre société était possible, sans limitation objective du point de vue psychiatrique. Le rendement de l'assuré n'était pas diminué dans l'exercice de sa profession, tout comme dans une activité adaptée. L'intéressé lui-même n'avait évoqué aucune limitation dans l'exercice de ses fonctions.

Le 12 septembre 2019, la CNA a transmis au Dr D._____ et à l'assuré une copie du rapport d'expertise précité, laissant la possibilité à ce dernier de prendre position. Par courrier du 7 octobre 2019, l'intéressé a déclaré s'opposer aux conclusions de l'expert, aux motifs qu'elles étaient incorrectes et ne relataient pas sa réalité actuelle. A son sens, son état se péjorait. Les troubles dont il souffrait limitaient fortement sa capacité de gain. Il craignait de devoir cesser son activité.

Par décision du 17 octobre 2019, la CNA a supprimé la rente d'invalidité avec effet au 1^{er} novembre 2019, considérant qu'il n'y avait plus de séquelles de l'accident influençant la capacité de gain dans une mesure susceptible d'être prise en considération.

Le 5 novembre 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision, sollicitant un autre avis.

Par décision sur opposition du 5 février 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision de suppression de rente. Elle a relevé qu'il n'existait et n'avait été apporté aucun argument susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique faite par le Dr K._____.

D. Par acte du 6 mars 2020 (timbre postal) adressé à la CNA, X._____ a déclaré faire « opposition à la décision prise le 05.02.2020 ». Il a allégué que sa situation était plus grave qu'auparavant et a sollicité un autre avis. A l'appui de sa position, il a remis une attestation manuscrite de son épouse dans laquelle elle indiquait qu'il faisait des cauchemars très graves et que le cas était très sérieux.

Par courrier du 11 mars 2020, la CNA a transmis l'acte de X._____ et son annexe à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, comme objet de sa compétence.

Par réponse du 27 mai 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, au motif que le recourant n'apportait aucun élément objectif susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr K._____ ni de justifier la sollicitation d'un autre avis psychiatrique.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

b) En l'espèce, le recours dirigé contre la décision sur opposition du 5 février 2020 a été adressé à la CNA le 6 mars 2020, soit dans le délai légal de trente jours, puis a été transmis le 11 mars 2020 à la CASSO. Le recours a ainsi été déposé en temps utile (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] ; art. 39 al. 2 et 60 LPGA).

On peut toutefois se demander si l'acte du 6 mars 2020 du recourant, extrêmement succinct tant par rapport aux faits qu'à l'exposé des motifs, satisfait aux conditions formelles de recevabilité prévues à l'art. 61 let. b LPGA.

La règle de l'art. 61 let. b LPGA découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. Par conséquent, il convient de ne pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (TF 8C_479/2016 du 2 août 2017 consid. 6.2 et références citées).

En l'occurrence, la volonté de recourir contre la suppression de la rente en se prévalant d'une aggravation de son état de santé se déduit néanmoins de l'écriture du recourant. Partant, le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit du recourant à une rente d'invalidité de 20 % à partir du 1^{er} novembre 2019.

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. Selon 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.

b) Selon l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

4. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

b) La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006

consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Rüedi, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

c) Il importe de rappeler que l'octroi d'une rente nécessite un lien de causalité entre les troubles et l'accident ; cet élément est essentiel pour ouvrir le droit à la rente, dès lors qu'en l'absence de lien de causalité, il n'y a pas d'incapacité de gain ni de travail consécutives à l'accident, de sorte que le degré d'invalidité est nul. Un changement dans les circonstances permettant de déterminer le lien de causalité constitue une modification des conséquences de l'état de santé sur la capacité de gain qui peut fonder une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La modification notable des faits déterminants par rapport à la situation au moment de l'octroi de la rente pour établir la causalité constitue bien un motif de révision de la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA (TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 consid. 6.3 et 8C_728/2014 du 4 janvier 2016 consid. 5.3).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. a) En l'espèce, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr K. _____ du 5 septembre 2019, l'intimée a considéré qu'il n'y avait plus de séquelles de l'accident du 27 mai 2006 influençant la capacité de gain et que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA – dans le sens de la suppression du droit à la rente au 1^{er} novembre 2019 – étaient ainsi réunies, ce que l'intéressé conteste.

Est déterminant le point de savoir si une modification est intervenue dans l'état de santé de l'assuré permettant de nier la persistance du lien de causalité tel qu'il avait été initialement reconnu au moment de l'allocation de la rente. Il convient d'examiner si les considérations médicales résultant de l'expertise du 5 septembre 2019 établissent qu'à la date déterminante de la suppression de la rente, l'état de stress post-traumatique, tel qu'il avait été reconnu dans la précédente expertise du 27 février 2009, était bien en rémission et devenu sans influence sur la capacité de travail.

b) Dans son rapport du 5 septembre 2019, l'expert a considéré que l'état de stress post-traumatique léger qu'il avait diagnostiqué dans son précédent rapport était désormais en rémission. L'assuré avait en effet d'emblée indiqué au Dr K._____, lors de l'examen clinique du 12 juillet 2019, qu'il ne voulait plus évoquer l'agression dont il avait été victime. L'expert a ainsi noté que l'intéressé n'avait pas de réactivité émotionnelle particulière lorsqu'il en parlait un peu. Si l'assuré avait fait état de cauchemars, il avait toutefois ajouté qu'il n'avait pas de flashback durant la journée, vérifiant tout au plus que personne ne le suivait lorsqu'il empruntait des petites rues sombres. Lorsqu'il se trouvait en vacances en [...], il se sentait complètement détendu, libre de toute contrainte ou anxiété. Pour le surplus, l'expert a relevé que l'assuré ne souffrait d'aucune anhédonie, aboulie ou apragmatisme, qu'il travaillait dans sa propre entreprise avec son fils et qu'il avait une vie familiale et sociale intense. Le Dr K._____ a dès lors constaté que les séquelles légères que l'intéressé présentait auparavant avaient disparu. Le recourant disposait donc d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, sans limitations fonctionnelles, étant précisé qu'il n'en avait pas fait état.

Il ressort d'ailleurs tant des fiches de salaire pour les mois d'août 2017 à juillet 2018 que de l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré pour les années 2015 à 2017 qu'il exerce une activité à plein temps. L'intéressé soutient à cet égard que le salaire serait social. Selon le principe inquisitorial qui régit la procédure administrative, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Ce principe n'est toutefois pas absolu, compte tenu de l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences

(ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 375 consid. 3). Les allégations du recourant, restées sans preuve, ne peuvent en conséquence pas être retenues s'agissant d'un éventuel salaire social.

En outre, le recourant n'est plus suivi au niveau psychiatrique et ne consulte plus que son médecin traitant, lequel n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à raison d'une fois tous les deux mois environ. Or, on rappellera que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Ces éléments transposables par analogie à l'évaluation d'un médecin traitant font défaut en l'espèce. Enfin, l'assuré ne prend pas régulièrement son traitement médicamenteux, ce qui tend également à confirmer les conclusions du Dr K._____.

L'appréciation du Dr K._____ est par ailleurs cohérente avec la définition et l'évolution de l'état de stress post-traumatique telles que décrites dans la Classification internationale des Maladies - ICD-10 2019, sous F43.1. En effet, le recourant ne présente plus les symptômes autorisant ce diagnostic. Par ailleurs, selon cette classification, l'évolution de cette atteinte est fluctuante mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité, qu'aucun médecin n'a objectivée ou diagnostiquée dans le cas du recourant.

Les conclusions du Dr K._____ résultent ainsi d'une étude fouillée, menée sur la base d'examens complets du dossier et en pleine connaissance de l'anamnèse. Ce médecin a clairement et de manière convaincante expliqué sa position. Au terme d'un examen global, il a dûment motivé ses conclusions. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport d'expertise.

Pour le surplus, aucune pièce médicale au dossier ne permet de douter de la valeur probante de l'expertise du Dr K._____. Le recourant ne produit au demeurant aucun rapport médical contredisant les conclusions de l'expert. Il se contente d'alléguer des cauchemars pour requérir un « second avis », ce qui s'avère insuffisant, ce d'autant plus qu'en l'occurrence, l'expert a pris en considération cet élément dans son analyse. Il n'existe en outre pas de droit de principe à une seconde expertise en cas de simple désaccord non objectivé médicalement (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4 et les références citées).

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 5 février 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- X. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :