

VD_FINDINFO AA 23/15 - 58/2016 vom 10. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_23_15_-_58_2016

FR: VD_FINDINFO AA 23/15 - 58/2016 du 10 mai 2016

IT: VD_FINDINFO AA 23/15 - 58/2016 del 10 maggio 2016

Regeste

ACCIDENT, AGRESSION, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, LIEN DE CAUSALITÉ, TRAUMATISME CERVICAL | 6 al. 1 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 10

mai 2016 _____ Composition : Mme Thalmann , présidente M. Dépraz, juge, et M. Gerber, juge suppléant Greffière : Mme Mestre Carvalho *****
Cause pendante entre : K. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA. E n f a i t : A. K. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant italien d'origine tunisienne né en 1980, est arrivé en Suisse en mai 2012. Au bénéfice d'indemnités de chômage depuis le 25 octobre 2012, il était à ce titre assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la Caisse). Le 14 avril 2013, l'assuré et un dénommé T. _____ ont été victime de violences aux mains d'un groupe d'individus, à W. _____. Dans sa plainte pénale déposée le jour même, l'intéressé a affirmé avoir reçu des coups au visage et a déclaré « imagine[r] avoir encaissé plusieurs coups de pied, car [il] ressent[ait] de fortes douleurs à la cheville droite ». Aux termes d'un rapport d'arrestation provisoire établi toujours le 14 avril 2013 à l'égard de deux individus (E. _____ et I. _____) prévenus de voies de fait, respectivement de lésions corporelles à l'encontre de T. _____ et de l'assuré, la Police de W. _____ a relaté que ce dernier avait reçu des coups de poing au niveau du visage, du corps et des jambes, qu'il avait une estafilade sur le sourcil droit et qu'il n'arrivait plus à poser le pied droit sur le sol. D'un rapport du 15 avril 2013 émanant du Service des urgences du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier X. _____), il est ressorti que l'assuré présentait une tuméfaction de l'arcade sourcilière droite avec dermabrasion, ainsi qu'une tuméfaction en regard du tendon d'Achille droit avec impossibilité de flexion et d'extension du pied. Les diagnostics de traumatisme crânien mineur et de suspicion de rupture du tendon d'Achille étaient retenus. L'assuré a été examiné le 22 avril 2013 par l'Unité [...] du Centre hospitalier X. _____. Aux termes du compte-rendu y relatif, ses déclarations ont été rapportées comme suit : " Selon les déclarations de M. K. _____ , le dimanche

E. 14

avril 2013 à 21H30, devant le Centre commercial « P. _____ », Place [...] à W. _____, il a été victime d'une agression de la part d'une dizaine d'inconnus. M. K. _____ et un ami marchaient dans la rue quand ils se sont fait accoster par deux inconnus. L'un d'eux, qui avait déjà accosté M. K. _____ par le passé, lui a dit : « Salut mon ami ». M. K. _____ lui a répondu : « Vous n'êtes pas mon ami, tu ne me parles

plus ». Il a ajouté, en pointant son doigt autour de lui, qu'il avait vu ce que l'homme faisait tous les jours, qu'il savait aussi où il cachait « les choses » et que s'il continuait, il appellerait la Police. Alors que M. K. _____ s'apprêtait à sortir son téléphone portable, il a été frappé d'un coup de poing à l'arcade sourcilière droite d'où il s'est mis à saigner. M. K. _____ ne peut préciser lequel des deux hommes l'a frappé. Environ une dizaine d'autres hommes sont arrivés. M. K. _____ a entendu l'un d'eux décrocher sa ceinture et la tirer hors des passants de son pantalon. Les hommes ont aussitôt frappé « comme des animaux » M. K. _____, de coups de tête, de coups de poing, de coups de pied et de coups de ceinture. M. K. _____, qui était debout, s'est protégé le visage de ses bras. Il a réussi à se dégager pour tenter de téléphoner à la Police. Là, il a été frappé avec un objet ressemblant à une barre en bois d'un coup au « talon d'Achille » droit. M. K. _____ a eu très mal et pense même avoir perdu connaissance « quelques secondes ». Il a perdu l'équilibre mais a pu s'asseoir sur un banc. Il a alors téléphoné à la Police. Les hommes sont partis. M. K. _____ a appelé son ami puis il a perdu connaissance pendant une durée qu'il ne peut préciser. Lorsqu'il a repris connaissance, son ami était près de lui. Ce dernier a laissé M. K. _____ seul quelques instants pour orienter la Police qui arrivait. M. K. _____ a alors eu très peur que les hommes ne reviennent. La Police a emmené M. K. _____ aux Urgences du Centre hospitalier X. _____. Là M. K. _____ a réalisé qu'il n'avait plus sa chaînette en or avec un médaillon. A sa sortie des Urgences, M. K. _____ est allé dormir chez un ami. M. K. _____ ajoute que l'un des hommes qui l'a agressé lui a dit : « I'll kill you ». M. K. _____ précise aussi qu'il n'avait consommé ni alcool ni stupéfiant. Le

E. 15

avril 2013, M. K. _____ a reconsulté le Service des Urgences d'où il a été adressé à l'Hôpital Q. _____ pour une suspicion de décollement de la rétine qui n'a pas été confirmé ." Dans leur compte-rendu du 22 avril 2013, les intervenants de l'Unité [...] du Centre hospitalier X. _____ ont également exposé que l'assuré avait dû être hospitalisé entre le 16 et le 18 avril 2013 à l'Hôpital L. _____, où il avait été opéré d'une rupture du tendon d'Achille. Il présentait au niveau de la tête, à l'extrémité externe du sourcil droit, une abrasion cutanée recouverte de croûtes rouge brunâtre mesurant 1,3 x 0,5 cm et, à la partie interne de la paupière supérieure droite, une ecchymose rouge mesurant environ 0,5 cm. Au niveau de la jambe droite, l'assuré était porteur d'une « botte orthopédique » et présentait, à la partie postérieure du tiers inférieur de la jambe, en regard du tendon d'Achille, une plaie chirurgicale suturée, à disposition verticale, avec quelques croûtes noirâtres, mesurant 2,5 cm de long, entourée d'un halo ecchymotique jaune bleuté d'environ 4 cm de diamètre. B. Le 30 avril 2013, la Caisse de chômage O. _____ a annoncé l'événement du 14 avril 2013 à la CNA. En date du 6 mai 2013, les Drs J. _____ et U. _____, du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier X. _____, ont établi un rapport de sortie relatif à l'intervention pratiquée en avril 2013. Ils ont relevé que l'intéressé était persuadé d'avoir reçu un coup au niveau du tendon d'Achille, mais qu'aucun témoin ne pouvait corroborer cette version et qu'il était probable que la rupture soit consécutive à une soudaine accélération. Ils ont ajouté que les suites opératoires étaient simples et qu'une rééducation par physiothérapie avait été mise en place. Le 2 septembre 2013, l'assuré a eu un entretien avec un inspecteur de la CNA. Du rapport établi à cette occasion, il est ressorti que sa cheville droite allait mieux mais qu'il boitait encore un peu. Il apparaissait en outre qu'au niveau psychologique, le moral n'était pas très bon et que l'assuré rêvait encore de l'agression. Sur le plan thérapeutique, il prenait des

médicaments pour dormir et calmer ses angoisses, voyait un psychiatre une à deux fois par semaine et suivait un traitement de physiothérapie. Par ailleurs, sa vue avec l'œil droit était atteinte, surtout le matin. Aux termes d'un rapport du 8 octobre 2013, les Drs M. _____, du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier X. _____, et U. _____ ont estimé que l'assuré était apte au travail depuis le 27 septembre 2013, nonobstant un risque de douleurs résiduelles possibles. Dans un rapport du 17 octobre 2013, la Dresse N. _____, de l'Hôpital Q. _____, a diagnostiqué un hématome périorbitaire droit. Elle a estimé que le pronostic était favorable. Par certificat médical du 12 décembre 2013, le Dr A. _____, médecin généraliste à Tunis, a prononcé un arrêt de travail d'une durée de soixante jours. A teneur d'un rapport du 21 février 2014, les Dr C. _____, du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier X. _____, et U. _____ ont confirmé que le traitement de la rupture du tendon d'Achille droit était terminé et que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail depuis le 27 octobre 2013. Le 19 mai 2014, la Caisse de chômage O. _____ a annoncé à la CNA une « rechute morale suite à l'agression du 14.04.2013 », avec incapacité de travail depuis le 19 avril 2014. Aux termes d'une feuille-accident réceptionnée le 23 mai 2014 par la CNA, le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté une incapacité totale de travail depuis le 18 avril 2014. D'un rapport du 30 mai 2014 contresigné par le Dr V. _____ et la psychologue D. _____, il est ressorti ce qui suit: "[...] Nous suivons M. K. _____ depuis le 3 avril 2014. A son entrée, le patient présente un profond sentiment de tristesse, des ruminations négatives, des troubles du sommeil, de l'appétit, des cauchemars à répétition, des flash-back, des conduites d'évitement, une anhédonie, une perte d'espoir. Ces symptômes ont émergé suite à une agression dont il a été victime en août 2013. M. K. _____ a subi des violences physiques par un groupe de dealers à W. _____ qui l'ont conduit à une hospitalisation d'urgence et à une opération du tendon d'Achille. La convalescence a pris plusieurs mois avec en outre des séquelles physiques qui le limitent à l'heure actuelle, le patient ne pouvant plus exercer son métier de cuisinier. Nous retenons comme diagnostic principal : - état de stress post-traumatique (F43.1) - épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques (F32.[3]) Depuis ce jour, nous avons introduit un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec des séances hebdomadaires et un suivi médicamenteux (Setraline 50 mg 1x/j, Imovane 1x/j). Actuellement, l'équilibre psychique de M. K. _____ est fragile. " Dans un rapport du 7 août 2014, le Dr V. _____ a indiqué ce qui suit : "[...] Monsieur K. _____ suit un traitement psychiatrique et psychothérapeutique hebdomadaire avec médication (Setraline 100 mg 1x/j, Imovane 1x/j) depuis le 3 avril 2014 à notre cabinet suite à la demande du Dr G. _____ (service de psychiatrie de liaison, Centre hospitalier X. _____) et du Dr H. _____ (son médecin traitant) pour : - un état de stress post-traumatique (F43.1) - un épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques (F32.3) En effet, le patient présente un profond sentiment de tristesse, des ruminations négatives, des troubles du sommeil, de l'appétit, des cauchemars à répétition, des flash-back, des conduites d'évitement, une anhédonie, une perte d'espoir, des troubles mnésiques, des troubles d'attention et de concentration et des idées suicidaires. Ces symptômes sont apparus suite à une agression dont il a été victime en avril 2013. M. K. _____ a subi des violences physiques par un groupe de dealers à W. _____ qui l'ont conduit à une hospitalisation d'urgence et à une opération du tendon d'Achille. La convalescence a pris plusieurs mois avec en outre des séquelles physiques qui le limitent à l'heure actuelle, le patient ne pouvant plus exercer son métier de cuisinier. Au niveau psychique, du fait de la sévérité des

symptômes susmentionnés, Monsieur K. _____ est en arrêt maladie depuis cet épisode et son équilibre psychique est fragile. " Après avoir examiné l'assuré le 2 septembre 2014, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre-conseil de la CNA, a fait part de ses observations dans un rapport du 2 décembre 2014. Il a exposé que l'assuré présentait des plaintes massives qui tournaient toutes autour des difficultés économiques et du fait qu'il avait peur de ses agresseurs. Les plaintes de troubles psychiques étaient toutefois peu claires et il était quasiment impossible d'obtenir des réponses précises aux questions posées, l'assuré déviant constamment ses réponses sur ses difficultés économiques. Le Dr B. _____ a plus particulièrement nié la présence d'un état de stress post-traumatique aux motifs que l'agression n'avait jamais mis en danger la vie de l'assuré, que les conséquences somatiques de cette agression étaient peu importantes, que les plaintes lors de l'examen ne permettaient pas de retenir des flash-back et qu'il n'y avait pas vraiment de comportement d'évitement. Ce médecin n'a pas non plus retenu d'épisode dépressif ; en effet, l'humeur n'était pas triste, il n'y avait pas d'idées suicidaires et les fonctions instinctuelles étaient préservées. En guise de diagnostic, le psychiatre-conseil de la CNA a retenu des troubles anxieux (F 41.9), expliquant que l'assuré présentait une angoisse concernant son avenir professionnel puisqu'il était au chômage au moment de l'agression. Pour le Dr B. _____, ces angoisses étaient vraisemblablement en lien de causalité naturelle partielle avec l'agression du 14 avril 2013, mais elles n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. L'assuré a également été examiné le 1^{er} octobre 2014 par le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant. Aux termes de son rapport du même jour, ce médecin a estimé qu'on pouvait reconnaître des limitations concernant la position debout prolongée au-delà de deux heures, sans possibilité de s'asseoir ou d'observer une pause. Dans une activité respectant ces limitations, l'assuré avait, pour les seules suites de la rupture du tendon d'Achille droit, une pleine capacité de travail. C. Par décision du 14 octobre 2014, la CNA a refusé de prester à raison des troubles annoncés au titre d'une rechute de l'événement du 14 avril 2013 et ayant justifié une prise en charge auprès du Dr V. _____ depuis le 3 avril 2014. La Caisse a en effet considéré que ces troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'événement du 14 avril 2013. Le 17 octobre 2014, l'assureur-maladie F. _____ a fait opposition à titre préventif contre la décision susdite. Il l'a retirée le 10 novembre suivant, acceptant de prendre en charge les frais de traitement pour les troubles psychogènes. Par acte de son conseil du 6 novembre 2014, l'assuré a fait opposition contre la décision du 14 octobre 2014. Il a essentiellement fait valoir qu'il avait été victime d'une agression gratuite au cours de laquelle il avait été physiquement blessé. Or, selon la jurisprudence fédérale, un tel événement devait être classé dans la catégorie des accidents de moyenne gravité et le lien de causalité examiné à l'aune de critères spécifiques. Dans ce contexte, le critère qui restait le plus difficile à établir était celui des circonstances de l'accident – le rapport de police étant lacunaire à cet égard. En ce sens, l'assuré a estimé qu'il y avait lieu de surseoir au prononcé d'une décision sur opposition jusqu'à ce que le jugement pénal soit rendu, lequel permettrait de se faire une idée plus juste de la situation. En date du 3 décembre 2014, la CNA a rendu une décision réduisant de 50% les prestations en espèces en lien avec l'événement annoncé le 14 avril 2013, estimant être en présence d'un accident non professionnel survenu lors d'une bagarre ; concernant la rechute d'avril 2014, les investigations étaient quant à elles toujours en cours. Le 16 janvier 2015, l'assuré – toujours sous la plume de son conseil – a formé opposition à l'encontre de cette dernière décision, faisant valoir qu'il n'avait joué aucun

rôle actif lors de l'événement en question et préconisant la suspension de la procédure le temps que le dossier pénal soit réglé. Par décision sur opposition du 13 février 2015, la CNA a prononcé, d'une part, la suspension de la procédure d'opposition ouverte suite à la décision du 3 décembre 2014, et ce jusqu'à droit connu en matière pénale. D'autre part, la Caisse a rejeté l'opposition du 6 novembre 2014 et confirmé la décision du 14 octobre 2014, estimant qu'il n'y avait sous cet angle pas lieu de suspendre la procédure. Plus particulièrement, elle a retenu que même à suivre la thèse – plus favorable à l'assuré – d'une agression subie le 14 avril 2013, il restait que les troubles psychiques concernés ne se trouvaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident en question. A cet égard, elle a considéré que l'événement du 14 avril 2013 devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne sans pour autant être à la limite des accidents graves, que la blessure au talon [sic] d'Achille droit comme celle à l'arcade sourcilière avaient guéri de manière favorable et que les lésions physiques subies le 14 avril 2013 ne pouvaient être objectivement qualifiées de graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Notamment, la vie de l'assuré n'avait jamais été mise en danger et aucun organe interne vital n'avait été touché. Les circonstances de l'accident n'apparaissaient par ailleurs pas particulièrement dramatiques ou impressionnantes, ou en tous les cas pas de manière suffisamment frappante ou intense. Le traitement médical mis en place pour les lésions organiques n'avait en outre rien eu d'inhabituel quant à sa durée ou à son ampleur ; sur ce point, il ne pouvait être question d'erreur dans le traitement médical. La Caisse a également estimé que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne pouvait être considéré comme rempli, au regard des conclusions et constatations objectives des spécialistes du Centre hospitalier X._____. Aussi les critères jurisprudentiels instaurés en la matière n'étaient-ils pas réalisés. D. Agissant par l'entremise de son conseil, K._____ a recouru le 18 mars 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le lien de causalité entre l'accident du 14 avril 2013 et les troubles psychiques est admis et le droit à toutes les prestations légales reconnu, en particulier le droit au traitement médical et aux indemnités journalières, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de l'affaire à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique neutre pour clarifier le ou les diagnostics présentés ainsi que la question de son incapacité de travail. Sur le fond, le recourant fait en substance valoir que le Dr B._____ n'a que partiellement repris les symptômes décrits le 7 août 2014 par le Dr V._____, qu'il s'est en outre référé au compte-rendu établi le 30 mai 2014 par le psychiatre traitant et non à celui du 7 août 2014 et qu'il n'a établi son rapport qu'en date du 2 décembre 2014, soit trois mois après l'examen du 2 septembre 2014. Aussi l'assuré estime-t-il que le dossier est incomplet sur le plan médical. Se plaçant par ailleurs sous l'angle des traumatismes psychiques indépendants, le recourant soutient avoir été victime d'un événement dramatique propre à faire naître chez lui une terreur subite, au sens entendu par la jurisprudence ; pour le cas où son raisonnement ne serait pas suivi sur ce point, il sollicite la suspension de la présente cause jusqu'à droit connu dans la procédure pénale en cours. Relevant de surcroît que la causalité naturelle entre l'événement du 14 avril 2013 et son atteinte psychique a été reconnue par le médecin-conseil de l'intimée, il ajoute que l'existence d'un lien de causalité adéquate doit également être admise, attendu qu'une agression est de nature à provoquer la terreur de l'agressé et qu'il n'est pas inhabituel que la victime soit ensuite atteinte dans sa santé psychique. Invoquant à

titre subsidiaire l'hypothèse de troubles psychiques réactionnels, le recourant rappelle que l'intimée ne conteste pas l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'agression et l'atteinte psychique et que seule demeure la question de la causalité adéquate. A ce sujet, il estime que contrairement à la position défendue par l'intimée, on ne peut pas dire que les circonstances du cas n'ont pas été particulièrement dramatiques, dès lors qu'il a été agressé gratuitement alors qu'il cheminait dans la rue et qu'une pluie de coups s'est abattue sur lui sans qu'il puisse se défendre. De même ne peut-on prétendre que les conséquences physiques de l'accident auraient guéri sans suite, puisqu'une rechute a été annoncée sans que l'on sache à ce jour de quoi il retourne ; pour le recourant, on peut d'ailleurs s'interroger, sur ce point, quant au caractère prématuré de la décision attaquée. Au surplus, il relève que lorsqu'il s'agit de juger la causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques réactionnels, il n'est pas nécessaire que tous les critères posés par la jurisprudence soient obligatoirement remplis. Cela étant, le recourant considère qu'il n'est pas possible de se prononcer valablement sur la question de la causalité adéquate dans l'hypothèse – subsidiaire – d'un trouble psychique réactionnel et requiert, sous cet angle, la suspension de la cause jusqu'à ce que l'intimée ait pu compléter ses investigations s'agissant de la rechute annoncée. Finalement, il fait valoir que le dossier constitué par l'intimée est lacunaire concernant sa capacité de travail au niveau psychiatrique. Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 22 avril 2015. Elle relève en particulier que le dossier est suffisamment instruit sur le plan médical et qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre des éclaircissements complémentaires, ni de suspendre la cause à cette fin. A ce sujet, la CNA souligne que le Dr B. _____ a examiné le recourant le 2 septembre 2014, qu'il a ensuite finalisé son appréciation le 2 décembre 2014 en tenant compte des rapports médicaux déterminants au dossier et que l'absence de référence spécifique au compte-rendu du Dr V. _____ du 7 août 2014 est due au fait que celui-ci n'amène rien de plus que le compte-rendu du 30 mai précédent. Pour le reste, la Caisse estime que la causalité adéquate doit être niée tant sur le plan de la jurisprudence relative aux traumatismes psychiques faisant suite à un choc émotionnel, que sous l'angle des critères développés en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident ayant également engendré un trouble somatique. Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures. Dans ce contexte, le recourant a notamment produit, le 11 juin 2015, un rapport du Dr V. _____ et de la psychologue D. _____ du 20 mars 2015 posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques et de problème musculo-squelettique grave, faisant mention d'une incapacité de travail définitive comme cuisinier ainsi que d'une « incapacité de travail actuelle relative dans une activité adaptée », et contestant l'appréciation du Dr B. _____ en particulier quant à l'absence de comportement d'évitement, d'humeur triste et d'idées suicidaires. E. En date du 31 juillet 2015 a été versé en cause le dossier constitué par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Y figuraient notamment les pièces suivantes : - une première demande de prestations déposée par K. _____ le 4 septembre 2013, faisant mention d'un suivi médical depuis le 14 avril 2013 pour une rupture du tendon d'Achille ; - une décision de l'OAI du 24 mars 2014, rejetant la demande susdite au motif que l'assuré, en incapacité de travail complète dès le 14 avril 2013, avait recouvré une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} octobre 2013 ; - une seconde demande de prestations déposée le 29 septembre 2014 par l'intéressé, motivée par un trouble moral et une douleur au niveau de la cheville droite ; - une communication de l'OAI du 21 octobre 2014, mettant l'assuré au bénéfice de mesures

d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle (une mesure de réorientation professionnelle sera ultérieurement mise en œuvre du 3 novembre 2014 au 3 février 2015) ; - un rapport du 27 novembre 2014 du Dr R. _____, chef de clinique au Service de traumatologie du Centre hospitalier X. _____, indiquant que le suivi médical s'était achevé le 2 octobre 2013, que la cicatrice était alors calme et la force récupérée avec un tendon d'Achille compétent, que l'assuré avait consulté à nouveau le 10 mars 2014 en raison d'une augmentation des douleurs autour du tendon d'Achille depuis trois mois, que des séances de physiothérapie avec du stretching avaient été ordonnées et que l'intéressé n'avait ensuite pas été revu en contrôle ni ne s'était représenté. Pour le Dr R. _____, la capacité de travail était totale, depuis le 27 septembre 2013 ; - un rapport du Dr V. _____ du 12 décembre 2014, exposant que la symptomatologie dépressive était encore présente au vu du contexte précaire dans lequel évoluait le patient et estimant qu'en raison du contexte de vie de l'intéressé, l'évolution psychique était lente mais plutôt favorable, avec diminution des symptômes dépressifs. Le Dr V. _____ observait en outre que l'assuré présentait d'importantes ressources psychiques qu'il arrivait à mobiliser pour trouver un logement, chercher du travail, faire les démarches administratives et consulter un avocat. Ce médecin faisait par ailleurs mention d'une incapacité de travail restée totale depuis le 18 avril 2014 ; - un avis médical rédigé le 3 février 2015 par le Dr S. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), qualifiant de « surprenante » l'aptitude à la réinsertion attestée le 12 décembre 2014 par le Dr V. _____, compte tenu du diagnostic d'épisode dépressif sévère ; - un complément d'information du Dr V. _____ du 22 avril 2015, indiquant que l'évolution était favorable et stable, avec nette diminution de la symptomatologie dépressive et post-traumatique, et qu'il n'y avait « actuellement » pas de diagnostic psychique incapacitant. Le Dr V. _____ estimait en outre à 100% la capacité de travail dans une activité adaptée depuis décembre 2014 ; - un rapport SMR établi le 15 juin 2015 par le Dr S. _____, rappelant notamment qu'une aptitude à la réadaptation avait été attestée par le psychiatre traitant dès décembre 2014 et retenant qu'au terme du délai de carence, les limitations fonctionnelles avaient disparu et la capacité de travail était redevenue entière dans toute activité. Le Dr S. _____ précisait néanmoins que ce n'était pas déjà le cas en décembre 2014, de sorte que la mise en place de mesures professionnelles était justifiée. F. Le recourant a produit de nouvelles pièces par envoi du 5 novembre 2015, dont le jugement rendu le 20 août 2015 par le Tribunal de police de l'arrondissement de W. _____ condamnant par défaut E. _____ et I. _____ pour lésions corporelles simples à l'encontre de K. _____ et T. _____, à raison des faits survenus le 14 avril 2013. E n d r o i t : 1. a) 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 (cf. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile – compte tenu de la notification de la décision sur opposition le 16 février 2015 – auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant, est donc recevable. 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93

let. a LPA-VD). 2. Le litige porte exclusivement sur la prise en charge de l'atteinte psychique annoncée comme rechute le 19 mai 2014. 3. Le recourant requiert l'ordonnancement d'une expertise médicale psychiatrique pour clarifier le ou les diagnostics ainsi que la question de son incapacité de travail. Or, nonobstant la teneur du rapport établi le 20 mars 2015 par le Dr V. _____ et la psychologue D. _____, il reste que les constatations émises le 22 avril 2015 par le Dr V. _____ montrent que le recourant ne présentait plus à cette date de diagnostic psychique incapacitant. Même s'il n'est pas clair si et dans quelle mesure l'amélioration de l'état de santé psychique et de la capacité de travail existait déjà lors de la décision attaquée, la demande d'expertise judiciaire doit donc être considérée comme devenue sans objet et ne peut qu'être rejetée. Au surplus, il faut relever que la demande d'expertise devrait aussi être rejetée au motif qu'une expertise judiciaire relative aux atteintes psychiques ayant existé avant la décision attaquée n'est pas nécessaire, car l'état de fait médical a été suffisamment instruit. En particulier, l'appréciation du Dr B. _____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Les critiques formulées par le recourant à l'égard de cette appréciation sont en effet infondées. Ainsi, le fait que le Dr B. _____ n'ait pas pris position expressément sur tous les symptômes décrits par le Dr V. _____ ne suffit pas pour mettre en cause la valeur probante de son évaluation, car on peut déduire de celle-ci qu'il n'a simplement pas constaté la présence de ces symptômes ; sur ce point, le fait que le Dr V. _____ et la psychologue D. _____ aient persisté, le 20 mars 2015, à retenir des symptômes pourtant écartés par le Dr B. _____ n'y vient rien changer. Quant à l'absence de mention du rapport du Dr V. _____ du 7 août 2014, elle est sans pertinence dans la mesure où ce rapport était en grande partie similaire à celui du 30 mai 2014. Le Dr B. _____ a d'ailleurs explicitement pris position sur les symptômes nouvellement mentionnés par le Dr V. _____ dans son rapport du 7 août 2014 (p. 2 : troubles mnésiques, troubles d'attention et de concentration et idées suicidaires) en niant leur présence (cf. rapport d'examen du 2 décembre 2014 p. 3). Quant au délai entre l'examen du recourant et la rédaction du rapport y relatif, il est sans influence sur la valeur probante de celui-ci dans la mesure où l'évaluation en cause porte sur la situation lors de l'examen et non lors de la rédaction du rapport. 4. 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 réputée 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 (cf. art. 4 LPGA). b) En l'espèce, la décision attaquée a admis à juste titre que les coups reçus par le recourant le 14 avril 2013 étaient constitutifs d'un accident. c) Le recourant soutient qu'il a subi aussi lors de l'événement du 14 avril 2013 un traumatisme psychique indépendant des atteintes physiques, en raison de la terreur soudaine qu'il a ressentie. A son avis, le fait d'avoir été agressé gratuitement par un groupe d'individus qui se sont acharnés sur lui sans motifs, d'avoir été frappé au visage sans pouvoir se défendre et d'avoir été menacé de mort par l'un des agresseurs serait constitutif d'un événement dramatique propre à faire naître une terreur subite. aa) Un traumatisme psychique constitue un accident lorsqu'il est le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de l'assuré et que l'événement dramatique est propre à faire naître une terreur subite même chez une personne moins capable de supporter certains chocs nerveux. Mais seuls des événements extraordinaires propres à susciter l'effroi (paralysie, battements de cœur) et entraînant des chocs psychiques

eux-mêmes extraordinaires remplissent la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte et, partant, sont constitutifs d'un accident (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser ■ Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [édit.], 3 e éd., Bâle 2016, n° 102 p. 927). Selon la jurisprudence, en effet, un traumatisme psychique devrait normalement, selon l'expérience générale de la vie, être surmonté au bout de quelques semaines ou mois (cf. ATF 129 V 177 consid. 4.3. et les références citées). La jurisprudence a admis que les cas suivants constituaient un événement effrayant : un tremblement de terre avec tsunami (cf. TF U 548/06 du 20 septembre 2007 consid. 4.4, 8C_30/2007 du 20 septembre 2007 consid. 4.2 et 8C_653/2007 du 28 mars 2008 consid. 4.1), une catastrophe par incendie, un accident d'avion ou de chemin de fer, une grave collision de voiture, le déclenchement d'une bombe, une attaque criminelle (cf. TF 8C_721/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.2, 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.1 et 8C_387/2007 du 25 février 2008 consid. 5.2.1), une menace pendant une dizaine de minutes avec des objets partiellement dangereux (cf. 8C_204/2010 du 3 décembre 2010 consid. 3.1), ou encore le fait pour un chauffeur de locomotive d'assister au suicide d'un tiers sous sa machine (cf. TFA U 93/88 du 20 avril 1990, in RAMA 1990 n° U 109 p. 300). Plus généralement, un danger subit de mort constitue un événement effrayant (cf. TF 8C_721/2011 précité loc. cit., 8C_584/2010 précité loc. cit., 8C_387/2007 précité loc. cit.). La jurisprudence a en revanche nié un caractère violent et surprenant à une arrestation (cf. TF 8C_533/2008 du 26 novembre 2008 consid. 4.1), au fait de se faire agresser brièvement avec arrachage des lunettes sans lésion physique même si la personne assurée a ressenti une grande peur (cf. TF 8C_774/2007 du 24 juin 2008 consid. 5), au fait d'être coincé entre deux machines sur un chantier (cf. TF 8C_721/2011 précité consid. 6.2), ou au fait de recevoir des coups de poing d'un homme inconnu non armé dans un lieu public en pleine journée sans tomber à terre et sans que les coups n'aient causé de blessure grave (cf. TF 8C_146/2015 du 22 juillet 2015 consid. 5.2.2). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1, 121 V 35 consid. 1a et 118 V 59 consid. 2b). Il faut poser des exigences élevées pour la preuve des faits qui ont entraîné l'événement effrayant, de même que pour l'évaluation du caractère inhabituel de cet événement et du choc psychique consécutif (cf. TF 8C_533/2008 précité consid. 2.2 et 8C_341/2008 du 25 septembre 2008 consid. 2.3). bb) Au vu de la jurisprudence exposée ci-dessus, les circonstances du cas d'espèce ne permettent pas de conclure à l'existence d'un traumatisme psychique constitutif d'un accident. Certes, l'agression décrite par le recourant apparaît plus intense que celle visée dans l'arrêt susmentionné du 22 juillet 2015. Les coups subis n'ont toutefois pas entraîné de blessures graves, eu égard au fait que, selon les Drs J. _____ et U. _____ du Centre hospitalier X. _____, la rupture du tendon d'Achille était probablement consécutive à une soudaine accélération et non à un coup. La menace orale de l'un des agresseurs (« I'll kill you ») a été mentionnée par le recourant pour la première fois devant l'Unité [...] du Centre hospitalier X. _____ le 22 avril 2013, mais elle ne figurait pas dans la plainte pénale déposée le jour de l'accident et n'apparaît dès lors pas vraisemblable. Elle n'a pas non plus été retenue dans la condamnation pénale des

agresseurs. Au surplus, même si cette menace était avérée, elle ne serait pas suffisante pour justifier la présence d'une terreur subite en l'absence d'une arme ou de lésions physiques rendant actuelle une telle menace. Il en va de même pour l'usage d'une ceinture par les agresseurs, avancé aussi pour la première fois devant l'Unité susdite le 22 avril 2013 et dont aucune trace physique n'a été constatée sur le recourant. Cela étant, on ne saurait considérer que le recourant a été exposé à un événement d'une grande violence propre à faire naître une terreur subite même chez une personne moins apte à surmonter certains chocs nerveux.

5. a) L'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations suppose l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé (cf. ATF 123 V 103 consid. 3d, 123 V 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références ; cf. TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2). L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références ; cf. également TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3). 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 "; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. TFA U 215/1997 du 23 février 1999 consid. 3b, in : RAMA 1999 n° 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, l'atteinte psychique a été annoncée le 19 mai 2014 comme une rechute. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (cf. ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; cf. TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (cf. dans ce sens TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 6.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (cf. TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). En l'espèce, selon les Drs M._____ et U._____, le recourant s'est trouvé pleinement apte au travail sur le plan physique depuis le 27 octobre 2013. L'assuré a certes

déclaré le 2 septembre 2013 qu'il voyait une à deux fois par semaine un psychiatre, mais aucune incapacité de travail pour motif psychique n'a été attestée à ce moment-là. Ce n'est qu'à partir d'avril 2014 qu'une telle incapacité de travail a été signalée par le Dr V._____. En l'absence de rapport médical du psychiatre ayant traité le recourant avant le Dr V._____, la question de la qualification comme rechute ou comme séquelle tardive doit ainsi rester ouverte – ce qui n'a toutefois aucune incidence sur l'issue du litige.

c) Indépendamment de la qualification de l'atteinte psychique (troubles anxieux selon le Dr B._____, psychiatre-conseil de la CNA, ou état de stress post-traumatique et épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques selon le Dr V._____, psychiatre traitant du recourant), le lien de causalité naturelle avec l'événement du 14 avril 2013 a été admis par le Dr V._____, eu égard à son diagnostic d'état de stress post-traumatique, et a été considéré comme au moins vraisemblable par le Dr B._____. Il n'est pas clair si, sur ce point, le Dr B._____ entendait se référer à la simple vraisemblance ou à la vraisemblance prépondérante. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). Lorsque l'autorité doit statuer selon la simple vraisemblance, elle doit, en se basant sur des éléments objectifs, avoir l'impression que le fait invoqué s'est produit, sans pour autant devoir exclure la possibilité qu'il ait pu se dérouler autrement (cf. ATF 132 III 140 consid. 4.1.2 et les références). Au cas d'espèce, il semble qu'il faille comprendre l'analyse du Dr B._____ comme se référant à la simple vraisemblance. La question peut toutefois rester indécise car, même dans l'hypothèse où l'on admettrait un tel lien de causalité naturelle, la causalité adéquate devrait être niée.

d) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (cf. TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 avec les références citées). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (cf. ATF 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b). En l'espèce, le Service des urgences du Centre hospitalier X._____ a diagnostiqué dans son rapport du 15 avril 2013 un traumatisme crânien mineur. Hormis la perte de connaissance lors de l'agression et les troubles de la vue qui ont conduit le recourant à consulter l'Hôpital Q._____ le 15 avril 2013, il n'y a pas eu de tableau clinique typique. Il ne ressort notamment pas du dossier médical que des douleurs au rachis cervical ou au cou se sont manifestées pendant le temps de latence. Un lien de causalité naturelle entre le traumatisme crânien et l'incapacité de travail postérieure à l'accident doit donc être nié.

6. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (cf. 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 générale 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 (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.2, 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). b) En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; cf. TFA U 277/04 du 30 septembre 2005 consid. 2 ss et les références). Lorsque l'état de santé de l'assuré a été de manière précoce et durablement affecté par des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5). En l'espèce, le caractère distinct et indépendant de l'affection psychique exige que l'on applique les critères jurisprudentiels exposés aux ATF 115 V 133 et 115 V 403 précités. c) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes psychiques. 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. 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. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4, 115 V 133 consid. 6c/aa et bb et 115 V 403 consid. 5c/aa et bb). d) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (cf. TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3). En l'espèce, le recourant a reçu avec certitude un coup de poing au niveau du visage puisqu'une tuméfaction de l'arcade sourcilière droite avec dermabrasion a été constatée par le Service des urgences du Centre hospitalier X. _____. Le recourant a par ailleurs déclaré avoir reçu des coups de poing, de tête et de pied sur le corps et au niveau des jambes, avoir été frappé par des coups de ceinture ainsi que par un objet ressemblant à une

barre en bois d'un coup au « talon d'Achille » droit. Hormis un traumatisme crânien mineur, seule une rupture du tendon d'Achille a été diagnostiquée. Or, selon les Drs J. _____ et U. _____ du Centre hospitalier X. _____, cette rupture était probablement consécutive à une soudaine accélération et non à un coup. L'événement du 14 avril 2013 atteint ainsi tout au plus le niveau d'un accident de gravité moyenne, sans être à la limite supérieure avec les accidents graves. Cela étant, on soulignera que lorsqu'un accident est qualifié comme étant de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents graves ni à celle de accidents de peu de gravité, il faut soit que trois critères soient remplis, sans que ceux-ci doivent l'être avec une intensité particulière, soit que l'un des critères soit rempli avec une intensité particulière (cf. TF 8C_464/2012 du 21 décembre 2012 consid. 4.2.2.2, 8C_996/2010 du 14 mars 2011 consid. 7. 3 et 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

e) Le recourant soutient que le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques est rempli au motif qu'il a été agressé gratuitement alors qu'il cheminait dans la rue et qu'une pluie de coup s'est abattue sur lui, sans qu'il puisse se défendre. Cette opinion est mal fondée. Le caractère soudain d'un événement traumatique ne suffit pas pour conclure à l'existence de circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes. Par ailleurs, il y a lieu, selon la jurisprudence, de faire abstraction de la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique et de s'attacher à l'événement accidentel lui-même (cf. ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5). Les circonstances de l'altercation du 14 avril 2013 n'ont manifestement pas le caractère particulièrement dramatique et impressionnant d'événements tels une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, une guerre, une mort violente en présence du sujet, un acte de torture ou de terrorisme, ou encore un viol (cf. TFA U 221/03 du 13 octobre 2004 consid. 4.2). Le critère n'est donc pas rempli.

f) Le recourant soutient par ailleurs que les lésions physiques n'étaient pas guéries, affirmant en se référant à la décision de la CNA du 3 décembre 2014 qu'une rechute avait été annoncée. Or, la rechute mentionnée par cette décision est celle annoncée le 19 mai 2014 par la Caisse de chômage O. _____, qui fait l'objet de la présente procédure. Aucune annonce de rechute pour une atteinte physique ne figure au dossier. Le recourant avait en outre récupéré bien avant la décision attaquée une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles consécutives aux atteintes physiques, à savoir la rupture du tendon d'Achille (cf. rapport des Drs M. _____ et U. _____ du 8 octobre 2013 et rapport du Dr Z. _____ du 1^{er} octobre 2014). La lésion du tendon d'Achille ne constitue pas une lésion physique grave ou d'une nature particulière qui serait propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical de cette atteinte n'a pas été particulièrement long. Aucune erreur médicale n'a été commise pendant le traitement et aucune complication importante n'est apparue. Quant à une incapacité de travail entre le 14 avril et le 27 octobre 2013 suite à une rupture du tendon d'Achille, elle n'apparaît pas d'une durée telle qu'elle puisse générer des troubles psychiques.

g) Comme aucun des critères n'est rempli, un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 14 avril 2013 ne peut pas être reconnu. C'est donc à juste titre que la CNA a refusé de prendre en charge les troubles psychiques annoncés comme rechute le 19 mai 2014.

7. a) Il suit de là que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il n'y a dès lors pas matière à percevoir des frais. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.