

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 758 vom 30. Oktober 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2017___758

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 758 du 30 octobre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 758 del 30 ottobre 2017

Regeste

AGRESSION, ASSISTANCE JUDICIAIRE, INDEMNITÉ{EN GÉNÉRAL}, RÉDUCTION{EN GÉNÉRAL}, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE | 29 al. 2 Cst., 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art.

E. 2

Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA). La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit

motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). b) Quoiqu'en dise le recourant, il convient de constater que la motivation de la décision entreprise permet de comprendre les éléments qui ont été retenus par l'intimée pour mettre fin aux prestations avec effet au 24 février 2016 et pourquoi ils l'ont été. Si on peut admettre qu'elle ne contient pas une motivation très étayée en ce qui concerne la question du lien de causalité adéquate dès lors qu'elle se contente d'affirmer qu'aucun des critères jurisprudentiels permettant de retenir l'existence d'un tel lien en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident de gravité moyenne au sens strict ou d'un accident de gravité moyenne à la limite d'un cas bénin n'est rempli, elle renvoie cependant à la jurisprudence en la matière, de sorte que le recourant ne pouvait méconnaître la portée de la décision querellée, qu'il a d'ailleurs été en mesure d'attaquer en connaissance de cause dans son acte de recours et ses déterminations ultérieures. Partant, le manquement invoqué se trouve finalement corrigé en instance cantonale, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Le grief du recourant quant au défaut de motivation se confond en réalité avec les critiques émises contre le fond de la décision et doit être examiné sous cet angle. Il doit en conséquence être écarté.

E. 3

a) Sur le fond, le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents (indemnités journalières et frais de traitement) pour la période postérieure au 24 février 2016, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles existant au-delà de cette date et l'accident du 2 novembre 2014. b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

E. 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 (art. 4 LPGa). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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 le droit des assurances sociales. 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). Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; cf. TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2 et la référence) ; 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 ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 5

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5). Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c

LPGA) 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, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 et les références citées ; Pratique VSI 2/2001 p.

106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

E. 6

a) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. 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'examen radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références). b) En l'espèce, sur le plan somatique, les médecins de l'Hôpital B._____ ont posé le diagnostic principal de traumatisme cranio-cérébral mineur, accompagné de contusions multiples, en particulier à la tête et au niveau de la main gauche. Alors même que l'assuré décrivait une perte de connaissance avec amnésie circonstancielle, se plaignant de céphalées et de douleurs à la base du crâne, au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire droite et au niveau du fémur droit, les contrôles pratiqués sur le plan neurologique se sont révélés normaux. Les examens radiologiques à disposition ne mettaient pas en évidence de fracture osseuse ni de séquelle traumatique. Quant à l'IRM cérébrale du 8 juillet 2016, elle n'a pas non plus confirmé l'existence de séquelle post-traumatique. S'agissant des céphalées, le Dr U._____ relève qu'à l'époque de la consultation auprès du Dr J._____, elles étaient localisées au niveau occipital avant de se propager dans toute la tête. Cette évolution conduit le Dr U._____ à s'interroger sur le caractère post-traumatique de ces céphalées dans la mesure où des lésions de ce type ont plutôt tendance à s'atténuer avec le temps, de sorte que le diagnostic de céphalées post-traumatiques posé par les Drs Q._____ et N._____ ne s'explique, selon le Dr U._____, que par la coïncidence temporelle entre ces dernières et l'agression subie. En l'absence de lésion anatomique imputable à l'événement accidentel du 2 novembre 2014, le Dr U._____ envisage la probabilité que des facteurs psycho-sociaux entretiennent le tableau clinique, hypothèse que le Dr J._____ avait du reste également avancée dans son rapport du 3 août 2015. Le recourant s'est plaint de troubles oculaires ensuite de l'accident du 2 novembre 2014. L'examen pratiqué le 12 novembre 2014 a toutefois conclu à l'absence de pathologie sur le plan ophtalmologique. Quant à la perte d'odorat dont il a fait état auprès du Dr Q._____, celui-ci n'a pas procédé à des investigations complémentaires alors même que, selon le Dr U._____, des troubles olfactifs pourraient suggérer une lésion cérébrale fronto-basale survenue dans le cadre d'un mécanisme de contre-coup. Le Dr Q._____ n'a pas non plus demandé d'autres examens d'imagerie afin d'exclure une telle lésion. Le Dr U._____ en conclut qu'en l'absence de preuve d'une lésion cérébrale fronto-basale, le trouble olfactif mis en évidence par le Dr Q._____ ne saurait être attribué à l'agression subie en novembre 2014. c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr U._____, dont le rapport d'évaluation neurologique du 22 août 2016 satisfait aux

réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante (cf. considérant 5b supra). Rendu en connaissance de tous les avis médicaux versés au dossier, y compris les documents d'imagerie, il contient une appréciation claire de la situation médicale et aboutit à des conclusions soigneusement motivées. Par ailleurs, les rapports des Drs Q._____, J._____ et N._____, au demeurant brefs et peu étayés, ne mettent en évidence aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr U._____. De son côté, le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de cette appréciation et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr U._____, puisqu'il se limite pour l'essentiel à faire part de son désaccord avec le contenu du rapport, sans faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. C'est par ailleurs en vain que le recourant reproche au Dr U._____ de ne pas l'avoir examiné ; celui-ci disposait des rapports des médecins traitants comme des comptes rendus d'imagerie, de telle sorte qu'il pouvait se prononcer sans examen clinique (cf. dans ce sens TF 8C_139/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4.3). d) Sur le vu de ce qui précède, il appert que la présence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 2 novembre 2014 et les troubles à la santé physique allégués doit être niée, faute pour le recourant de présenter sur le plan somatique, après le 24 février 2016, des séquelles organiques s'expliquant objectivement.

E. 7

Au plan psychiatrique, le recourant a consulté le Centre E._____ en raison d'un facteur de stress important accompagné d'anxiété, incitant l'intimée à procéder à l'examen de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'agression du 2 novembre 2014 et les troubles psychiques présentés depuis lors. a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un lien de causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 et 402, consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). aa) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109; 117 V 359 ; TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 5.2 et les arrêts cités). En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime (cf. TF U 18/07 du 7 février 2008 consid. 3.2 ; TF 8C_737/2008 du 29 mai 2009, avec des références à des arrêts publiés, en particulier ATF 115 V 133). 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 ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in :

Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd XIV, Soziale Sicherheit, 3 e éd., Bâle 2016, n° 121 ss, pp. 934 ss). Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave (cf. TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.2 et les références citées). bb) Il convient en l'espèce de relever que le recourant ne conteste pas expressément le fait que l'intimée a considéré que l'agression du 2 novembre 2014 constituait un accident de gravité moyenne. Il estime en revanche qu'au moins trois des critères définis par la jurisprudence pour fonder l'existence d'un lien de causalité adéquate seraient remplis. b) Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5 ; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 3.1), 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. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 3.2 et les références citées). On rappellera qu'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 et entraînant des chocs psychiques eux-mêmes extraordinaires remplissent la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte et, partant, sont constitutifs d'un accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références). 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 (ATF 129 V 177 consid. 4.3 et les références). A été ainsi qualifié d'accident le traumatisme subi par une assurée qui se trouvait sur une petite île en Thaïlande lors du tsunami du 26 décembre 2004 (arrêt U 548/06 du 20 septembre 2007, in SVR 2008 UV n° 7 p. 22) ou encore celui du conducteur de locomotive qui s'est rendu compte d'avoir écrasé une personne qui s'était jetée sous sa machine (arrêt U 93/88 du 20 avril 1990, in RAMA 1990 n° U 109 p. 300). c) Il convient, en premier lieu, d'examiner le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident. Il faut tout d'abord observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question. En l'occurrence, d'un point de vue objectif, les circonstances dans lesquelles s'est produit l'événement accidentel sont dépourvues de caractère particulièrement dramatique ou impressionnant, même si l'on peut comprendre que le recourant ait ressenti l'agression comme étant violente. Toutefois, cette dernière est intervenue vers 20 h 20 dans un lieu public et n'a été le fait que d'une seule personne. En outre, le recourant n'a pas été surpris par l'attaque, dès lors qu'il connaissait les motifs du

différend qui l'opposait à l'agresseur. L'agression n'a ainsi pas revêtu un caractère brutal et imprévisible. Elle n'a au demeurant pas été commise au moyen d'un objet. S'agissant ensuite des lésions physiques subies, le recourant se prévaut d'un arrêt du Tribunal fédéral du 6 mai 2008 (cause n° U 382/06), dans lequel il s'agissait du cas d'un homme qui, à 2 h 45 du matin, avait été attaqué par deux inconnus masqués à son domicile, qui l'avaient frappé à la tête avec un objet dur (« mit einem unbekanntem, harten, länglichen Gegenstand auf den Kopf ») ce qui avait entraîné diverses blessures et lésions au niveau de la tête, des bras et des mains. Il convient de constater que les lésions physiques subies, par le recourant ne sont pas propres, selon l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques. La description des plaies révèle qu'aucun organe vital n'a été atteint et qu'aucune des blessures infligées n'a engagé le pronostic vital du recourant. Celui-ci a du reste pu quitter l'hôpital le 4 novembre 2014. Elles ont au demeurant été qualifiées de lésions corporelles simples dans l'ordonnance pénale du 2 octobre 2015. Le recourant ne soutient pas avoir dû suivre un traitement médical prolongé et pénible, étant précisé qu'il doit être tenu compte uniquement du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). Les investigations médicales auxquelles l'assuré s'est soumis n'ont pas eu de but thérapeutique mais étaient plutôt destinées à rechercher l'existence d'une atteinte organique liée à l'accident, nonobstant le caractère rassurant des examens conventionnels effectués. Les mesures d'instruction médicale ne font cependant pas partie du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Les mesures thérapeutiques proprement dites ont pour l'essentiel consisté en un traitement médicamenteux (notamment antalgique). Or, à elle seule, la prise de médicaments antalgiques – même pendant une certaine durée – ne suffit pas à la réalisation du critère de la pénibilité du traitement (TF 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 et les références citées). Dans le prolongement du critère précédent, on peut relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison, ce que le recourant ne relève au demeurant pas. Pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, il faut que durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée. En l'espèce, le recourant se plaint de la persistance de céphalées. Or, aucun rapport au dossier ne fait état de limitations fonctionnelles induites par les douleurs alléguées. Partant, l'existence de douleurs intenses n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il convient de rappeler que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). Ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (cf. TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2 et la référence citée). En l'espèce, le recourant n'a pas démontré avoir fait des efforts en vue de retrouver un poste de travail bien que le Dr J. _____ ait considéré qu'il ne présentait aucune incapacité de travail (voir ses réponses au questionnaire de l'intimée du 3 septembre 2015). Les quelques pièces extraites du dossier de l'assurance-invalidité et versées au dossier de la CNA n'y changent rien. L'objet de l'assurance-invalidité n'est en effet pas le même que celui de l'assurance-accidents dès lors qu'il vise à la réadaptation professionnelle

de l'assuré compte tenu de son état de santé global alors que le but de l'assurance-accidents est de servir ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) en relation avec des atteintes à la santé causées par un accident. Quoi qu'il en soit, ce point peut rester indécis car même si l'on admet que ce critère est réalisé, il n'est pas à lui seul décisif pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard de la gravité de l'accident en cause (cf. ATF 117 V 359 consid. 6b, 369 consid. 4c). d) En conclusion, c'est à juste titre que l'intimée a nié le caractère adéquat du lien de causalité entre l'événement accidentel du 2 novembre 2014 et les troubles psychiques présentés, de sorte que le recourant ne saurait prétendre à de plus amples prestations à la charge de la CNA du fait de l'agression subie.

E. 8

Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, neurologique et psychiatrique. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 141 I 60 consid. 3.3; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011). b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions rapportées par le Dr U. _____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superflue.

E. 9

a) En définitive, la CNA n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme à ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) au 24 février 2016, au double motif, d'une part, que les atteintes somatiques qui subsistaient ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique et, d'autre part, que les critères jurisprudentiels permettant d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 2 novembre 2014 et un trouble psychique n'étaient pas réalisés. b) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

E. 10

a) Par décision du 26 septembre 2016, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 septembre 2016 en l'exonérant du paiement d'avances et de frais judiciaires de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Frank Tièche lui a été désigné (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil

juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. b) Le 20 juin 2017, Me Tièche a produit le relevé des opérations effectuées pour la période comprise entre le 12 septembre 2016 et le 20 juin 2017. Il a fait état d'un total de 29 heures et 35 minutes consacré à la présente procédure, soit 5'325 fr. auxquels s'ajoutaient 53 fr. de frais d'envoi, soit un total en sa faveur de 5'804 fr., TVA au taux de 8% par 426 fr. comprise. Après examen de la liste d'opérations, il appert que les sept heures (soit 420 minutes) consacrées par l'avocat à la confection de son mémoire de réplique dépassent ce qui est nécessaire à la conduite de la présente procédure. En effet, la problématique médicale est relativement banale – ce qu'atteste l'ampleur du dossier constitué –, si bien qu'elle ne nécessite pas des recherches particulièrement fouillées. Il convient donc de réduire le temps consacré à la réplique à cinq heures (soit 300 minutes), ce qui apparaît approprié au regard des particularités de la cause. Il en va de même en ce qui concerne les conférences avec le client qu'il convient de réduire d'une heure et demie (90 minutes), passant de 210 minutes (trois heures et demie) à 120 minutes (deux heures). S'agissant enfin des « opérations futures » mentionnées à la date du 20 juin 2017, on ne voit pas en quoi en elles consistent, de sorte qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de la durée annoncée en regard de ce poste (60 minutes). Sur le vu de ce qui précède, il convient de réduire la durée globale dont Me Tièche fait état dans sa liste d'opérations du 20 juin 2017 de 270 minutes, si bien que celle-ci s'élève désormais à 25 heures et 5 minutes. Ainsi, Me Tièche a droit à une indemnité d'honoraires de 4'515 fr., à laquelle il convient d'ajouter 53 fr. de débours. L'indemnité globale doit ainsi être fixée à 4'933 fr. 45, TVA au taux de 8% par 365 fr. 45 comprise. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. c) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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