

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 406 vom 31. Mai 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_406](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__406)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 406 du 31 mai 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 406 del 31 maggio 2019

### Regeste

RECONSIDÉRATION, RÉVISION{DÉCISION}, REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ACCIDENT, ACCIDENT DE PEU DE GRAVITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, LIEN DE CAUSALITÉ | 6 LAA, 4 LPGA, 49 al. 1 LPGA, 51 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 31.05.2019 Arrêt / 2019 / 406

RECONSIDÉRATION, RÉVISION{DÉCISION}, REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ACCIDENT, ACCIDENT DE PEU DE GRAVITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, LIEN DE CAUSALITÉ | 6 LAA, 4 LPGA, 49 al. 1 LPGA, 51 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 169/18 - 68/2019 ZA18.047347 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 31 mai 2019 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Dessaux , présidente  
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges Greffière : Mme Guardia \*\*\*\*\* Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Loyco SA, à Carouge, et F. \_\_\_\_\_ SA , à [...], intimée. \_\_\_\_\_ Art. 4, 49, 51, 53 al. 1 et 2 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA E n f a i t : A. M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant français domicilié en France, travaille depuis le [...] en qualité d'éducateur et de moniteur auprès de la C. \_\_\_\_\_. A ce titre, il est assuré auprès de F. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : F. \_\_\_\_\_ SA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. Par déclaration de sinistre LAA du 27 novembre 2017, la C. \_\_\_\_\_ a annoncé à F. \_\_\_\_\_ SA que le 25 novembre 2017, à 17 heures 15, l'assuré s'était fait agresser par un patient. Par lettre du 28 novembre 2017 à la C. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_ a donné suite à la déclaration d'accident susmentionné. Elle a indiqué à l'employeur qu'elle verserait à ce dernier des indemnités journalières. Elle a précisé qu'elle prendrait à sa charge les frais du traitement médical. Une copie de cet envoi a été adressée à l'assuré. Par certificats médicaux successifs, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a attesté d'une incapacité totale de travail du 28 novembre au 10 décembre 2018 [recte : 2017]. Le 2 décembre 2017, l'assuré a renvoyé à F. \_\_\_\_\_ SA, dûment rempli, un questionnaire visant à compléter l'annonce de sinistre du 27 novembre 2017. L'assuré a expliqué que le 25 novembre 2017, à 17 heures 15, il était intervenu auprès d'un patient qui semblait vouloir attenter à ses jours à l'aide d'une pièce métallique coupante. Il était parvenu à récupérer cet objet. Le patient avait alors fermé la porte de la chambre dans laquelle ils se trouvaient. Il avait ensuite menacé l'assuré tout en

l'empêchant de sortir avant de se jeter sur lui. Ils étaient tombés sur un lit et le patient avait donné un coup de poing à l'assuré au niveau de la bouche. L'assuré était finalement parvenu à se dégager et à sortir de la pièce. L'assuré a précisé que ce coup ne lui avait pas causé de lésion mais un hématome qui s'était résorbé. Il a déclaré qu'après cet événement, il s'était trouvé en état de choc et avait ressenti de l'anxiété. La fin de son service avait été difficile car il avait éprouvé une confusion, voire un traumatisme, qui s'était accentuée les jours suivants. A la question n° 5 du formulaire ayant pour intitulé « S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? S'est-elle déroulée dans des conditions normales ? Ou s'est-il produit quelque chose de particulier ? (coup, chute, glissade, etc.) Si oui, faites-en une description exacte », l'assuré a répondu : « il s'agit d'activité habituelle dans le cadre d'une unité d'urgence. Cela s'est déroulé dans des conditions normales ». Par certificat médical du 9 mars 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_ a déclaré que l'assuré avait souffert d'une anxiété généralisée avec état de stress post-traumatique à la suite d'une agression physique et psychologique sur son lieu de travail. L'évolution était favorable grâce au traitement anxiolytique dont l'assuré était maintenant sevré et à la psychothérapie comportementale mise en place. L'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle et avait repris le travail au taux de 100 % le 11 décembre 2017. Sa capacité de travail dans une autre activité s'élevait à 100 %. Par décision du 16 mars 2018, F. \_\_\_\_\_ SA a refusé la prise en charge des suites de l'événement survenu le 25 novembre 2017. Elle a estimé que l'agression subie par l'assuré ne revêtait pas le caractère extrême requis par la jurisprudence en cas d'atteinte de nature psychique et qu'en conséquence le traumatisme dont il se prévalait ne pouvait être considéré comme résultant d'un accident. Le 18 avril 2018, sous la plume de Loyco SA, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée. Il a relevé que les règles jurisprudentielles appliquées par F. \_\_\_\_\_ SA n'étaient pas pertinentes. En effet, ces règles concernaient des atteintes accidentelles de nature psychique uniquement alors que l'agression du 25 novembre 2017 lui avait également occasionné une atteinte physique. Il a encore fait valoir que, comme F. \_\_\_\_\_ SA avait accordé la couverture d'assurance et garanti le versement des prestations en date du 28 novembre 2017, elle ne pouvait pas revenir sur cet engagement. Par décision sur opposition du 2 octobre 2018, F. \_\_\_\_\_ SA a maintenu sa décision du 16 mars 2018. Elle a confirmé que l'événement du 25 novembre 2017 ne pouvait pas être considéré comme un accident au sens de la loi. Elle a ajouté que, même à reconnaître l'existence d'un accident, les prestations devaient être refusées dès lors que les troubles psychiques décrits ne se trouvaient pas dans une relation de causalité adéquate avec l'événement du 25 novembre 2017. Elle a en outre considéré que, comme elle n'avait jusqu'alors alloué aucune prestation, elle était fondée à revoir sa prise de position du 28 novembre 2017 sur la base des réponses de l'assuré à son questionnaire et du rapport médical du 9 mars 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_. B. Par acte du 2 novembre 2018, M. \_\_\_\_\_, représenté par Loyco SA, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a pris les conclusions suivantes : « Plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, de dire et prononcer, par arrêt : 1. Que le présent recours est recevable. 2. Que le présent recours est admis et que la décision sur opposition du 2 octobre 2018 est annulée. 3. Que F. \_\_\_\_\_ SA est tenue de verser les prestations LAA pour les suites de l'accident du 25 novembre 2017. 4. Que F. \_\_\_\_\_ SA est condamnée aux frais éventuels de la procédure et à verser des dépens au recourant 5. Que F. \_\_\_\_\_ SA est déboutée de toutes autres conclusions. » Le recourant a fait valoir que l'événement du 25 novembre 2017 ne lui avait pas causé qu'une atteinte psychique mais lui avait également occasionné un dommage

corporel. Il en a conclu que la jurisprudence citée par F.\_\_\_\_\_ SA à l'appui de sa décision refusant que cet événement soit qualifié d'accident ne lui était pas applicable. Il a également contesté l'appréciation de son assureur quant à l'inexistence d'un lien de causalité adéquate entre son agression et les troubles psychiques invoqués. Enfin, il a allégué que F.\_\_\_\_\_ SA n'était pas fondée à réviser ou reconsidérer sa décision rendue le 28 novembre 2017 accordant sa couverture. Par réponse du 7 décembre 2018, confirmant les considérations développées dans sa décision du 2 octobre 2018, F.\_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours. Par réplique du 10 janvier 2019, le recourant a persisté dans ses précédents motifs et conclusions. Par duplique du 25 janvier 2019, l'intimée a confirmé ses conclusions. Par courrier du 15 février 2019, le recourant a renoncé à se déterminer. 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). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. La question litigieuse consiste à savoir si l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement survenu le 25 novembre 2017. 3. a) Selon 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. En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2). La notion d'accident suppose l'existence d'une atteinte dommageable. L'événement qui n'entraîne pas de conséquences (une atteinte à la santé ou la mort) ne constitue ainsi pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA (Ueli Kieser, ATSG-Kpmmmentar, 3 ème éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 61 ad art. 4 LPGA). Pour être dommageable, l'atteinte à la santé doit nécessiter un traitement médical (ou pour le moins une mesure diagnostique) ou provoquer une incapacité de travail (Ghyslaine Frésard-Fellay, in : Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, volume II, Berne 2015, p. 337). 4. Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'assureur 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. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre 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). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2.), d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6) ou encore 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 (ATF 134 V 109).

5. a) Lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress psychique subi, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale selon laquelle 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 402 consid. 2.2 ; 129 V 177 consid. 4.2 ; TF 8C\_146/2015 précité consid. 5.2.1). Selon la jurisprudence, un traumatisme psychique constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, lorsqu'il est le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de la personne assurée 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). 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 citées). 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 (TF 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 (TF 8C\_8/2010 du 4 novembre 2010 consid. 5.1 ; TFA U 93/88 du 20 avril 1990, in RAMA 1990 n° U 109 p. 300). A contrario, le fait pour une éducatrice travaillant dans un foyer pour handicapés d'avoir été agressée physiquement par un résident ne présentait pas les caractéristiques d'un événement extraordinaire propre à engendrer des troubles psychiques avec une incapacité de gain durable (TF 8C\_146/2015 du 22 juillet 2015 consid. 5.2.1 ; TF 8C\_207/2014 du 13 mars 2015 consid. 6).

b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les

accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple heurté légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée (ATF 115 V 133 consid. 6a). Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ibidem). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a à l'inverse lieu de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate. Lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) : - 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 (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). 6. 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 mais que parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). b) Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier 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 preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2). 7. En l'espèce, le recourant affirme que l'événement survenu le 25 novembre 2017 doit être considéré comme un accident. Il fait valoir qu'ayant subi un dommage corporel, sous la forme d'un hématome, la jurisprudence relative aux atteintes psychiques invoquée par l'intimée pour retenir qu'aucun accident ne serait survenu ne devrait pas s'appliquer. a) Il ressort des pièces au dossier que le recourant a été frappé sur son lieu de travail par un résident de la C. .... Il a ensuite présenté un hématome qui, selon ses propres déclarations, s'est résorbé en une semaine (entre le 25 novembre et le

2 décembre 2017). Selon le questionnaire rempli par l'assuré, après son agression, il a terminé sa journée de travail selon ses horaires usuels. La fin de service s'est cependant avérée difficile en raison du choc et de l'anxiété ressentis. Le recourant a précisé que les jours suivants, son état de confusion s'est accentué. On comprend dès lors que c'est cet état psychologique qui a justifié l'arrêt de travail ordonné par le Dr F.\_\_\_\_\_. Dans son certificat médical du 9 mars 2018, ce dernier n'a d'ailleurs évoqué, comme conséquences de l'agression, qu'une anxiété généralisée avec état de stress post-traumatique. Les seuls traitements mis en place portaient quant à eux sur des soins psychiques. En définitive, l'hématome invoqué par l'assuré ne remplit pas les conditions légales pour être considéré comme une atteinte dommageable puisqu'il n'a nécessité ni traitement médical ni de mesure diagnostique. Aucune prestation n'est due par l'intimée à raison de cette atteinte physique. b) Le recourant ayant souffert d'une anxiété généralisée avec état de stress post-traumatique à la suite de l'incident du 25 novembre 2017, il convient d'examiner si ces atteintes psychiques permettent de qualifier cet événement d'accident au sens de la loi. Il y a dès lors lieu de déterminer si cette agression constitue un événement extraordinaire propre à susciter l'effroi et entraînant un choc psychique lui-même extraordinaire. A cet égard, l'intimée relève que le recourant aurait lui-même admis que l'événement litigieux était usuel dans sa réponse à la question n° 5 de son questionnaire. En réalité, force est de constater que l'intitulé de la question « S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? S'est-elle déroulée dans des conditions normales ? Ou s'est-il produit quelque chose de particulier ? (coup, chute, glissade, etc.) Si oui, faites-en une description exacte » ne revêt pas une grande clarté. Par sa réponse, l'assuré a simplement confirmé que c'était bien dans le cadre de son activité usuelle qu'il s'était trouvé en contact avec le patient. Le fait qu'il ait finalement été frappé par ce dernier ne répondait pas au déroulement normal de son activité professionnelle. Cela étant, comme le Tribunal fédéral l'a constaté dans une situation similaire, le fait, pour un éducateur travaillant dans une unité psychiatrique, d'être agressé par un patient ne saurait présenter les caractéristiques d'un événement extraordinaire propre à engendrer des troubles psychiques (cf. TF 8C\_207/2014 précité consid. 6). Il s'agit en effet de circonstances qui, sans être usuelles, peuvent survenir. En conséquence, l'agression physique survenue le 25 novembre 2017 ne constitue pas un événement extraordinaire propre à susciter l'effroi et entraîner un choc psychique lui-même extraordinaire. 8. A titre subsidiaire, l'intimée a également considéré que, même à admettre l'existence d'un accident, il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'événement du 25 novembre 2017. Le recourant rejette cette appréciation. A cet égard, ses arguments sont contradictoires. En effet, le recourant reproche à son assureur d'avoir traité l'événement litigieux comme un traumatisme psychique et nié la survenance d'un accident au sens de la loi. Selon le recourant, l'atteinte physique subie suffirait à démontrer la survenance d'un accident. Sur le plan de la causalité cependant, s'éloignant de sa propre appréciation, le recourant reproche à l'intimée d'avoir appliqué les règles relatives aux cas où l'événement accidentel a entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Si l'on retient que l'agression du 25 novembre 2017 a engendré une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, force est de constater que cet événement est insignifiant de sorte que l'existence du lien de causalité peut d'emblée être niée (cf. consid. 4a supra ). En effet, il ressort du récit de l'assuré que ce dernier a reçu un coup de poing. Il a été en mesure de se dégager et de quitter la pièce où se trouvait son agresseur. Il a ensuite pu continuer à travailler même s'il se trouvait en état de choc. Le coup ne lui a causé aucune blessure grave et l'hématome

s'est résorbé en une semaine. Au demeurant, même à considérer l'agression du recourant comme un événement de gravité moyenne, il y a lieu de constater qu'aucun des critères objectifs à prendre en considération n'est réalisé (cf. TF 8C\_493/2017 précité consid. 2.2) de sorte que l'existence d'un lien de causalité adéquat ne saurait être admise. Il ressort de ce qui précède qu'il n'existe pas de lien de causalité entre l'événement du 25 novembre 2017 et les troubles psychiques dont souffre le recourant. 9. Le recourant fait enfin valoir que l'intimée n'était pas fondée à revenir sur son courrier du 28 novembre 2017 par lequel elle s'était engagée à verser des indemnités journalières et à prendre en charge les traitements médicaux qui découleraient de l'événement du 25 novembre 2017. Le recourant considère en effet que les conditions de la révision ou de la reconsidération n'étaient pas remplies dans le cas d'espèce. a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération; art. 53 al. 2 LPGA). Les mêmes conditions s'appliquent pour le réexamen d'une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) qui n'a pas été contestée dans un délai raisonnable (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1; 132 V 412 consid. 5; 129 V 110). Tant la révision procédurale que la reconsidération supposent qu'un organe d'exécution d'une assurance sociale ait rendu une décision ou une décision sur opposition. Par décision, on entend l'acte juridique par lequel un rapport juridique individuel et concret est réglé de façon unilatérale et contraignante (Margit Moser-Szeless, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 21 ad art. 53 LPGA). Certaines décisions doivent être rendues à l'issue d'une procédure formelle (Valérie Défago Gaudin, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 6 ad art. 51 LPGA). C'est le cas lorsqu'elles portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGA). La prise de position de l'assureur selon la procédure simplifiée est écrite (Valérie Défago Gaudin, op. cit., n° 7 ad art. 51 LPGA). Lorsqu'il choisit de rendre une décision selon cette procédure, l'assureur est tenu, dans ce cadre, d'informer l'assuré de son droit d'exiger qu'une décision formelle soit rendue, conformément à l'art. 51 al. 2 LPGA (ATF 132 V 412 consid. 3). b) En l'espèce, le courrier du 28 novembre 2017 auquel se réfère le recourant est une simple lettre d'information, adressée à l'employeur avec copie à l'assuré, de sorte que ce document ne saurait avoir les effets d'une décision formelle entrée en force (cf. TF 8C\_531/2012 du 4 juin 2013 consid. 4.2). En tout état de cause, du moment qu'elle n'avait alloué aucune prestation, l'intimée pouvait, sans devoir invoquer de motif de reconsidération ou de révision procédurale, nier son obligation de prendre en charge le cas (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1 ; 129 V 110 consid. 1.1 ; 110 V 176 ; TF 8C\_531/2012 précité consid. 4.2). Enfin, contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'intimée n'a pas tardé à statuer. Elle a en effet fait preuve de diligence en rendant sa décision peu après avoir reçu le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ dont la tardiveté ne lui est pas imputable. Les griefs du recourant sont ainsi mal fondés. 10. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse 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 prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 2 octobre 2018 par F. \_\_\_\_\_ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire, 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 : ■ Loyco SA (pour M. \_\_\_\_\_), ■ F. \_\_\_\_\_ SA, - 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 :

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