

VD_FINDINFO AA 103/21 - 57/2024 vom 27. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_103_21_-_57_2024

FR: VD_FINDINFO AA 103/21 - 57/2024 du 27 mai 2024

IT: VD_FINDINFO AA 103/21 - 57/2024 del 27 maggio 2024

Regeste

LIEN DE CAUSALITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 6 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 4

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une analyse complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

E. 5

Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté ni contestable que l'événement du 10 décembre 2018 constitue bien un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Il est par ailleurs constant que, suite à cet événement, diverses atteintes ont été rapportées. A cet égard, la X._____ a plus spécifiquement fondé sa position sur des atteintes somatiques stabilisées au 31 décembre 2020, des atteintes neuropathiques non objectivables et sans lien de causalité adéquate avec l'événement du 10 décembre 2018, ainsi que des atteintes psychiques ne pouvant plus être mises en lien de causalité avec l'accident au-delà du mois de juin 2019. a) A titre liminaire, il y a lieu de noter que plusieurs pièces médicales ont été versées en cause au cours de la présente procédure judiciaire. Si elles sont certes postérieures à la décision attaquée rendue le 28 juillet 2021, elles doivent néanmoins être prises en considération dans la mesure où elles concernent l'évolution de la situation médicale avant cette date et sont conséquemment susceptibles d'influencer l'appréciation du cas (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). On ajoutera encore qu'il importe peu que parmi ces pièces figurent deux expertises réalisées sur mandat d'autres assureurs. On ne saurait en effet d'emblée considérer qu'un rapport d'expertise réalisé dans le cadre d'une procédure tierce n'aurait pas de valeur probante dans le domaine de l'assurance-accidents

(voir dans ce sens TF 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 4 pour une expertise de l'assurance-accidents utilisée en assurance-invalidité). b) Sur le plan strictement traumatologique, il est constant que l'assurée s'est coupé le majeur droit le 10 décembre 2018 et que cette lésion a abouti à l'amputation de ce même doigt et à un repositionnement de l'index droit. La nature traumatique de ces lésions n'est en outre pas controversée. A ce stade, il convient donc de déterminer si les lésions organiques constatées à la suite de l'accident du 10 décembre 2018 ont connu une stabilisation au 31 décembre 2020, justifiant l'interruption du droit au traitement médical et aux indemnités journalières tel décidée par l'intimée. A cet égard, il y a lieu de rappeler que nonobstant des limitations persistantes au niveau de la mobilité et de la force (cf. en particulier rapports des ergothérapeutes LL._____ et MM._____ des 2 juillet 2019 et 16 juin 2020 ; cf. également rapport de la Dre N._____ des 25 mai et 3 juin 2020), l'évolution suite aux traitements chirurgicaux réalisés en décembre 2018 a été décrite comme positive (cf. rapports des 3 avril, 31 mai 2019 et 7 août 2019 des spécialistes de la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E._____). L'intervention réalisée le 11 novembre 2019 a encore amené une amélioration en particulier au niveau de l'extension du doigt (cf. rapport de la Dre CC._____ du 7 janvier 2020) et l'évolution a ensuite suivi un cours favorable notamment au niveau de la mobilité et de la force (cf. rapport de la Dre CC._____ du 20 mars 2020 et rapport des Drs BB._____ et KK._____ du 29 janvier 2021 ; voir également rapport des physiothérapeutes LL._____ et MM._____ du 25 novembre 2020) mais aussi de l'extension des doigts et de la fermeture du poing (cf. rapport des Drs CC._____ et FF._____ du 5 juin 2020). Dans ces conditions, les spécialistes de l'Hôpital E._____ ont estimé que le traitement avait atteint son terme, au plan chirurgical, dès le mois de janvier 2021 faute de plus amples mesures susceptibles d'apporter une amélioration (cf. rapport des Drs BB._____ et KK._____ du 29 janvier 2021). D'un point de vue médical, l'absence de récupération complète de la fonction de la main était du reste escomptée (cf. rapports du 6 septembre 2019 et du 20 mars 2020 de la Dre CC._____); on relèvera, sur ce point, que les experts d'Y._____ ont, d'ailleurs, corroboré que le déficit de force était inhérent à une résection de rayon et qu'une récupération totale de la fonctionnalité de la main n'était pas envisageable (cf. rapport d'expertise des Drs J._____ et Q._____ du 16 décembre 2022 p. 10 s.). Sur la base de tels éléments, on peut considérer comme probante l'appréciation des médecins conseils de la X._____ – qui n'ont certes pas personnellement examiné la recourante mais dont les avis se basent néanmoins sur des évaluations médicales fondées sur un examen concret (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références citées) – estimant que les traitements pour le volet traumatologique se justifiaient jusqu'à la fin de l'année 2020 (cf. avis du Dr EE._____ du 15 septembre 2020), respectivement que l'on pouvait à cet égard conclure à une stabilisation de l'état de santé dès le mois de janvier 2021 (cf. avis du Dr K._____ du 8 mars 2021). Il résulte de ce qui précède qu'au plan strictement traumatologique, à défaut de traitement susceptible d'améliorer significativement les atteintes traumatiques induites par l'accident du 10 décembre 2018, la stabilisation du cas au 31 décembre 2020 n'apparaît pas critiquable. Par surabondance, on notera que le rapport d'expertise d'Y._____ ne met en évidence aucun élément plaçant à l'encontre de l'appréciation qui précède. Certes, ledit rapport comporte pour la première fois la référence à une épicondylite latérale débutante du coude gauche. Cette symptomatologie est toutefois manifestement postérieure à la date déterminante de la décision du 28 juillet 2021, qui définit le cadre temporel de l'examen du

juge (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 et les références citées). Quoiqu'il en soit, les experts ont signalé des douleurs mécaniques débutantes du coude gauche par surutilisation de la main gauche (cf. rapport d'évaluation chirurgicale des Drs J._____ et Q._____ du 16 décembre 2022 p. 4 et 10 ; cf. rapport d'évaluation de médecine interne des Drs PP._____ et R._____ du 23 janvier 2023 p. 15), mais n'en ont pas moins conclu à une main gauche fonctionnelle (cf. rapport d'évaluation chirurgicale des Drs J._____ et Q._____ du 16 décembre 2022 p. 11 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle des Drs PP._____, R._____ et H._____ du 23 janvier 2023 p. 5). Ainsi, même à admettre que cette atteinte ne soit pas temporellement extrinsèque à la présente affaire, elle ne serait malgré tout pas propre à engager en l'état la responsabilité de l'assureur-accidents, en présence d'une fonction encore préservée du membre supérieur gauche. b) Une symptomatologie algique a en outre été rapportée. aa) A cet égard, les médecins de l'Hôpital E._____ ont conclu à des douleurs chroniques post-traumatiques à la main droite avec des éléments neuropathiques et nociceptifs (cf. rapport du 16 décembre 2020 des Drs GG._____ et HH._____ ; cf. également rapport de la Dre N._____ du 13 septembre 2021), respectivement à un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (cf. rapport de la Dre JJ._____ du 26 janvier 2021, rapport des Drs JJ._____ et II._____ du 2 février 2021 et lettre de sortie du 10 février 2021 des Drs JJ._____ et QQ._____). Ces médecins ont en outre évoqué l'éventualité d'un syndrome douloureux régional complexe en lien avec des modifications trophiques anamnestiques, mais ils ont renoncé à poser un tel diagnostic au motif que les critères y relatifs n'étaient alors pas remplis et qu'il n'était pas possible de se prononcer a posteriori (cf. rapport du 16 décembre 2020 des Drs GG._____ et HH._____). Sur cette base, le Dr K._____ a donc conclu à l'absence d'atteinte neurologique documentée objectivement (cf. avis du Dr K._____ du 8 mars 2021) et la X._____ a conséquemment procédé à l'analyse du lien de causalité adéquate sur la base des critères jurisprudentiels développés pour les troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique (cf. décision du 11 mars 2021 et décision sur opposition du 28 juillet 2021). Il apparaît néanmoins que les documents ultérieurement versés au dossier sont venus jeter un autre éclairage sur la symptomatologie douloureuse de l'assurée, la Dre S._____ (cf. rapport du 22 août 2022) comme les experts d'Y._____ mandatés par l'OAI (cf. rapport d'évaluation neurologique du 10 novembre 2022 et rapport d'expertise du 23 janvier 2023) ayant évoqué un diagnostic de syndrome douloureux régional complexe. aaa) Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS [complex regional pain syndrom]) appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ce trouble – également connue sous les noms d'algo(neuro)dystrophie ou maladie de Sudeck – fait l'objet des critères de diagnostic dits « de Budapest » (cf. Claude Spicher/Jean-Pierre Estebe/Eva Létourneau/Tara Packham/Philippe Rossier/Jean-Marie Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], in : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27, p. 62 à 64) : 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant ; 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : i. Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie, ii. Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau, iii. Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation, iv. Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ; 3) Au moment

de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : i. Sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire), ii. Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau, iii. Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation, iv. Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ; 4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes. bbb) En l'occurrence, il appert tout d'abord que les diagnostics successifs de douleurs chroniques post-traumatiques avec éléments neuropathiques et nociceptifs, respectivement de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques retenus par les médecins de l'Hôpital E. _____ ne sont guère motivés mais semblent davantage avoir été posés pour refléter l'étendue des plaintes rapportées. Il faut par ailleurs souligner que ces médecins ont évoqué le 16 décembre 2020 un diagnostic différentiel sous forme de syndrome douloureux régional complexe alors en rémission partielle, en lien avec des modifications trophiques rapportées à l'anamnèse. S'ils ont certes invoqué l'absence de réalisation des critères de Budapest au moment de leur examen et l'impossibilité de se déterminer a posteriori pour renoncer à retenir formellement un tel diagnostic, les obstacles ainsi avancés doivent cependant être appréhendés avec circonspection dès lors que ces mêmes médecins ont parallèlement signalé, notamment le 16 décembre 2020, une problématique sensorielle et des troubles de la motricité – soit des éléments figurant parmi les critères susdits. Leur évaluation ne peut donc être considérée comme une base suffisante pour réfuter un syndrome douloureux régional complexe. Ces éléments auraient, du reste, pu et dû être relevés par le médecin conseil de la X. _____. Cela posé, on observe que la neurologue S. _____ a estimé le 22 août 2022 qu'une telle pathologie était envisageable dans le cas de l'assurée, compte tenu de douleurs de la main droite avec allodynie et phénomènes vasomoteurs apparus dans les suites d'un traumatisme accidentel, en présence d'un examen neurologique dans la norme. Quant à l'expert F. _____, il ne s'est pas expressément positionné du point de vue de la réalisation des critères de Budapest. Il résulte en tous les cas de son évaluation que l'assurée a rapporté spontanément une altération de la coloration et de la température de sa main droite, parfois gonflée, des douleurs à l'effleurement de la paume et des lâchages d'objets induits par des douleurs électrisantes. L'expert neurologue a en outre observé, lors de l'examen clinique, la présence d'une allodynie très sévère, une modification de la trophicité sous forme d'altération du tissu cutané et un fort ralentissement des mouvements fins. Il a estimé que les anomalies étaient cohérentes avec les plaintes, a souligné qu'aucune lésion nerveuse n'avait pu être objectivée et a, sur cette base, conclu à un tableau compatible avec un syndrome douloureux régional complexe (cf. rapport d'évaluation neurologique du 10 novembre 2022 p. 3 s.). Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts d'Y. _____ ont conséquemment estimé qu'il y avait lieu de se rallier à l'avis de la Dre S. _____ en raison des caractéristiques des douleurs qui étaient évocatrices d'un tel syndrome avec au status un aspect un peu succulent et brillant de la peau de la main droite accompagné d'une diminution de la mobilité de la main (cf. rapport d'expertise du 23 janvier 2023 p. 3). Ces rapports viennent donc renforcer l'idée d'un possible syndrome douloureux régional complexe, sans toutefois que l'on puisse se prononcer clairement à cet égard. Sur ce point, on soulignera qu'il n'appartient pas au juge de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (TF 8C_724/2021 du 8 juin 2022 consid. 4.1.2). bb) Pour admettre un lien de

causalité (naturelle et adéquate) entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.1 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références) : a) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; c) une courte période de latence entre l'apparition de l'algodystrophie et l'événement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci, soit au maximum six à huit semaines. Dans le cas d'espèce, il est constant que l'accident du 10 décembre 2018 a provoqué une lésion importante du majeur droit, conduisant à son amputation et au repositionnement de l'index droit. Les pièces au dossier montrent que l'assurée était dans un premier temps peu algique mais qu'elle présentait une légère hypertrichose à droite (cf. rapport des Drs D._____ et AA._____ du 29 janvier 2019) ; elle n'éprouvait pas de douleurs fantômes (rapport des Drs L._____ et AA._____ du 3 avril 2019) et était essentiellement gênée par le manque de force (cf. rapport des Drs BB._____ et AA._____ du 31 mai 2019). Des douleurs, voire des douleurs fantômes, et des dysesthésies ont ensuite été rapportées (cf. rapport des ergothérapeutes LL._____ et MM._____ du 2 juillet 2019 ; cf. rapport du Dr AA._____ du 7 août 2019 ; cf. rapport de la Dre CC._____ du 6 septembre 2019). Parallèlement, dans le cadre de mesures d'intervention précoce mises en œuvre par l'OAI dès le printemps 2019, l'assurée a signalé des lâchages d'objets, une hypersensibilité au niveau de la main droite, une sensation récurrente d'endormissement de cette main, ainsi que des douleurs irradiant jusque dans le haut du bras. En octobre 2019, à l'issue des mesures susdites, l'intéressée s'est plainte de douleurs massives et les investigations qui s'en sont suivies ont notamment mis en évidence une gêne au niveau du matériel d'ostéosynthèse, un névrome provenant probablement des nerfs réséqués de l'ancien troisième rayon et une allodynie palmaire avec douleurs neuropathiques (cf. rapport de la Dre CC._____ du 16 octobre 2019). Une intervention a conséquemment été pratiquée le 11 novembre 2019 (à savoir une ablation du matériel d'ostéosynthèse avec ténolyse, neurolyse palmaire et résection d'un névrome), sans pour autant aboutir à une disparition de la symptomatologie douloureuse. On constate en effet que dès le mois de janvier 2020, des douleurs fantômes et une hypersensibilité avec allodynie palmaire ont été signalées au niveau de la main droite (cf. rapports de la Dre CC._____ du 7 janvier et 20 mars 2020). Des douleurs chroniques ont également été rapportées au début du mois de juin 2020 (cf. rapport de la Dre N._____ du 3 juin 2020), mais sans allodynie au niveau des cicatrices (cf. rapport des Drs CC._____ et FF._____ du 5 juin 2020). Les plaintes ultérieures ont mis en évidence des douleurs fantômes ou neuropathiques et une symptomatologie d'allodynie avec des zones hypersensibles et des dysesthésies intermittentes (cf. rapport des ergothérapeutes LL._____ et MM._____ du 16 juin 2020 ; cf. rapport de la Dre L._____ du 10 septembre 2020 ; cf. rapports des Drs BB._____ et KK._____ des 12 novembre 2020 et 29 janvier 2021). Cela posé, on doit constater que des anomalies au niveau de la trophicité ont été constatées après les interventions chirurgicales induites par l'accident du 10 décembre 2018. S'en sont progressivement suivis d'autres symptômes caractéristiques d'un syndrome douloureux régional complexe (notamment au niveau des douleurs, de l'allodynie, de la motricité ou de la trophicité) – étant du reste relevé que dans ce contexte, les symptômes sont généralement plus fréquents que les signes cliniques et variables dans le temps (cf. François Luthi/Pierre-Alain Buchard/Antonio Cardenas/Christine Favre/Michel

Fédou/Marlène Foli/Jean Savoy/Jean-Luc Turlan/Michel Konzelmann, Syndrome douloureux régional complexe, Revue Médicale Suisse 2019, vol. 15, p. 497). Le dossier de la cause ne contient, en outre, aucun indice dans le sens d'un autre facteur causal de nature non traumatique. Enfin, l'apparition des premiers symptômes (trophicité altérée) semble être intervenue à la fin du mois de janvier 2019, soit moins de huit semaines après l'accident. Or, pour considérer le critère relatif au temps de latence comme établi, il est déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (TF 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2 ; TF 8C_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5 et références citées). Les éléments qui précèdent mettent par conséquent en évidence la nécessité d'interpeller un médecin, cas échéant un expert, afin d'évaluer la question de la causalité naturelle. cc) Enfin, les pièces au dossier ne permettent pas de déterminer si l'atteinte évoquée était ou non stabilisée au 31 décembre 2020, respectivement au moment où l'intimée a rendu la décision sur opposition litigieuse le 28 juillet 2021. Il convient en effet de noter que le traitement du syndrome douloureux régional complexe repose sur une approche multidisciplinaire, tant sur le plan de la rééducation que sur le plan médicamenteux (cf. Luthi/Buchard/Cardenas/Favre/Fédou/Foli/Savoy/Turlan/Konzelmann, op. cit., p. 498 ss). Or, en l'espèce, il apparaît que le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe n'a été que tardivement mentionné, ce qui s'est reflété sur la mise en œuvre d'un traitement spécifique à ce type d'atteinte. Il s'avère certes qu'une prise en charge multidisciplinaire de trois semaines a été mise en œuvre en janvier 2021 sous l'égide du Service de médecine psychosomatique de l'Hôpital E. _____ et que des traitements physiothérapeutique et ergothérapeutique ont perduré en 2021 (cf. rapport d'OO. _____ du 15 septembre 2021 et rapport de l'ergothérapeute LL. _____ du 28 septembre 2021), mais il n'en demeure pas moins qu'une thérapie interdisciplinaire au Centre de la douleur de ce même établissement était préconisée pour la suite (cf. rapport du 29 janvier 2021 des Drs BB. _____ et KK. _____, rapport du 2 février 2021 des Drs JJ. _____ et II. _____ et rapport du 10 février 2021 des Drs JJ. _____ et QQ. _____) et que l'on ignore, en l'état, si cette thérapie a effectivement été implémentée et si elle a éventuellement abouti à une évolution significative de la situation. A cet égard, il est révélateur de souligner que l'expert F. _____ a estimé en novembre 2022 qu'un suivi auprès d'un centre spécialisé de la douleur s'imposait (cf. évaluation neurologique du 10 novembre 2022 p. 4) – ce qui laisse à penser non seulement que la prise en charge multidisciplinaire précédemment évoquée n'a pas pu avoir lieu ou alors uniquement de manière incomplète, mais également et surtout qu'un bénéfice pouvait éventuellement encore être escompté d'une poursuite de la thérapie. Rien au dossier ne permet toutefois d'apporter une réponse satisfaisante à ces conjectures. Il s'ensuit qu'il n'est en l'état pas possible pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si la poursuite du traitement médical sous l'angle d'un syndrome douloureux régional complexe serait susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assurée au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. dd) L'instruction, du point de vue d'un possible syndrome douloureux régional complexe, apparaît donc lacunaire. c) Il est par ailleurs constant que la recourante a rapporté des plaintes relevant de la sphère psychique consécutivement à l'accident du 10 décembre 2018. aa) Se prononçant le 14 janvier 2021 sur mandat de la X. _____, l'expert W. _____ a conclu à un trouble dépressif de gravité légère. Il a plus particulièrement retenu que l'assurée avait probablement présenté

un état dépressif réactionnel des suites de l'accident du 10 décembre 2018 et que ce trouble avait ensuite rapidement connu une évolution favorable, pour atteindre un stade de rémission au plus tard en juin 2019. Pour l'expert, la symptomatologie actuelle était essentiellement réactionnelle à la situation asséculo-logique et financière (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2021 p. 21 ss). Cette appréciation ne convainc cependant pas. Tout d'abord, on relève que sur le plan de l'humeur, le Dr W. _____ a réfuté toute suicidalité (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2021 p. 25) et a tout au plus mentionné que l'assurée indiquait avoir « fait une bêtise » en juillet 2020, sans autre précision (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2021 p. 9). Du rapport du Dr G. _____ du 18 août 2020 et du rapport des Drs JJ. _____ et QQ. _____ du 10 février 2021, il ressort néanmoins que l'intéressée, dans un contexte conjuguant des troubles psychiques et somatiques et la diminution des prestations de la X. _____, a souhaité mettre fin à ses jours en projetant de se jeter sur la voie ferroviaire dans le courant du mois d'août 2020 et que c'est son mari qui l'en a empêchée. De toute évidence, une telle démarche, si elle n'équivaut certes pas à un tentamen avéré, ne relève pas pour autant d'une simple « bêtise » et ne cadre manifestement pas avec l'absence de suicidalité et la rémission de l'état anxio-dépressif mises en avant par l'expert W. _____. Ce dernier a en outre réfuté l'existence d'un état de stress post-traumatique en une seule ligne (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2021 p. 25), sans aucune motivation, pour ultérieurement nier cette atteinte en procédant à une analyse cantonnée aux « facteurs intercurrents » postérieurs à l'accident (problèmes familiaux, conjugaux, professionnels, personnels, médicaux ou bénéfice financier) et en s'appuyant sur des considérations relevant de la causalité adéquate (cf. prise de position du 16 juin 2022 p. 6 : « L'événement accidentel incriminé peut être dès lors qualifié de gravité légère à moyenne. Il n'est pas de nature à provoquer, par le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, des troubles psychiques évoluant vers un état de stress post-traumatique ») – soit une question de droit, qu'il incombe au juge et non au corps médical de trancher (cf. consid. 3b/bb supra). Intrinsèquement, l'appréciation de l'expert W. _____ prête donc le flanc à la critique. A cela s'ajoute que les considérations émises par l'expert W. _____ négligent plusieurs éléments au dossier. A ce propos, force est d'admettre que les troubles psychiques initialement mis en avant suite à l'accident du 10 octobre 2018 semblaient s'inscrire dans un contexte psycho-social visiblement complexe (cf. rapport de la Dre N. _____ du 29 janvier 2019), lequel a cependant été relativisé dans un second temps pour être qualifié de « petit stress » professionnel (cf. rapport de la Dre N. _____). Quoiqu'il en soit, un diagnostic d'épisode dépressif majeur en lien avec l'aspect traumatique de l'accident a été posé le 18 décembre 2019 par la Dre DD. _____, laquelle n'a dès lors pas rattaché le trouble diagnostiqué aux revers subis par l'assurée sur les plans asséculo-logique, personnel, professionnel ou financier. Une péjoration a ensuite été signalée le 28 janvier 2020 par la psychologue M. _____, en lien avec l'évolution depuis la dernière opération et non avec le contexte psychosocial de la patiente. Une amélioration a ultérieurement été rapportée le 27 mars 2020 par la Dre DD. _____, nonobstant la persistance d'une fragilité psychologique et de symptômes anxio-dépressifs. Cette amélioration a été implicitement corroborée par le Dr G. _____ qui a retenu, le 12 juin 2020, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. C'est en revanche un état dépressif grave qui a été attesté par ce médecin le 18 août 2020, soit à une époque où l'assurée avait pour dessein de mettre fin à ses jours, avant une nouvelle évolution positive sous TPPI (cf. rapport du 12 octobre 2020). Parallèlement, le 3 juin 2020, la Dre N. _____ a évoqué en particulier un possible état de stress post-traumatique également

discuté par les spécialistes en psychosomatique de l'Hôpital E. _____, lesquels ont de surcroît signalé des valeurs psychométriques élevées du point de vue de l'anxiété et de la dépression (cf. rapports des 16 décembre 2020, 26 janvier 2021 et 2 février 2021). Le Dr G. _____ a par la suite encore signalé une symptomatologie dépressive et un état de stress post-traumatique dans ses rapports ultérieurs (cf. rapports des 27 janvier et 25 septembre 2021). Au final, il apparaît ainsi qu'une problématique psychique – certes fluctuante – a continuellement été rapportée par le corps médical mais que ces éléments n'ont fait l'objet d'aucune discussion motivée de la part de l'expert W. _____ que ce soit dans le rapport d'expertise du 14 janvier 2021 ou son complément du 16 juin 2022. On constate, en d'autres termes, que l'expert susdit n'a que superficiellement tenu compte de l'évolution de la symptomatologie entre le mois de juin 2019 et l'époque de l'expertise. Par ailleurs et surtout, les conclusions de l'expert W. _____ sont réfutées par les deux expertises psychiatriques produites au cours de la présente procédure judiciaire. Tant l'expert I. _____, mandaté par l'assureur perte de gain U. _____, que les experts d'Y. _____, mandatés par l'OAI, ont posé un diagnostic d'état de stress post-traumatique en se basant sur leurs constatations cliniques et la symptomatologie présente depuis l'accident (syndrome d'intrusion, évitement, état émotionnel négatif avec perturbation du sommeil), se distançant ainsi de l'opinion discordante émise sans réelle motivation par l'expert W. _____. L'expert I. _____ et les spécialistes d'Y. _____ ont en outre retenu un diagnostic d'épisode dépressif grave en répertoriant abondamment les différents symptômes pertinents (en particulier une baisse de l'humeur, une réduction de l'énergie, une diminution du plaisir et des intérêts, une baisse de l'estime personnelle, des troubles cognitifs et des idées auto-agressives), leur évolution globale, leur impact et leur intensité. Ils ont en outre souligné une banalisation, de la part de l'expert W. _____, de la gravité des symptômes anxieux et dépressifs. Concernant plus précisément la tentative de suicide du mois d'août 2020, les spécialistes d'Y. _____ ont en particulier expliqué que cet épisode était le résultat d'une symptomatologie dépressive en aggravation depuis plusieurs mois et que la problématique asséculogique n'avait joué qu'un rôle de facteur favorisant le passage à l'acte. Enfin, les experts ont univoquement considéré que les diagnostics retenus étaient imputables à l'accident du 10 décembre 2018, validant ainsi l'existence d'un lien de causalité naturelle (cf. rapport d'expertise du Dr I. _____ du 10 avril 2022 p. 12 ss ; cf. rapport d'évaluation psychiatrique des experts H. _____ et Z. _____ du

E. 8

décembre 2022 p. 7 ss ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 23 janvier 2023 p.3 ss). En conséquence de ce qui précède, il y a lieu de nier toute valeur probante aux conclusions de l'expert W. _____ et de se fonder sur les évaluations concordantes et dûment motivées de l'expert I. _____ et des spécialistes d'Y. _____ reconnaissant à la recourante un trouble de stress post-traumatique et un épisode dépressif grave sans symptômes psychotiques en lien de causalité naturelle avec l'accident du 10 décembre 2018. Tout au plus soulignera-t-on ici, par surabondance, que les avis des médecins traitants de l'assurée tels que décrits plus haut plaident également dans ce sens. Attendu toutefois que les pièces au dossier ne permettent pas de se positionner sur la question d'un possible syndrome douloureux régional complexe, considéré comme une atteinte à la santé relevant de la sphère somatique (cf. consid. 5b supra), il ne saurait dès lors être procédé à ce stade à l'examen de la causalité adéquate des troubles psychiques développés de manière additionnelle, à la suite de l'accident du 10 décembre 2018 (cf. consid. 3c supra). d) Par

voie de conséquence, il y a lieu de retenir que la décision attaquée ne saurait être maintenue en tant qu'elle se fonde sur des prémisses incomplètes et/ou erronées pour mettre un terme au versement des prestations de courte durée (art. 10 et 16 LAA) au 31 décembre 2020 sur le plan somatique et au 30 juin 2019 sur le plan psychique. Il convient plus particulièrement de renvoyer la cause à la X. _____ afin qu'elle éclaircisse la question d'un possible syndrome douloureux régional complexe (sous l'angle du diagnostic, de la causalité et de la stabilisation d'une telle atteinte), à charge pour elle d'interpeller le Service de médecine psychosomatique de l'Hôpital E. _____ puis de procéder, cas échéant, à toute mesure d'investigation supplémentaire pertinente. Il lui incombera ensuite de reprendre l'examen du cas et de statuer conformément à l'art. 19 al. 1 LAA sur l'ensemble des prétentions de la recourante des suites des troubles induits par l'accident du 10 décembre 2018. L'intimée est en outre rendue expressément attentive au fait qu'elle a d'ores et déjà admis un taux de 12 % pour l'atteinte à l'intégrité subie à la main droite du fait des lésions traumatiques occasionnées par l'accident du 10 décembre 2018. Sauf nouveau développement médical significatif, un taux inférieur ne pourra donc pas être retenu. Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties, ni de donner suite aux mesures d'instruction requises par la partie recourante. 6. a) Bien fondé, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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