

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 253 vom 4. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__253

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 253 du 4 mars 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 253 del 4 marzo 2021

Regeste

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, RECHUTE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 61 let. c LPGA, 11 OLAA

Erwägungen

E. 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.

E. 2

a) Le litige porte en premier lieu sur la prise en charge par l'intimée de la rechute annoncée le 13 octobre 2011, singulièrement sur le lien de causalité entre l'accident du 21 septembre 2008 et l'atteinte présentée par la recourante au niveau de son épaule gauche depuis le 7 octobre 2011. b) Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce dans la mesure où le sinistre litigieux est intervenu en 2011 (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; voir aussi ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

E. 3

Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant remet en cause l'impartialité du Dr C. _____, invoquant que des mandats d'expertise seraient régulièrement confiés par les assureurs à ce praticien. a) L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle contre la mise en œuvre d'une expertise. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un

intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent, dans un rapport d'amitié/d'inimitié particulier, etc. (cf. TF 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 2.2). Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1 ; 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1). Il convient de relever que dans tous les cas, l'assuré doit immédiatement faire part de ses objections sans attendre de saisir le juge d'un recours au fond pour critiquer la neutralité des experts (TF 2C_1216/2013 du 27 mai 2014 consid. 6.4 ; 9C_643/2007 du 16 juin 2008 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, le moyen tiré de l'apparence de prévention à l'égard du Dr C. _____ est soulevé tardivement. En effet, l'intimée a respecté les droits de participation de la recourante, laquelle n'a donné aucune suite à la correspondance du 3 février 2015 répondant à son interrogation sur la neutralité de l'expert. Il incombait à la recourante de faire valoir ses motifs de récusation sans délai, cas échéant exiger une décision formelle. Par ailleurs, de jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises soient régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 ; TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3). En l'espèce, nonobstant l'existence de mandats conférés par l'intimée à l'expert, les éléments au dossier, particulièrement l'expertise, ne permettent pas d'inférer l'absence d'indépendance de l'expert.

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 en cas de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale 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, 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le seul fait que des

symptômes douloureux se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). 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. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré 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_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2). c) 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a ; cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; cf. TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 ; TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2). En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2).

E. 5

Selon l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque

l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (arrêts 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1, in SVR 2019 UV n° 18 p. 64 ; 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 3.2 et les références, in SVR 2018 UV n° 39 p. 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt 8C_614/2019 du 29 janvier 2020 consid. 6.2, in SVR 2020 UV n° 24 p. 95 et les références citées ; arrêt 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 4).

E. 6

a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. consid. 2b supra), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui a été abrogé au 1^{er} janvier 2017 (cf. consid. 2b supra). Cette disposition prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles, dont la liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.1), comprennent notamment les déchirures de muscles (let. d), les déchirures de tendons (let. f) et les lésions de ligaments (let. g). b) La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b et 116 V 145 consid. 2c ; cf. TF 8C_485/2017 du 20 mars 2018 consid. 3). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (cf. TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). A l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPG). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art.

E. 6.6

et les références citées). En l'espèce, de tels facteurs ne ressortent pas des pièces au dossier, étant au demeurant relevé que tout lien entre l'administration de médicaments et la décompensation psychotique a été exclu par l'expert Z.Z._____. g) Enfin, il n'y a pas lieu de prendre en considération une incapacité de travail de degré et de durée anormale en lien avec les lésions strictement physiques consécutives à l'accident du 21 septembre 2008, au vu des conclusions de l'expert C._____. relatives à la capacité de travail de la recourante. h) En définitive, aucun des critères dégagés par la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et l'accident concerné n'est réalisé en l'espèce. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a nié cette causalité.

E. 9

Le litige porte également sur la prise en charge par l'intimée des troubles psychiques de la recourante, singulièrement sur la question de savoir s'ils sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 21 septembre 2008. En matière d'atteinte psychique, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). Il ne sera donc pas discuté de la valeur probante des différents rapports médicaux ou d'expertises psychiatriques. 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 peur 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. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, 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. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, au moins trois critères doivent être cumulés ou l'un d'eux revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse

être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 ; U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4). Dans la pratique, on notera que nombre d'accidents ayant occasionné des lésions de l'épaule ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite inférieure de cette catégorie :

- cas d'une glissade, suivie d'une chute de plusieurs mètres, avec réception sur le dos de l'épaule droite, ayant entraîné une déchirure de tendons, in : TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 2 ;
- cas d'un brusque mouvement pour tenter de retenir la chute d'une pierre d'un poids de 50 kg environ, ayant entraîné une scapula alata, in : TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 3 ;
- cas d'une forte contusion de l'épaule ou de l'omoplate par le brusque heurt d'une plaque métallique lors du déchargement d'un camion, in : TFA U 222/99 du 16 février 2000 consid. 5.

Certains accidents survenus à une épaule ont en revanche été qualifiés d'accidents de peu de gravité, soit notamment le cas d'une chute sur le pont arrière d'une camionnette, ayant entraîné une contusion de l'épaule, in : TFA U 92/03 du 23 septembre 2003 consid. 3. On ajoutera que, dans les arrêts cités supra sous considérant 9, le Tribunal fédéral a systématiquement nié tout lien de causalité adéquate entre les accidents concernés (à l'origine de lésions de l'épaule) et les troubles psychiques observés subséquemment auprès des personnes assurées.

E. 10

Qualifiant l'accident tout au plus de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité, l'intimée considère qu'aucun des critères jurisprudentiels n'est réalisé de manière flagrante. La recourante se prévaut quant à elle de « la durée des souffrances endurées, de la méconnaissance d'une solution pour atténuer l'origine du mal et de la prise d'une importante médication ». L'accident du 21 septembre 2008 apparaît relativement banal, au point qu'il aurait été envisageable de le classer à la limite supérieure de la catégorie des accidents de peu de gravité. Cela étant, on se limitera à confirmer la position de l'intimée, selon laquelle l'accident du 21 septembre 2008 est d'une gravité moyenne, à la limite inférieure de cette catégorie. La position de la recourante impose néanmoins l'examen des critères jurisprudentiels précités pour se prononcer sur la causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident incriminé. a) S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère peut d'emblée être nié s'agissant d'une banale chute de sa propre hauteur dans un escalier, consécutive à une glissade, n'ayant entraîné aucune prise en charge médicale immédiate. b) Relativement à la gravité des lésions physiques, on observera que la jurisprudence fédérale considère qu'une lésion de l'épaule ne revêt en général pas une gravité particulière (TF 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 5.4 dans le cadre d'une entorse acromio-claviculaire consécutive à une chute à vélo ; TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.2 dans le cadre d'une déchirure de tendons consécutive à une chute en montagne ; TF 8C_304/2010 du 5 janvier 2011 consid. 3.2 dans le cas d'une rupture de la coiffe des rotateurs consécutive à une chute sur une plaque de glace ; cf. également : TFA U 92/03 du 23 septembre 2003 consid. 3). Partant, il convient de nier que le critère de la gravité des lésions physiques soit réalisé en l'espèce. N'est au demeurant avéré directement imputable à l'accident que le diagnostic de contusion. c) Quant à la durée du traitement médical, il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ;

sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations – même pendant une certaine durée – ne suffisent pas à fonder la réalisation de ce critère (TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4 in : RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié la réalisation de ce critère dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré dix-huit mois (TF U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). On ne saurait considérer en l'espèce que le traitement ait été anormalement long ou que l'assurée ait été astreinte à un traitement particulièrement lourd ou contraignant. Dans les suites immédiates de l'accident, la recourante a essentiellement bénéficié de séances de physiothérapie et de traitements antalgiques, ce qui n'apparaît pas particulièrement pénible, ni anormal au vu des lésions consécutives à l'accident en cause. Quant à l'intervention chirurgicale du 7 février 2012, elle n'est pas en lien de causalité avec l'accident et ne saurait dès lors être prise en compte. d) S'agissant des douleurs physiques alléguées en relation avec l'épaule, leur importance doit être relativisée compte tenu des effets certainement délétères de la problématique psychique. Partant, elles ne sauraient être qualifiées objectivement de graves et propres, selon l'expérience générale de la vie, à entraîner des troubles psychiques. e) La recourante allègue « la méconnaissance d'une solution pour atténuer l'origine du mal ». Elle n'objective cependant pas cette affirmation et aucune pièce au dossier ne rapporte d'éventuelles erreurs dans le traitement médical prescrit. Au demeurant, l'échec d'un traitement ne suffit pas à déduire la commission d'une erreur dans son administration (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.4). f) Concernant des difficultés apparues en cours de guérison et des complications importantes, la jurisprudence précise que ces éléments ne doivent pas être réalisés cumulativement. La simple durée du traitement médical et des douleurs ne suffit pas. Il faut en revanche des facteurs particuliers qui ont fait obstacle au processus de guérison (TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid.

E. 11

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 que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3). b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction successivement requises par la recourante, celles-ci n'étant pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. c) La recourante requiert que les frais de l'expertise privée des Drs L.L._____ et D.D._____ soient mis à la charge de l'intimée. Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGa, les frais de l'instruction sont pris en charge

par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de la procédure (TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2017 n° 19 p. 63). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_89/2020 du 4 décembre 2020 consid. 6.2 et les arrêts cités). En l'occurrence, le recours est finalement rejeté sans que le rapport d'expertise privée ne se soit avéré indispensable à la résolution du litige. Il n'y a dès lors pas lieu d'en faire supporter les frais à l'intimée. d) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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