

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 218 vom 12. Juni 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-06-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_218](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__218)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 218 du 12 juin 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 218 del 12 giugno 2023

## Regeste

ACCIDENT DE LA CIRCULATION, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, REJET DE LA DEMANDE | 10 al. 1 LAA, 16 al. 1 LAA, 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 36 al. 1 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 sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, subsidiairement à la reprise du paiement des indemnités journalières et du traitement médical, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 20 %. b) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

### E. 3

Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu et de l'interdiction de l'arbitraire en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée. Selon lui, l'intimée aurait en effet omis d'exposer les raisons pour lesquelles elle s'écartait des rapports de ses médecins traitants, qui s'opposaient pourtant aux conclusions des experts du R.\_\_\_\_\_. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être

entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). b) En l'occurrence, la motivation de la décision sur opposition du 19 avril 2021 permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par l'intimée et pourquoi ils l'ont été. J. \_\_\_\_\_ a ainsi considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 septembre 2020 et que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé qu'aucune atteinte psychiatrique invalidante n'avait été retenue. Elle s'est basée pour ce faire sur les conclusions de l'expertise du R. \_\_\_\_\_, laquelle avait pris en considération l'ensemble des rapports médicaux au dossier. L'intimée a conclu, aux termes d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité, qu'il n'en découlait aucune perte de gain indemnisable. Elle a en outre octroyé une IPAI de 20 % compte tenu des atteintes physiques de l'assuré, se basant à nouveau sur l'appréciation des experts du R. \_\_\_\_\_. Les griefs développés par le recourant dans son opposition du 12 octobre 2020 à l'encontre de la décision du 9 septembre 2020 – au demeurant déjà bien étayée – ont été examinés par l'intimée dans sa décision sur opposition avant d'être rejetés. L'intéressé a manifestement compris ces motifs comme en témoignent les moyens qu'il a élevés à l'encontre de la décision sur opposition litigieuse. En définitive le grief de violation du droit d'être entendu est infondé. Il se confond pour le surplus avec ceux de constatation inexacte des faits pertinents et de mauvaise application du droit qui seront examinés avec le fond du litige.

#### **E. 4**

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). 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. 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) : - 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\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références). Par ailleurs, il est admis de laisser ouverte la question de la causalité naturelle d'éventuels troubles psychiques dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C\_567/2021 du 1 er décembre 2021 consid. 3.1).

## **E. 5**

a) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). En outre, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures

de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). b) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art.

#### **E. 7**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

#### **E. 8**

En l'espèce, par décision sur opposition du 19 avril 2021, J. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 9 septembre 2020, par laquelle elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2020 et refusait l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. J. \_\_\_\_\_ estime en

effet que l'état de santé du recourant est stabilisé et qu'il est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, soit toute activité principalement assise, avec de petits déplacements sans charge, sur sols réguliers et sans escalier, se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du R. \_\_\_\_\_ du 16 août 2019 et son complément du 20 mai 2020. Le recourant soutient quant à lui qu'il est incapable de travailler à plus de 20 % dans une activité adaptée. Il reproche à l'intimée d'avoir négligé de prendre en compte les rapports des Drs Z. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, lesquels remettraient en cause les conclusions de l'expertise susmentionnée. a) Il convient en premier lieu de se pencher sur la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 16 août 2019 par le R. \_\_\_\_\_ et complétée les 20 mai et 20 juillet 2020. On relèvera tout d'abord que cette expertise, comportant un volet en orthopédie, en neurologie, en psychiatrie et en médecine physique et réadaptation, est détaillée et motivée, que ses conclusions sont claires et étayées, qu'elle tient compte des plaintes et décrit l'anamnèse du recourant et qu'elle a été établie à l'issue d'examen cliniques, puis d'un consilium, et en connaissance du dossier. Elle satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. aa) Sur le plan somatique, les experts ont posé les diagnostics de fracture comminutive ouverte du fémur distal gauche, d'arrachement de l'insertion osseuse du ligament croisé postérieur gauche, de fracture de l'olécrâne gauche, de luxation de la hanche droite avec fracture du cotyle, de fracture du plateau tibial droit, de lésion proximale du tronc du nerf sciatique prédominant très nettement sur les fibres destinées du nerf fibulaire/péronier, avec une probable atteinte initiale concernant également le nerf gluteus supérieur droit, ceci sur très vraisemblable distension du nerf sciatique à la hauteur du bassin, ainsi que de persistance d'une atteinte modérée à moyennement importante des fibres du tronc du nerf sciatique à destinée du nerf fibulaire/péronier droit sans participation cliniquement significative des fibres à destinée du nerf tibial. Ils ont considéré, au vu de l'examen clinique et des pièces médicales au dossier, que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, aucune nouvelle intervention n'étant susceptible d'améliorer l'état de santé de l'intéressé, seule la physiothérapie à but d'entretien étant encore indiquée (cf. rapport d'expertise, p. 29). D'après les experts, les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles moteurs des muscles fessiers droits, des douleurs au genou gauche à la charge, des troubles sensitivo-moteurs, mais surtout moteurs, et des douleurs au niveau lombaire, du bassin et du membre inférieur droit. Le recourant était selon eux incapable de reprendre son activité de [...], mais une activité professionnelle principalement en position assise, avec des déplacements à pied limités à environ quinze minutes sur un sol stable, sans escalier et sans charge, était exigible avec un taux de présence de 100 % et un rendement de 100 % (cf. notamment complément d'expertise du 20 mai 2020). Cette expertise n'est pas remise en cause par les pièces médicales au dossier, lesquelles la corroborent au contraire. Les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus sont en particulier superposables à ceux notés par les médecins traitants, dont l'avis a dûment été pris en considération par les experts. En ce qui concerne l'allégation du recourant selon laquelle l'appréciation du Dr Z. \_\_\_\_\_ contredirait les conclusions de l'expertise, elle ne saurait être suivie. S'il est vrai que, dans son rapport du 2 décembre 2019, le médecin susmentionné a relevé n'avoir jamais spécifié que son patient pouvait effectuer une activité adaptée à 100 % dans ses différents rapports adressés à l'OAI, il est néanmoins établi que celui-ci estimait dans son rapport du 4 octobre 2018 que son patient disposait d'une certaine capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire en position assise avec possibilité de réaliser des pauses à intervalle régulier pour se lever, ainsi qu'une assise confortable car le patient ne pouvait pas

rester assis sur des périodes prolongées. On relèvera que la description de l'activité adaptée du médecin spécialiste traitant correspond à celle retenue par les experts. A cela s'ajoute que le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'étaye pas objectivement pour quelle raison la capacité de travail de son patient dans une telle activité adaptée ne serait pas entière, si bien que son rapport ne permet pas d'invalider les conclusions des experts. Le rapport du 14 juillet 2017 établi par ce médecin à l'intention de l'OAI ne permet pas non plus de mettre en doute l'appréciation des experts. Par ce rapport, celui-ci a indiqué que la capacité de travail de l'intéressé s'élevait à 80 % dans une activité adaptée, laquelle devait être uniquement assise puisque le patient se déplaçait encore avec des béquilles en boitant ; le rendement ne serait quant à lui pas de 100 %, car l'assuré avait besoin de pauses régulières pour se lever, se dégourdir les jambes et bouger. Outre que ce rapport date de 2017 et qu'il concerne ainsi une période durant laquelle l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et les douleurs et limitations plus importantes, il convient de constater que l'activité adaptée proposée par les experts consiste justement en une activité principalement assise mais permettant une alternance des positions assise et debout, afin précisément d'éviter que l'intéressé ne subisse des douleurs aux membres inférieurs. Compte tenu de ces éléments, l'expertise du R. \_\_\_\_\_ sur le plan de la santé physique du recourant ne prête pas le flanc à la critique. bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert A. \_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Il a en premier lieu résumé les plaintes du recourant, qui se disait très déprimé, avec un important découragement et une peur au volant ; l'intéressé avait bénéficié d'un suivi psychiatrique entre mai 2017 et janvier 2018 ( recte : novembre 2017) et avait repris un suivi psychiatrique au début de l'année 2019 à raison de deux fois par mois, en lien avec des difficultés adaptatives et au sein de son couple. Selon l'expert, si les symptômes évoquaient un état de stress post-traumatique, un tel diagnostic n'était finalement pas retenu pour les raisons suivantes : il s'agissait d'intrusions d'apparition tardive, sous la forme de réminiscences-réviviscences uniquement activées par des stimuli externes, à savoir la conduite, mais il n'existait pas d'évitement franc de cette activité puisqu'il conduisait quotidiennement ; il n'existait pas non plus de cauchemar en lien avec l'accident. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a également écarté le diagnostic de trouble dépressif, constatant que les éléments dysphoriques étaient présents, mais ne dominaient pas le tableau ; ils entraient dans des difficultés adaptatives et dans une sensation d'usure liée à la longue évolution. L'humeur constatée n'était pas à dominante encore moins stablement dépressive, il n'y avait pas de ralentissement constaté, ni de culpabilité ou d'anhédonie ni de troubles cognitifs objectivés. S'agissant de l'anxiété, il existait des ruminations interrogatives et inquiètes sans crise anxieuse, qui pouvaient être considérées comme étant normales compte tenu du contexte. Enfin, l'expert psychiatre a relevé qu'aucun trouble de la personnalité n'avait été mis en évidence. Compte tenu de l'absence d'atteinte psychiatrique, il n'existait pas de justification à retenir une incapacité de travail. L'appréciation du Dr A. \_\_\_\_\_ n'est pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier, contrairement à ce que soutient le recourant. Les rapports des 12 septembre 2017, 5 mars 2018 et 28 mars 2019 du Dr G. \_\_\_\_\_ posent certes le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et font état d'une incapacité de travail totale tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée, ainsi que d'un mauvais pronostic. Ceux-ci sont toutefois extrêmement brefs et ne sont nullement étayés. Il est d'ailleurs particulièrement gênant de constater que le psychiatre traitant, qui n'a pas revu son patient entre le 20 novembre 2017 et le 25 février 2019, sauf le 5 mars 2018 pour rédiger un rapport à l'intention de l'assureur-accidents, a tout de même attesté pour cette période un état de santé stationnaire et une incapacité de

travail totale, et ce à deux reprises (cf. rapports des 5 mars 2018 et 28 mars 2019). A cela s'ajoute que, comme indiqué plus haut, le Dr A. \_\_\_\_\_ a expliqué de manière détaillée et convaincante pourquoi il écartait le diagnostic de stress post-traumatique. Quant au rapport établi le 29 janvier 2021 par le Dr G. \_\_\_\_\_ et Mme K. \_\_\_\_\_ produit dans le cadre du recours, il ne permet pas non plus de remettre en cause la fiabilité et la pertinence de l'expertise. Les diagnostics posés de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3), sont en effet pour le moins douteux. On relèvera tout d'abord que le diagnostic de trouble dépressif récurrent apparaît pour la première fois dans ce rapport, le psychiatre traitant ne l'ayant pas mentionné auparavant ; or, un tel diagnostic nécessite par définition que le recourant ait vécu des épisodes dépressifs par le passé, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas. A cela s'ajoute que, selon le rapport du 29 janvier 2021, aucune médication n'a été prescrite, le traitement consistant, comme lors de son précédent suivi en 2017, en des séances de psychothérapie deux à quatre fois par mois. De plus, le Dr G. \_\_\_\_\_ et Mme K. \_\_\_\_\_ relèvent que leur patient est tout de même capable de s'occuper de sa fille, qu'il entraîne deux fois par semaine des adolescents au basketball et que ses troubles psychiatriques n'ont pas d'incidence sur ces activités quotidiennes. Ce tableau est difficilement compatible avec l'état dépressif sévère diagnostiqué. Il en va de même du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, qui est mentionné également pour la première fois dans le rapport du 29 janvier 2021, alors qu'un tel trouble de la personnalité apparaît habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persiste pendant tout l'âge adulte (cf. CIM-10, F60). L'expert A. \_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs dûment penché sur le diagnostic de trouble dépressif et sur un éventuel trouble de la personnalité et les a expressément écartés. Enfin, le rapport du 29 janvier 2021 est contradictoire, en ce sens qu'il fait état d'une forte dégradation de l'état psychique du patient et atteste une incapacité de travail à 80 %, tandis que le Dr G. \_\_\_\_\_ l'estimait à 100 % dans ses précédents rapports, ce qui laisse à penser que l'état de santé se serait en réalité amélioré. Il y a finalement lieu de retenir que l'expertise du R. \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante et que le recourant ne présente pas d'atteinte invalidante sur le plan psychiatrique. Cela étant, et par surabondance, on relèvera que même dans l'éventualité où une telle atteinte existait, la relation de causalité adéquate entre celle-ci et l'événement accidentel devrait quoi qu'il en soit être niée, pour les raisons décrites ci-après. Pour procéder à la classification des accidents selon leur gravité, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 3.1). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et les références citées). La jurisprudence a régulièrement qualifié des collisions frontales comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (TF 8C\_494/2014 du

## **E. 11**

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 compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction

ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

**E. 12**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui 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.