

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 205 vom 8. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__205

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 205 du 8 mai 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 205 del 8 maggio 2025

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, REJET DE LA DEMANDE, LIEN DE CAUSALITÉ, TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, AFFECTION DU PIED, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ACCIDENT PROFESSIONNEL, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, RENTE D'INVALIDITÉ | 18 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 4

LPGA ; art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA E n f a i t : A. U. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé par la société V. _____ SA pour travailler du 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2021 en qualité de « Collaborateur Production » à temps plein. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 2 décembre 2020, l'assuré, alors qu'il sortait d'une caisse mobile sur son lieu de travail, a été heurté au niveau de la tempe droite par l'arceau d'un chariot élévateur qui passait au même moment. L'assuré a chuté et a vu son pied droit se faire écraser par l'une des roues de ce même chariot (cf. déclaration d'accident du 3 décembre 2020 et renseignements fournis par l'assuré le 16 mars 2021). Il s'est immédiatement rendu aux urgences des [...], où une probable entorse de Lisfranc et une plaie au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire ont été diagnostiqués (cf. rapport du 3 décembre 2020 de la Dre X. _____). La CNA a pris en charge le cas. L'assuré se plaignant de céphalées, une IRM (imagerie par résonance magnétique) du cerveau a été réalisée le 14 décembre 2020, laquelle a mis en évidence une anomalie veineuse développementale (DVA) frontale postérieure, sans autre anomalie associée, en particulier pas de cavernome visible (rapport du 14 décembre 2020 des Drs I. _____, spécialiste en radiologie, et R. _____). Une IRM du pied droit réalisée le 15 décembre 2020 a mis en évidence l'existence de signes en faveur d'une entorse grave du Lisfranc avec fracture métaphysaire proximale de MT2 et une contusion osseuse des rayons 3-4-5 (cf. rapport du 15 décembre 2020 des Drs F. _____, spécialiste en radiologie, et R. _____). Compte tenu des cervicalgies persistantes dont se plaignait l'assuré, des radiographies de la colonne cervicale ont été effectuées le 5 février 2021, lesquelles se sont avérées être dans les limites de la norme (cf. rapport du 5 février 2021 de la Dre J. _____, spécialiste en radiologie). Dans un rapport du 23 février 2021, la Dre E. _____, spécialiste en anesthésiologie, a posé le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du membre inférieur droit post-traumatique par accident entraînant une fracture M2 et une entorse sévère de Lisfranc, datant de moins de six mois. Elle a précisé que l'assuré se plaignait également, au second plan, de cervicalgies

à gauche, présentes depuis l'accident, avec des irradiations au niveau du vertex ainsi que de douleurs mandibulaires. Il présentait également une clinique de stress post-traumatique ainsi que des symptômes compatibles avec une dépression. L'assuré a séjourné à la [...] ([...]) du 30 mars au 11 mai 2021. Selon le rapport du 27 mai 2021, établi à l'issue du séjour, les Dres L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et C. _____ ont posé les diagnostics principaux d'entorse grave de Lisfranc avec fracture métaphysaire proximale de MT2 et contusion osseuse des rayons 3-4-5, de contusion faciale droite, de syndrome douloureux régional complexe de type I du pied droit et de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, ainsi que celui, secondaire, d'anomalies veineuses développementales frontale postérieure paramédiane gauche. La situation n'était pas stabilisée sur le plan médical et des aptitudes fonctionnelles et la poursuite du traitement physiothérapeutique, ergothérapeutique et psychothérapeutique était préconisée. Le port de charges de plus de 5 kg et la marche sans moyen auxiliaire ont été retenus à titre de limitations fonctionnelles provisoires. Dans un rapport du 14 décembre 2021, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'évolution au niveau du pied droit était extrêmement lente, avec la persistance de douleurs à la face d'appui, précisant que d'un point de vue orthopédique, il n'y avait pas de suite chirurgicale. Selon un rapport du 28 janvier 2022 de la Dre O. _____, médecin traitante de l'assuré, la fracture était consolidée à l'imagerie. S'agissant de l'algoneurodystrophie, le pronostic à long terme était incertain et il persisterait sans doute des séquelles. Une amélioration de la mobilité du rachis cervical était également relevée et la poursuite des séances de physiothérapie était préconisée. Concernant les troubles psychiques, il persistait une humeur dépressive importante avec des ruminations et parfois des idées suicidaires. Un suivi psychiatrique était en cours et était encore nécessaire durant plusieurs mois. Dans un rapport du 23 juin 2022 à la CNA, le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation et réaction dépressive prolongée (F43.21). Le Dr Z. _____ a toutefois relevé certaines incohérences, tant sur le plan physique que psychique. Le pronostic était défavorable et des réserves étaient émises sur la possibilité d'une reprise du travail. Dans l'intervalle, à la demande du médecin d'arrondissement, l'assuré a séjourné une nouvelle fois à la [...] du 7 au 28 juin 2022, notamment en vue d'évaluer ses capacités fonctionnelles et d'établir un profil d'exigibilité. Selon le rapport du 26 juillet 2022 des Drs M. _____ et D. _____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, et B. _____, établi à l'issue du séjour, le syndrome douloureux régional complexe était en cours d'amélioration. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive et symptôme de type trouble de stress post-traumatique (F43.28) était retenu tandis que sur le plan neurologique, une céphalée cervicogénique était évoquée. Ils ont estimé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une stabilisation étant attendue dans un délai de deux à trois mois, sous réserve des résultats de l'IRM cervicale qu'ils préconisaient pour déterminer l'étiologie des cervicalgies. Aucune intervention n'était proposée au niveau du pied droit. Ils ont estimé qu'à ce stade, l'assuré était théoriquement en mesure d'effectuer une activité légère et sédentaire, principalement en position assise. Selon un rapport du 23 août 2022 du Dr N. _____, spécialiste en radiologie, l'IRM cervicale effectuée la veille était sans anomalie notable ; seule une minime protrusion discale postérieure C4-C5 et C5-C6, sans sténose canalaire ou foraminale était visible. Le 12 septembre 2022, le Dr M. _____ a, en complément du rapport du 26 juillet 2022, précisé qu'une activité alternant la position

assis-debout était exigible à plein temps de la part de l'assuré, sous réserve d'une perte de rendement de 10 % en raison d'un besoin accru de pauses en lien avec les douleurs au pied droit. En revanche, une activité debout statique ou nécessitant de la marche ou le port de charge de plus de 5 kg n'était pas exigible. Dans son appréciation médicale du 30 septembre 2022, le Dr H. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que seules les atteintes au niveau du pied droit étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 décembre 2020, à l'exclusion des plaintes au niveau du rachis cervical et des troubles cérébraux. Des séances de physiothérapie et d'ergothérapie, durant un ou deux ans, seraient nécessaires pour améliorer la symptomatologie douloureuse de l'assuré. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manutentionnaire était nulle, mais qu'il pouvait effectuer une activité légère et sédentaire, principalement en position assise. Par avis séparé du même jour, le Dr H. _____ a considéré que l'assuré devait, compte tenu de ses atteintes au pied droit, bénéficier d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. Le Dr H. _____ ayant considéré, dans un nouvel avis du 21 octobre 2022, que l'état de santé de l'assuré au niveau de son pied droit était probablement stabilisé, la CNA a, par courrier du même jour, informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2022. Par décision du 4 novembre 2022, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, faute de manque à gagner résultant du calcul de comparaison des revenus. Elle a précisé que les troubles psychogènes, ainsi que les troubles de la colonne cervicale et cérébraux n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 2 décembre 2020, si bien qu'il était justifié de mettre fin aux prestations d'assurance avec effet au 30 novembre 2022. Elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. A la suite de l'opposition de l'assuré, la CNA, par courrier du 3 avril 2023, l'a informé qu'elle annulait la décision du 4 novembre 2022. Elle estimait, après un nouvel examen, que l'état médical final n'était pas atteint au 30 novembre 2022. Amenée à se prononcer sur la présence d'une affection neurologique, la Dre G. _____, médecin d'arrondissement, a, dans une appréciation médicale du 2 juin 2023, indiqué qu'aucune atteinte neurologique objectivable ne ressortait du dossier ; aucune investigation supplémentaire n'était dès lors nécessaire à ce titre et le statu quo ante était fixé à six semaines après l'accident. Par ailleurs, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était indiquée pour les troubles à la colonne cervicale. Le 16 juin 2023, l'assuré a été examiné une nouvelle fois par le Dr H. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a considéré que deux ans après l'accident, l'état de santé au niveau du pied droit pouvait être considéré comme stabilisé. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré était entière, sans limitation de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges régulier de plus de 5 kg, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position accroupie, pas de réalisation répétée d'escaliers et pas de tâches nécessitant un bon équilibre), par exemple dans une activité légère et sédentaire exercée principalement en position assise. Par courrier informel du 6 juillet 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait cesser la prise en charge des frais de traitement avec effet au 31 juillet 2023, au motif qu'aucun traitement n'était susceptible d'améliorer la situation au niveau de son pied droit. Elle allait toutefois prendre en charge le traitement physiothérapeutique et ergothérapeutique jusqu'au 31 décembre 2024. Le 29 août 2023, l'assuré, représenté par Me Fanette Sardet, a contesté la teneur du courrier 6 juillet 2023, estimant que le versement des indemnités journalières devait se poursuivre dans l'attente du résultat de l'instruction complémentaire qu'il sollicitait, et que l'interruption de la mesure de réinsertion, dont il bénéficiait (cf. communications des 28

février et 12 mai 2023 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [OAI]) sous l'égide de l'OAI, était la preuve qu'il ne pouvait travailler dans aucune activité. Par décision du 1^{er} septembre 2023, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au motif que, selon le calcul de comparaison des revenus, il ne subissait aucun manque à gagner. Elle a précisé qu'aucune lésion neurologique ne résultait de l'accident et que les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident litigieux. Aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire à celle déjà versée le 4 novembre 2022 n'était octroyée. Par pli du 5 octobre 2023, l'assuré a fait opposition à l'encontre de cette décision. En substance, il faisait valoir qu'il était prématuré de se prononcer sur le droit à la rente d'invalidité. L'instruction médicale diligentée par la CNA était lacunaire, celle-ci ne tenant compte, ni des motifs ayant conduit à l'interruption de la mesure de réadaptation de l'OAI ni des troubles à la colonne cervicale, cérébraux et psychiques. Quoiqu'en dise la CNA, ces derniers étaient en lien de causalité adéquate avec l'accident litigieux. De son point de vue, une expertise pluridisciplinaire indépendante devait être mise en œuvre s'agissant de la stabilisation de son état de santé et de sa capacité de travail dans une activité adaptée, notamment en lien avec ses troubles psychogènes et ses troubles à la colonne cervicale et cérébraux, ainsi que de l'atteinte à l'intégrité supplémentaire résultant de ces troubles. L'assuré contestait, à titre subsidiaire, le calcul de son degré d'invalidité et estimait qu'une rente entière devait lui être octroyée. En particulier, son revenu d'invalidité devait être fixé à 0 fr. et, quel que soit le montant retenu à l'issue de toutes les investigations médicales, un abattement de 25 % devait être retenu. Par décision sur opposition du 18 janvier 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. En substance, elle estimait que le dossier avait été instruit à suffisance et qu'il n'était donc pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise indépendante. S'agissant du lien de causalité adéquate entre l'accident litigieux – qu'il convenait de qualifier de gravité moyenne stricto sensu – et les troubles psychiques, il devait être nié, faute pour l'assuré de remplir suffisamment de critères jurisprudentiels. Quant à la question de la rente d'invalidité, la CNA confirmait l'absence d'incapacité de gain résultant de la comparaison des revenus. En particulier, c'était à juste titre qu'elle s'était fondée sur les salaires statistiques pour déterminer à la fois le revenu de valide – étant donné l'absence de contrat de durée indéterminée ou d'indices permettant d'admettre que l'assuré aurait bénéficié d'un tel contrat sans la survenance de son accident – que celui d'invalidité – l'assuré ne mettant pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail telle que déterminée par le Dr H. _____ –, étant précisé que la prise en compte d'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidité était suffisant. Pour ce qui était de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré n'avait aucun motif qui justifiait de s'écarter de l'appréciation du 30 septembre 2022 du Dr H. _____ fixant dite indemnité à 20 %. B. Par acte du 19 février 2024, U. _____, sous la plume de sa mandataire, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 18 janvier 2024 de la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants, subsidiairement, après mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit allouée à compter du 4 septembre 2023, respectivement au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire dont la quotité sera fixée à dire d'expert. En substance, l'assuré reprochait à la CNA d'avoir failli à son devoir d'instruction en fondant sa décision exclusivement sur l'appréciation de ses médecins internes et en n'investigant pas, notamment par le biais d'une expertise, plus

avant la question du traumatisme crânio-cérébral – dont il présentait pourtant, au vu des éléments au dossier, tous les symptômes dès les premiers jours suivant l'accident, et celle de ses troubles psychiques. Le fait qu'il ait été contraint d'interrompre prématurément la mesure de réinsertion de l'OAI était la preuve que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, ce qui contredisait les conclusions du médecin d'arrondissement. En outre, c'était à tort que la CNA avait nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident litigieux – qu'il convenait de qualifier de gravité moyenne, à la limite du cas grave – et ses atteintes psychiques. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire tenant compte de son traumatisme crânio-cérébral et de ses atteintes psychiques devait être accordée. Par réponse du 3 avril 2024, la CNA a conclu au rejet du recours, renvoyant aux motifs contenus dans la décision sur opposition querellée. Par ordonnance du 8 octobre 2024, le juge instructeur a requis la production du dossier de l'assuré auprès de l'OAI. L'OAI a produit son dossier le 16 octobre 2024. Par la suite, un rapport d'expertise multidisciplinaire (avec volets neurologique, rhumatologique, psychiatrique et médecine interne), réalisée par les Drs A._____, spécialiste en neurologie, T._____, spécialiste en rhumatologie, P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, spécialiste en médecine interne générale et pharmacologie et toxicologie cliniques, a été versé le 22 octobre 2024 au dossier de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de céphalée chronique psychogène avec composante médicamenteuse non exclue (G44.4), de douleurs cervicales sur discopathies avec névralgie d'Arnold à gauche (M54.2), d'algodystrophie du pied droit post-traumatique (M89.0), d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique comme évolution défavorable d'un trouble de l'adaptation (F32.2), de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de probabilité pré-test présente de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (G47.31), d'excès pondéral (E66.93), de tabagisme (Z71) et d'autres réactions à un facteur de stress sévère (F43.8). Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 2 décembre 2020, tandis qu'elle était de 45 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg ou de port de charge au-delà de 5 kg, alternance régulière de position assise et debout, pas de marche prolongée ou sur terrain irrégulier, pas de position tête penchée en avant prolongée, fatigue diurne, difficultés à se concentrer ainsi qu'épuisement), précisant que la situation devra être réévaluée dans un an, compte tenu des éléments de bon pronostic existant après adaptation du traitement. Par déterminations du 15 novembre 2024, la CNA a derechef conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise confirmait en tout point les évaluations médicales des médecins d'arrondissement s'agissant des seuls troubles en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 2 décembre 2020. L'absence de substrat organique au niveau cervical et cérébral était confirmée par l'expert neurologue ; la capacité de travail de 45 % retenue par cet expert était justifiée par un diagnostic sans lien avec l'accident. S'agissant de l'atteinte au pied droit, l'appréciation des experts interniste, rhumatologue et neurologue concernant la stabilisation, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité confirmait celle du Dr H._____. Dans ses déterminations du 18 novembre 2024, l'assuré a indiqué qu'il contestait les conclusions de l'expertise, celles-ci étant contraire à la réalité. Dans les faits, il était incapable de travailler, même dans une activité adaptée simple, et une reprise d'activité, de quelque nature que ce soit, aurait pour effet de péjorer son état de santé. 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. Le litige a pour objet principal la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. 3. 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) 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 (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, ici applicable). 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. 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

LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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). 4. a) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait,

que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid.

E. 10

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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