

VD_GERICHTE ZA09.019477 vom 16. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA09.019477

FR: VD_GERICHTE ZA09.019477 du 16 mars 2012

IT: VD_GERICHTE ZA09.019477 del 16 marzo 2012

Erwägungen

E. 1

Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA – délai suspendu pendant les fêtes). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès d'un tribunal incompétent *ratione loci*, mais qui l'a transmis d'office au tribunal compétent – celui du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA) –, est donc recevable. Il y a lieu d'entrer en matière.

E. 2

Le recourant fait valoir qu'il souffre, treize mois après l'accident (à la date du dépôt du recours), des troubles suivants: céphalées aiguës, nuchalgies, vertiges, sensation d'oppression thoracique, douleurs au niveau des extrémités, importantes fatigues, troubles de la concentration et de la mémoire, troubles du sommeil avec cauchemars récurrents «et autres symptômes de la lignée psychique». Selon lui, tous ces symptômes sont consécutifs à l'accident. Dans ses déterminations du 4 septembre 2009, le recourant fait valoir qu'il serait insoutenable de mettre l'essentiel de la symptomatologie douloureuse sur le compte de la sphère psychique; selon lui, il n'est pas admissible de reconnaître qu'il souffre physiquement et d'affirmer que ses souffrances n'ont aucun substrat somatique. Cela étant, le recourant n'invoque aucun avis médical qui permettrait d'invalider l'appréciation de la CNA selon laquelle les troubles invoqués, à savoir des douleurs multiples, ne reposent sur aucun substrat à caractère organique. Cette conclusion était fondée sur l'avis du médecin d'arrondissement Dr

- 7 - K. _____, qui lui-même avait tenu compte de l'avis d'un neurologue, et qui n'avait pas constaté d'autre lésion objective consécutive à l'accident qu'une petite brûlure de la lèvre. Le recourant n'affirme pas qu'il aurait subi d'autres lésions sur le plan physique. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b). Le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier. Il 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. Un rapport médical a une valeur probante pour autant 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a) . En l'occurrence, le rapport du Dr K. _____, en relation avec les autres rapports médicaux dont ce spécialiste a tenu compte, est suffisamment probant pour statuer sur la question soulevée par le recourant. La CNA pouvait considérer que l'origine des douleurs et des autres troubles (de la concentration, etc.) ne se trouvait pas dans une

- 8 - lésion physique (substrat organique) mais bien plutôt dans la sphère psychique.

E. 3

Le recourant, qui admet l'existence de troubles psychiques, soutient qu'ils ont été causés par l'accident du 1er février 2008. Seule la question du lien de causalité entre cet accident, d'une part, et les troubles psychiques, d'autre part, est litigieuse. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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). Il faut encore un lien de causalité adéquate. En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

- 9 - Pour procéder à cette classification, 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, en fonction de son déroulement. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques doit, ordinairement, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - 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, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4; 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa; cf. aussi Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR Soziale Sicherheit, 2ème éd., p. 868).

- 10 - b) Objectivement, l'accident du 1er février 2008 n'est à l'évidence pas un accident grave. La CNA était fondée à le classer dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, n'étant pas à la limite de la catégorie des accidents graves. A titre d'exemple, selon la jurisprudence, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (TF 8C_182/2009 du 8 décembre 2009). De même, un heurt provoqué par le déploiement subit de la cime d'un arbre abattu, laquelle était restée coincée, ayant provoqué des lésions somatiques passagères au dos d'un bûcheron ainsi que des troubles psychiques réactionnels a été un évènement considéré comme accident de gravité moyenne par le Tribunal fédéral (ATF 115 V 403). Dans le cas particulier, les circonstances de l'accident sont objectivement beaucoup moins graves. c) Il reste donc à examiner si, dans le cas présent, la CNA devait admettre que plusieurs des critères jurisprudentiels précités étaient réalisés. A l'évidence, seul le critère des douleurs physiques persistantes pourrait être retenu, les autres n'entrant pas en considération. Cela ne suffit pas, selon la jurisprudence, pour admettre un lien de causalité adéquate. Dans ces circonstances, la CNA était donc fondée à mettre fin à ses prestations. La décision attaquée ne viole ainsi pas le droit fédéral, et les griefs du recourant doivent être écartés. d) Il y a lieu de préciser que les atteintes d'ordre psychique, postérieures à l'accident mais sans lien de causalité avec lui, compromettent néanmoins durablement la capacité de travail; cela ne justifie pas l'octroi de prestations par l'assurance-accidents mais le cas

- 11 - échéant par l'assurance-invalidité. Cette question n'a pas à être traitée dans le présent arrêt.

E. 4

Il résulte des considérants que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).