

VD_GERICHTE ZA13.010075 vom 27. März 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-03-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.010075

FR: VD_GERICHTE ZA13.010075 du 27 mars 2014

IT: VD_GERICHTE ZA13.010075 del 27 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances

- 13 - du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). En l'espèce, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit de la recourante à bénéficier des prestations de l'intimée (indemnités journalières et prise en charge des frais médicaux) pour la période postérieure au 30 septembre 2007. La décision attaquée refuse les prestations d'assurance pour la rechute annoncée le 8 mai 2012, niant tout rapport de causalité entre l'accident du

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En relation avec les art. 10 et 16 LAA, cette disposition implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en présence de troubles physiques consécutifs à un

accident, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). En présence de troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime d'un accident, le caractère adéquat du lien de causalité doit être examiné selon des critères posés par la jurisprudence (voir ATF 115 V 403 ; cf. consid. 6 infra). b) Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua none de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence, il suffit même que l'accident ait été la « conditio sine qua non » qui a simplement déclenché de manière prématurée le dommage (« bloss zeitlich bestimmend war ») qui se serait de toute manière produit plus tard ; il en va différemment si le risque était déjà présent et qu'il fallait s'attendre à tout instant à la survenance du dommage (TF U 413/2005 du 5 avril 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 28 p. 94 ; TF U 136/2006 du 2 mai 2007 consid. 3). 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

- 15 - 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 3a ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). c) En vertu de 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 réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, 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 ou plus 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19

- 16 - février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). En d'autres termes, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la

vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (TF U 136/2006 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/2003 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; TFA U 43/2003 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206). 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 versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]) ; ainsi, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières. Selon la jurisprudence, il y a rechute ou séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé est guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 arrêts cités ; TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3). Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent

- 17 - faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) 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 118 V 293 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. 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 (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

E. 4

a) Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPG) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA U 316/2000 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; TF 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (« anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie (« anspruchsaufhebende

Tatfrage »), le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas

- 18 - à l'assuré (TF U 136/2006 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/2005 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 19 - Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

E. 5

En l'espèce, il s'agit de déterminer si les troubles et douleurs ressentis par la recourante dès janvier 2012 sont la conséquence probable de la contusion de l'épaule droite survenue lors de l'accident du 3 janvier 2007. a) En juillet 2012, le Dr Q._____ diagnostique des cervico- dorsolombalgies chroniques, avec syndrome sacro-iliaque droit, syndrome de Tietze droit, dysfonction cervicale et dysbalance musculaire cervicale. Il expose que ces douleurs ne sont pas nouvelles, et de ce fait ne peuvent être qualifiées de rechute, mais sont liées à l'accident de 2007 et se sont exacerbées en janvier 2012. Le qualificatif de « post-traumatiques » qu'il attribue aux cervico-dorsolombalgies semble être fondé sur le séjour de l'assurée à la CRR. En effet, le Dr Q._____ mentionne la présence, à la suite de l'accident, de douleurs du rachis ayant nécessité une prise en charge par la CRR au printemps 2007. Or à la lecture des différents rapports rédigés par les médecins de la CRR, il appert que le séjour de l'assurée s'inscrivait dans le cadre d'une prise en charge

pluridisciplinaire en raison de la persistance de douleurs à l'épaule droite. Il n'est question, dans le consilium du 31 mai 2007 du Dr S. _____, que d'un traumatisme de la ceinture scapulaire droite, de la mobilité articulaire du membre supérieur droit et d'une discrète tendinopathie du sus-épineux. Par ailleurs, le rapport de physiothérapie du 18 juin 2007 retranscrit les plaintes de l'assurée au niveau du pourtour de l'omoplate et au niveau antérieur de l'épaule. Finalement, les seuls diagnostics posés, aux termes du rapport final du 9 juillet 2007, sont la contusion de l'épaule droite et la discrète tendinopathie du muscle supra-épineux droit. Sont mentionnées

- 20 - des douleurs permanentes de l'épaule, irradiant à droite dans le rachis cervical et l'omoplate, sans autre indication quant à d'éventuelles cervico- dorsolombalgies. En outre, les radiographies cervicales n'ont pas révélé de trouble dégénératif et les clichés fonctionnels ont fait apparaître une courbure dysharmonieuse au niveau C5-C6 en flexion, sans spondylolisthésis. Cela étant, le Dr N. _____ relève que le diagnostic de cervico- dorsolombalgies chroniques posé par le Dr Q. _____ est nouveau et n'a pas été retenu auparavant, notamment lors du séjour à la CRR. Il mentionne par ailleurs que les précisions apportées à ce diagnostic (syndrome sacro-iliaque droit, syndrome de Tietze droit, dysbalance musculaire avec hypomobilité costo-vertébrale) correspondent la plupart du temps à des troubles fonctionnels douloureux sans grand substrat anatomo-pathologique démontrable. Après examen des radiographies de la colonne lombaire et du bassin réalisées en 2011 et celles de la colonne dorsale effectuées en 2012, le Dr N. _____ relève que ces radiographies n'ont pas révélé de lésion post-traumatique. Il précise que s'agissant de la symphyse pubienne, elle présente un léger remaniement aspécifique, mais dont le caractère post-traumatique est peu probable en l'absence d'autres séquelles identifiables d'une fracture du bassin. De surcroît, la recourante ne se plaint pas d'une symptomatologie douloureuse à cet endroit. L'appréciation du Dr V. _____ à cet égard, savoir que la bascule du bassin avec remodelage au niveau de la symphyse pubienne et la scoliose dorsale avec remodelage osseux sont typiques d'un événement traumatique, n'est pas de nature à mettre en doute les constatations du Dr N. _____, dans la mesure où il ne s'agit que d'une appréciation d'ordre générale. Quant à l'avis du Dr Q. _____, lequel relève une légère irrégularité symphysaire, une lombalisation de S1 et une scoliose dextro-convexe centrée sur le rachis dorsal moyen avec remaniements dégénératifs, il ne démontre pas que ces lésions résulteraient de l'accident du 3 janvier 2007. Les Drs Q. _____ et V. _____, qui suivent la recourante depuis mars 2011 respectivement juin 2012, expliquent que les

- 21 - symptômes douloureux du rachis dont se plaint la patiente ne se sont manifestés qu'après la survenance de l'accident de janvier 2007 et que, de ce fait, les plaintes actuelles sont attribuables à cet événement. Leurs constatations semblent donc résulter essentiellement du raisonnement « post hoc ergo propter hoc » dont la jurisprudence a précisé qu'il n'était pas suffisant, à lui seul, pour établir un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). A contrario, le Dr N. _____ explique de façon précise les raisons pour lesquelles les troubles invoqués ne résultent pas de l'atteinte à l'épaule droite survenue le 3 janvier 2007. Il rappelle que du point de vue orthopédique, les seules lésions objectivables mises en évidence chez l'assurée dans les suites de l'accident sont une légère tendinopathie du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire droites. Ces constatations ressortent en effet des examens radiologiques effectuées en janvier et mars 2007. Se référant à

l'appréciation du Dr J. _____ du 6 septembre 2007, lequel retenait que la mobilité de l'épaule droite était légèrement limitée et que d'éventuelles séquelles organiques de l'accident ne justifiaient plus d'incapacité de travail à cette période, le Dr N. _____ considère que ces lésions étaient largement guéries lors de l'examen de septembre 2007. De surcroît, il n'a observé aucune limitation fonctionnelle notable lors des examens cliniques de janvier 2013. Il constatait que la mobilité du rachis cervical était conservée, que les épaules étaient tout à fait souples, que tous les tendons de la coiffe des rotateurs étaient fonctionnels, que les hanches étaient libres, qu'il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral, tout en ne passant pas outre les douleurs exprimées par l'assurée. b) Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr N. _____, dont la valeur probante ne saurait être mise en doute (cf. consid. 4b supra). Le rapport du 14 août 2013 du Service de rhumatologie du CHUV, produit céans par la recourante, ne lui est par ailleurs d'aucun secours. En effet, si le diagnostic de cervico-dorsolombalgies chroniques est confirmé, l'origine

- 22 - post-traumatique telle que soutenue par l'assurée n'est nullement attestée. Par ailleurs, cette dernière demande en vain que soit établie l'origine traumatique des troubles présentés. En effet, il incombe à l'assuré – qui annonce une rechute – d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. consid. 3d supra). Or on ne peut que constater l'échec de la recourante à cet égard, laquelle ne fait valoir aucune constatation objective de nature à mettre en doute l'analyse de la situation telle que ressortant du rapport du médecin d'arrondissement. Partant, à l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient que la problématique algique alléguée par la recourante n'est, au degré de vraisemblance prépondérante, pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 3 janvier 2007. Ainsi, sur le plan somatique, on peut suivre l'appréciation du Dr N. _____ selon laquelle les cervico- dorsolombalgies présentées par l'assurée en janvier 2012 ne peuvent être mises en relation de causalité avec l'accident déclaré. Il n'y a dès lors pas lieu, en l'état, d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (cf. consid. 3a supra).

E. 6

La recourante demande que soit reconnue l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques qu'elle présente et l'accident du 3 janvier 2007. a) S'agissant des suites psychiques provoquées par un accident, la jurisprudence a précisé (ATF 112 V 30 consid. 3c) que le point de savoir si l'accident considéré est propre à provoquer, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'atteinte à la santé psychique qu'il a entraînée, ne doit pas être tranché en se référant aux effets probables d'un pareil accident sur un assuré jouissant d'une constitution psychique normale. Il convient bien plutôt de prendre en considération un large cercle d'assurés comprenant aussi les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, sont davantage sujettes à des troubles mentaux et qui, sur le plan psychique, assument

- 23 - moins bien l'accident que des assurés jouissant d'une condition normale. Les motifs pour lesquels certains assurés surmontent plus lentement ou plus difficilement que d'autres un choc traumatique peuvent relever notamment d'une prédisposition constitutionnelle ou, d'une manière générale, d'un mauvais état de santé, de la pression psychique due aux conditions sociales, familiales ou professionnelles ou, enfin, de la personnalité peu structurée de l'assuré. Ainsi, la question de la causalité adéquate doit être tranchée également au regard des effets probables d'un accident sur des assurés appartenant à une

catégorie dite à risques élevés, autrement dit sur des personnes peu aptes à assumer pleinement un choc traumatique. Cela étant, le point de savoir si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident peut être considéré comme propre à entraîner des troubles psychiques déterminés, doit être tranché non pas au regard d'un critère étroit, mais en fonction d'une norme représentative de la réalité (ATF 115 V 133, précisant les principes exposés aux ATF 113 V 307 et 321). Cette jurisprudence a été complétée par une pratique consacrant une classification par degrés de gravité des accidents entraînant des troubles psychiques réactionnels (ATF 115 V 133 précité et 403). Selon ces arrêts, 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 effet, le principe d'égalité de traitement et l'exigence de la sécurité du droit nécessitent que l'on recoure à des critères objectifs pour trancher la question de l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'origine psychique (ATF 112 V 30 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207 ; Maurer, *Aus der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts*, SZS 1986 p. 199). Aussi, suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent-ils être classés en trois catégories : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. b) Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple heurté légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de

- 24 - peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ce cas, la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'événement accidentel lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Les critères les plus importants sont 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 les complications

- 25 - importantes qui ont pu en résulter, et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'apparaissent dans chaque cas toutes ces circonstances à la fois. Il est possible que la présence d'une seule

d'entre elles soit suffisante pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire et qu'on se trouve par conséquent à la limite de la catégorie des accidents graves. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, cela d'autant plus lorsque l'accident est de moindre gravité. c) En l'occurrence, le Dr Q. _____ mentionne un suivi psychologique dans le contexte d'un syndrome de stress post-traumatique. Le Dr N. _____ indique ne pas comprendre sur quel élément se fonde le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique en relation avec l'accident, relevant que l'assurée n'en présentait aucun signe lors de l'évaluation psychiatrique à la CRR en automne 2007 et que ce diagnostic n'a jamais été évoqué par le Dr W. _____ qui l'a longtemps suivie. Dans leur rapport du 9 juillet 2007, se référant au consilium psychiatrique du 30 mai 2007, les Drs X. _____ et G. _____ ont retenu un trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression, à titre de comorbidité. Le Dr C. _____ se fondait principalement sur un bilan d'émigration très négatif chez une patiente isolée en Suisse et ne parlant pas le français. Il n'établissait pas que le trouble psychique présenté résultait de l'accident de janvier 2007. Dans son courrier du 21 septembre 2007, le Dr W. _____ indiquait suivre la recourante depuis juillet 2007 en raison d'un important trouble anxieux, d'un trouble phobique avec épisodes de panique et d'un trouble du sommeil (humeur dépressive). S'il écrivait que « la patiente affirme que tous ses symptômes sont apparus après l'accident de travail du 03.01.2007 », il ne rattachait pas, de manière claire, les troubles psychiques à l'accident de 2007. Le 19 octobre

- 26 - 2007, le Dr Z. _____ mentionnait que le trouble psychique présenté par l'assurée était réactionnel à une situation psychosociale particulièrement difficile dans laquelle l'accident n'avait joué aucun rôle, arguant de ce fait que ce trouble était sans lien de causalité avec l'accident du 3 janvier 2007. Cette appréciation s'insérait ainsi dans le prolongement des constatations du Dr C. _____. Finalement, en 2012, P. _____, psychologue, indiquait que les consultations étaient intervenues à la suite de questions émotionnelles liées au congé maladie de l'assurée et à son mal être physique et psychique ; l'assurée présentait des symptômes dépressifs liés à sa situation personnelle. Il appert ainsi qu'aucun spécialiste en psychiatrie – ou psychologue – n'attribue l'origine des troubles psychiques présentés par l'assurée à l'accident du 3 janvier 2007. Cela étant, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur la question du lien de causalité naturelle dans la mesure où le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident de 2007 doit de toute façon être nié. En effet, dans le cas présent, l'accident peut être qualifié de gravité moyenne, et aucun des critères dégagés par la jurisprudence et rappelés plus haut n'est en l'occurrence réalisé. L'accident n'apparaît pas particulièrement dramatique (chute d'une échelle). Les lésions physiques consécutives à l'accident n'ont pas non plus été particulièrement graves, la recourante souffrant uniquement d'une contusion de l'épaule droite avec discrète tendinopathie du muscle supra-épineux ; aucune lésion osseuse n'a été constatée. Le traitement médical ne s'est pas révélé anormalement long ni n'a été entaché d'erreurs ayant entraîné une aggravation des séquelles de l'accident. La durée de l'incapacité de travail attribuable aux seules séquelles somatiques ne saurait être considérée comme particulièrement longue. A cet égard, le Dr J. _____ a indiqué, le 6 septembre 2007, que la capacité de travail était totale, s'agissant des éventuelles séquelles organiques de l'accident, et l'intimée a reconnu que les symptômes somatiques n'étaient plus en lien de

causalité avec l'accident dès le 1er octobre 2007 au plus tard.

- 27 - Les critères posés par la jurisprudence ne sont dès lors pas remplis en l'espèce pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 3 janvier 2007 et les troubles psychiques annoncés dès le mois de mai 2012. Ainsi, on ne saurait considérer que l'accident dont a été victime la recourante a joué un rôle déterminant dans l'apparition des troubles psychiques allégués.

E. 7

a) En définitive, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 3 janvier 2007 et les troubles annoncés le 8 mai 2012 n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante. Aussi, l'intimée était-elle fondée, par sa décision sur opposition du 8 février 2013, à nier le droit de la recourante à des prestations d'assurance pour les troubles ayant nécessité des soins et entraîné une incapacité de travail dès le 31 janvier 2012. Le recours se révèle ainsi mal fondé. b) Si l'assureur 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 de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 459 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c). En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer.

E. 8

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 28 - La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 29 -

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