

## **VD\_GERICHTE ZA18.016233 vom 14. März 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-03-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA18.016233](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.016233)

FR: VD\_GERICHTE ZA18.016233 du 14 mars 2019

IT: VD\_GERICHTE ZA18.016233 del 14 marzo 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

mars 2016, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Elle a en effet retenu qu'il n'y avait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présents chez l'assurée et l'accident. A cet égard, la CNA a qualifié l'accident de gravité moyenne et a ainsi conclu que l'examen des critères jurisprudentiels ne permettait pas de considérer que cet accident avait eu une influence déterminante dans l'apparition ou le développement des troubles psychiques. La CNA a par ailleurs fait remarquer que la capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée, fixée sur la base des seules séquelles organiques de l'accident survenu le 8 mars 2016, n'était en soi pas remise en question par la recourante et que celle-ci n'avait en outre formulé aucun grief à l'égard des éléments de comparaison (revenu avec et sans invalidité) ayant servi à déterminer le degré d'invalidité, si bien qu'il n'y avait pas lieu d'examiner plus avant cette question.

- 13 - B. Par acte du 17 avril 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) contre la décision sur opposition précitée, en concluant principalement à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale multidisciplinaire soit mise en œuvre. Elle fait valoir en substance qu'il existe un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident qu'elle qualifie d'accident de gravité moyenne supérieure, dès lors que le véhicule qui l'a percutée roulait, selon elle, à environ 40 km/heure. Ainsi, il n'y aurait pas lieu d'examiner les critères posés par la jurisprudence en matière de lien de causalité adéquate dans les cas de troubles psychiques. Elle démontre, à toutes fins utiles, que trois (circonstances particulièrement dramatiques de l'accident, plaintes corporelles permanentes et durée de l'incapacité de travail) des critères en question seraient réunis. Elle soutient également que les atteintes physiques dont elle souffre ont un impact sur sa capacité de travail. Enfin, elle estime que cette capacité est nulle dans toute activité, si bien qu'une rente équivalant à la perte totale de son revenu devrait lui être octroyée. Par réponse du 25 juin 2018, la CNA a précisé qu'il fallait appliquer, en l'espèce, la jurisprudence relative aux troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé et non celle applicable en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident de type « coup du lapin », un accident analogue ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable. Elle soutient que la vitesse du véhicule lors de l'accident était d'environ 20 km/heure, permettant ainsi de qualifier cet accident de gravité moyenne, ce qui aurait pour conséquence de devoir examiner de toute façon les critères jurisprudentiels. A cet égard, elle estime que les trois critères mentionnés par la recourante ne sont pas réalisés en l'espèce, si bien que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présents chez la recourante et l'accident doit être dénié. L'intimée

retient par ailleurs qu'au vu du résultat des examens médicaux effectués, lesquels n'ont permis d'objectiver qu'une partie des douleurs de la recourante (discarthrose des vertèbres C4-C5 et C5-C6), elle était fondée à considérer que celle-ci disposait d'une pleine capacité

- 14 - de travail dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Elle estime enfin que les documents médicaux produits par la recourante postérieurement à la décision du 5 décembre 2017 n'amènent aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause le résultat de l'instruction médicale qu'elle a menée, aboutissant au refus d'octroi d'une rente d'invalidité. Par réplique du 14 août 2018, la recourante a maintenu ses conclusions, tout en précisant qu'il était établi avec un degré élevé de vraisemblance que la vitesse du véhicule devait être plus proche des 40 km/heure que des 20 km/heure et en reprenant pour le surplus les arguments invoqués dans son recours. Par écriture du 27 août 2018, l'intimée a renoncé à déposer formellement une duplique, dès lors que la recourante n'alléguait aucun élément nouveau dans sa réplique. 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 sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; 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.

- 15 - 2. a) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1). b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 novembre 2017. c) On précisera que 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'assurances 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. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputée 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 (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière 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 (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité

- 16 - de travail 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. b/aa) Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). 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 (TF 8C\_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.). 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 (non-application du raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). bb) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance- accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être

- 17 - 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 ; 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. 3.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées). cc) 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. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un

traumatisme crânio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a). Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et

- 18 - atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5; TF 8C\_957/2008 du 1er mai 2009 consid. 4.2, 8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1). 4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). b) 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

- 19 - administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. La recourante fait tout d'abord valoir qu'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques qu'elle présente, attestés à la fois par son médecin traitant et par sa psychiatre, et l'accident survenu le 8 mars 2016. a) On relèvera d'emblée qu'il y a lieu d'appliquer en l'espèce la jurisprudence relative au rapport de causalité entre un accident et des troubles psychiques et non celle relative aux accidents de type « coup du lapin », si tant est que l'on admette que la recourante a présenté des lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral. En effet, comme le relève l'intimée, les plaintes en lien avec ces lésions ont été reléguées à l'arrière-plan par la présence d'une atteinte psychique indépendante, soit un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ou trouble de stress post traumatique, qui est à l'origine de l'incapacité de travail actuelle. C'est d'ailleurs ce que constatait déjà la Dresse P. \_\_\_\_\_, psychiatre, dans son rapport du 8

mars 2017, en mentionnant que « les éléments dépressifs [étaient] actuellement au premier plan par rapport aux éléments post traumatiques qui handicap[aient] peu la patiente ». b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime, la jurisprudence classe 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. 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ;

- 20 - 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 réf. cit.). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1) : - 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 qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;

- 21 - - 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. 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 susmentionnés ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident. En revanche, en présence d'un accident apparaissant comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, un seul des sept critères peut être suffisant. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1). On ajoutera qu'il est admissible de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C\_685/2015 du

septembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1). c) En l'espèce, l'accident dont a été victime la recourante doit, compte tenu de son déroulement, être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Le choc subi à la tête a certes manifestement été brutal, dans la mesure où la recourante est tombée par terre et où elle a dû être amenée à l'hôpital. Celle-ci n'a toutefois pas été projetée lors de la collision, ce qui laisse supposer que le véhicule qui l'a percutée roulait à une vitesse limitée. Par ailleurs, les atteintes constatées juste après l'accident n'ont pas justifié une hospitalisation, puisque la recourante a pu regagner son domicile le jour-même. La CNA a, pour sa part, retenu un accident de gravité moyenne stricto sensu, ce qui au final ne change rien au résultat comme on le verra ci-après.

- 22 - d) Il convient à ce stade d'examiner les critères posés par la jurisprudence. S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère doit être examiné de manière objective, et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut souligner qu'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (cf. concernant plus particulièrement ce critère : TF 8C\_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2 ; 8C\_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 ; U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207). Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015, consid. 5.1.2). En l'espèce, à l'instar de la CNA, on ne saurait considérer ce critère comme réalisé. En effet, sans vouloir minimiser l'accident dont a été victime la recourante, force est de constater que celui-ci diffère fondamentalement des cas dans lesquels le Tribunal fédéral a admis la réalisation de ce critère (accident de la circulation dans un tunnel sur l'autoroute impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel, carambolage de masse sur l'autoroute ou conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci qui occupait le siège passager). Concernant le critère de la gravité des lésions physiques, on observera que des contusions multiples, ainsi qu'une hernie discale, ne peuvent être considérées comme des lésions graves ou particulières. En outre, les lésions physiques présentées par la recourante juste après l'accident ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

- 23 - Quant à la durée du traitement médical, il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). On ne saurait à l'évidence considérer que le traitement ait été anormalement long ou que la recourante ait été astreinte à un traitement particulièrement lourd ou contraignant. En effet, hormis l'intervention de juin 2016, celui-ci a consisté en des séances de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que la prise d'antalgiques. Or, la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée – de même que la prise de médicaments antalgiques – ne répond pas au critère d'une durée anormalement longue des soins médicaux (cf. TF 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 et les références citées). Il existe certes des douleurs physiques

persistantes chez la recourante. Les éléments font cependant défaut pour les qualifier d'objectivement importantes. En particulier, les divers examens neurologiques et radiologiques effectués n'ont pas permis de mettre en évidence une pathologie ou des lésions objectives susceptibles d'expliquer les douleurs ressenties par celle-ci. Les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ ont en particulier relevé que des facteurs contextuels (absence de contrat de travail et de qualification reconnue, tendance au catastrophisme) jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles de la recourante. La Dresse P. \_\_\_\_\_ a également indiqué que les éléments post traumatiques handicapaient peu la patiente, les éléments dépressifs se trouvant au premier plan. La recourante ne prétend pas qu'il y aurait eu des erreurs dans le traitement médical qui lui a été prodigué, ni des difficultés apparues en

- 24 - cours de guérison ou des complications importantes, si bien que ces critères ne sont à l'évidence pas réalisés. Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne se mesurent pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'occurrence, une capacité de travail entière a été reconnue à la recourante dans une activité adaptée en août 2017, soit moins de 18 mois après l'accident. L'incapacité de travail s'est prolongée en raison de divers facteurs étrangers aux atteintes subies juste après l'accident, notamment en raison d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, si bien que l'on ne saurait considérer que ce critère est réalisé. En définitive, aucun des critères mentionnés n'est rempli en l'espèce, de sorte qu'il y a lieu de constater l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par la recourante et l'accident survenu en 2016, sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner si la causalité naturelle est réalisée. 6. La recourante soutient, dans un second grief, que les séquelles physiques dont elle souffre, en particulier les lésions à la colonne cervicale, ont un impact sur sa capacité de travail et que cet impact aurait été minimisé, voire ignoré par l'intimée. En l'occurrence, la CNA s'est fondée sur le rapport des médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ ainsi que sur le rapport d'examen final du Dr T. \_\_\_\_\_ pour considérer que la recourante avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Sur le plan neurologique, les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ ont retenu, dans leur rapport du 27 avril 2017, qu'il n'y avait pas d'atteinte des structures nerveuses notamment proximale du membre supérieur gauche, ni d'atteinte radiculaire de la région C6-C7 à gauche. Sur le plan orthopédique, ces médecins ont mentionné une

- 25 - discarthrose de C4-C5 et C5-C6, tout en confirmant le bon positionnement de la cage au niveau C6-C7 et de la prothèse discale. Ils ont précisé qu'hormis un léger trouble statique dorsal qui n'expliquait pas les douleurs ressenties, il n'y avait pas d'atteinte spécifique du rachis dorsal ou lombaire. Les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ ont ainsi conclu que la situation était stabilisée sur le plan médical et ont retenu comme limitations fonctionnelles définitives le port répété de charges supérieures à 10 kg ainsi que les mouvements répétitifs de la nuque. Ils ont précisé que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées était limité pour des facteurs non médicaux (patiente qui sous-estimait le niveau d'activité qu'elle pouvait réaliser et qui se présentait comme une invalide). Le Dr T. \_\_\_\_\_ a repris les

constatations faites par les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final du 10 août 2017. Il a par ailleurs constaté l'existence de facteurs contextuels négatifs n'expliquant toutefois pas les limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée. Ce médecin a en outre relevé qu'objectivement, la patiente était difficile à examiner, le moindre effleurement de la région cervicale ou lombaire entraînant des plaintes douloureuses, ce qui donnait l'impression d'une forte amplification des plaintes de la part de celle-ci. Il confirmait ainsi les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_. Les rapports médicaux produits ultérieurement par la recourante ne suffisent pas à remettre en doute les conclusions des médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ et du Dr T. \_\_\_\_\_, dont les rapports remplissent au demeurant les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante (cf. consid. 4 supra). En effet, tant la Dresse A. \_\_\_\_\_ que le Dr L. \_\_\_\_\_ exposent que la capacité de travail de la recourante serait nulle dans toute activité pour des raisons psychiques (état de stress post traumatique). Or, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques constatés et l'accident doit être nié (cf. consid. 5 supra).

- 26 - Le Dr Q. \_\_\_\_\_, quant à lui, se limite à indiquer qu'un lien entre les plaintes de l'assurée et l'accident est plausible, en relevant toutefois qu'aucun élément objectif au niveau de l'examen clinique ou du bilan radiologique ne permettait de lier ces événements avec certitude. Il tient compte également de facteurs psychologiques dans son appréciation quant à la capacité de travail de la recourante. Or comme on l'a vu, ces facteurs doivent être écartés dans l'évaluation de cette capacité. Ainsi, l'appréciation du Dr Q. \_\_\_\_\_ ne saurait remettre en cause les avis des médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ et du médecin d'arrondissement de la CNA. On relèvera encore que la CNA a tenu compte des atteintes à la nuque (cervico-brachialgies) présentes chez la recourante puisqu'elle a précisément retenu des limitations fonctionnelles (port de charges supérieures à 10 kg, mouvements répétitifs de la nuque) dans une activité adaptée. C'est en définitive à bon droit que l'intimée a considéré que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ et confirmées par son médecin-conseil. 7. La recourante ne conteste pas en tant que telle l'évaluation du degré d'invalidité effectuée par l'intimée, ni le taux de l'IPAI retenu, si bien qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus avant ces éléments. 8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 2 mars 2018 confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), le présent arrêt est rendu sans frais. Par ailleurs, la recourante n'obtenant pas gain de cause, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Par ces motifs,

- 27 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 2 mars 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Daniel Strub (pour V. \_\_\_\_\_), - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :

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