

# VD\_GERICHTE ZA19.029797 vom 2. Juni 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-06-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA19.029797](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.029797)

FR: VD\_GERICHTE ZA19.029797 du 2 juin 2020

IT: VD\_GERICHTE ZA19.029797 del 2 giugno 2020

## Erwägungen

### E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'assurance-accidents d'un suivi psychologique régulier.

### E. 2.2

et les références citées). e) En l'espèce, l'assuré a certes subi une chute en snowboard de près de deux mètres. Cependant, dans la mesure où ce genre de chute est relativement courant dans la pratique du snowboard, on ne saurait retenir que l'accident ait entraîné des forces particulièrement importantes. Si les lésions résultant de l'accident sont assurément dramatiques, les fractures aux cervicales peuvent intervenir dans le cadre d'accidents générant des forces relativement modestes, l'élément déterminant afin d'entraîner de telles fractures étant le déroulement propre de la chute. L'accident en question doit ainsi être qualifié de gravité moyenne. f) Concernant les critères objectifs à prendre en considération afin de déterminer le caractère adéquat du lien de causalité, il apparaît d'emblée qu'au moins cinq d'entre eux peuvent être considérés comme réalisés. En effet, la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, au regard de la tétraplégie du recourant, ne fait aucun doute. L'intéressé n'a cessé, depuis son accident en 2004, de se soumettre à divers traitements médicaux en raison de diverses douleurs physiques

- 15 - persistantes. De nombreuses complications sont également apparues, notamment au niveau digestif, urinaire et sphinctérien. L'intéressé n'a en outre jamais pu reprendre une activité professionnelle. Un lien de causalité adéquate entre l'atteinte à la santé psychique de l'assuré et son accident de snowboard est ainsi admis. g) Au vu des différentes pièces au dossier et du parcours médical du recourant, il y a lieu de retenir l'existence du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé psychique de l'assuré et l'accident de 2004, dans la mesure où elle se trouve en lien direct avec les complications d'ordre somatique consécutives à l'accident.

### E. 3

a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Toutefois, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, deuxième phrase, LAA).

- 10 - Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir : a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ; c. lorsqu'il a besoin d'une manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré n'est ou pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b ; TF 8C\_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées par cette disposition. Ainsi que cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA précité, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordés à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci subisse une notable détérioration. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité de gain totale, les prestations pour soins n'étant ici pas liées à une amélioration ou au maintien de la capacité de gain (ATF 140 V 130 consid. 2.3 p. 133; 124 V

- 11 - 52 consid. 4 p. 57 ; SVR 2012 UV n° 6 p. 21 [8C\_191/2011], consid. 5.2 ; arrêts 8C\_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4; 8C\_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3). La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (SVR 2011 UV n° 1 p. 1, 8C\_584/2009, consid. 2; arrêt 8C\_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04, consid. 3.1; arrêt 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 6.3). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 également en considération les plaintes de 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. 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 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

- 12 -

#### **E. 4**

Le recourant soutient que ses troubles psychiques, dépressifs notamment, sont en lien avec son accident de 2004 et qu'un suivi psychologique permettrait effectivement d'améliorer son bien-être, plus particulièrement d'éviter une péjoration de ses symptômes psychiques.

a) En l'occurrence, au vu des pièces au dossier, notamment les rapports médicaux émanant de la Dre B. \_\_\_\_\_ et du [...], il y a lieu d'admettre le diagnostic d'épisode dépressif, actuellement léger. b) Concernant la problématique du lien de causalité naturelle et adéquate entre le diagnostic d'épisode dépressif, actuellement léger et l'accident de 2004, il sied en premier lieu de rappeler que l'assuré a fait l'objet d'une prise en charge médicale continue depuis son accident de 2004 en raison de nombreuses complications somatiques, notamment au niveau digestif et urinaire, comme le décrit le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 août 2016. Il a en outre récemment été hospitalisé trois mois en raison de complications somatiques infectieuses et urologiques telles que le risque vital a été engagé. c) Un lien de causalité naturelle entre l'atteinte psychique et les complications somatiques résultant de l'accident de 2004 résulte de plusieurs pièces médicales versées au dossier. En effet, la Dre B. \_\_\_\_\_ a évoqué un lien évident entre l'activité physique, les complications somatiques et l'humeur du recourant (rapport du 15 juillet 2016) ainsi qu'une symptomatologie dépressive étroitement liée aux complications somatiques en lien avec la tétraplégie de l'intéressé (rapport du 25 octobre 2018). Le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée a quant à lui reconnu un lien probable de causalité, compte tenu des importantes séquelles de l'accident et de l'évolution des troubles somatiques. Ces différentes positions ne sauraient être remises en cause par les déterminations de la Dre N. \_\_\_\_\_. En effet, et contrairement à la position des précités, ce médecin ne conteste pas explicitement l'existence d'un lien de causalité entre l'état de santé actuel et l'accident, mais se borne à nier l'existence d'une atteinte psychiatrique médicale nécessitant une prise en charge. Elle n'exclut ainsi pas l'existence d'un

- 13 - lien de causalité. Les conclusions de l'intimée concernant l'absence de lien de causalité naturelle ne reposent ainsi sur aucun fondement médical, un tel lien devant au contraire être admis. d) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. 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. 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 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 (arrêts 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.1 et 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013

consid. 5.3.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) : -les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

- 14 - -la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; -la durée anormalement longue du traitement médical ; -les douleurs physiques persistantes ; -les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; -les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; -le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid.

## E. 5

Reste à déterminer si un suivi psychologique améliorerait notablement l'état de santé de l'assuré ou empêcherait que celui-ci ne subisse une notable détérioration (art 21 al. 1 let. d LAA). a) En l'espèce, la Dre B.\_\_\_\_\_ constate dans son rapport d'octobre 2018 que le recourant a connu au moins deux épisodes dépressifs par le passé, le premier en 2016, ainsi qu'un probable épisode dépressif moyen durant l'hiver 2017 jusqu'à mars 2018. Ce dernier a pu être amélioré partiellement par une prise en charge psychothérapeutique débutée en janvier 2018. Elle ajoute qu'à ce jour, l'assuré nécessite une prise en charge spécialisée qui permettrait au patient de l'accompagner lors de ses baisses thymiques en lien avec des recrudescences algiques, de développer des stratégies concrètes de gestion de la douleur et de prévenir une éventuelle aggravation de la symptomatologie dépressive. Elle relevait que la prise en charge débutée en janvier 2018 auprès du psychologue F.\_\_\_\_\_ avait permis un début d'amélioration de l'humeur, soulignant la nécessité et la pertinence de reprendre un tel suivi. La Dre B.\_\_\_\_\_ indique également les raisons pour lesquelles la prise de médicaments n'est pas indiquée dans le cas du recourant. L'évaluation de la Dre B.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et spécialiste en psychiatrie, apparaît comme circonstanciée, motivée et remplit les réquisits de la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Une pleine force probante doit ainsi lui être reconnue, ce d'autant plus que ses conclusions

- 16 - sont confirmées tant par le Dr Q.\_\_\_\_\_, ce dernier admettant l'existence de troubles nécessitant une prise en charge psychiatrique (rapport du 5 novembre 2018), que par les médecins et psychologue du Centre suisse des paraplégiques (rapport du 21 décembre 2017), qui retiennent un épisode dépressif léger dont le traitement est justifié, ce dernier influençant négativement le tableau douloureux du recourant. b) Ces différents avis ne sauraient être valablement remis en cause par les seules prises de position de la Dre N.\_\_\_\_\_. Cette dernière considère qu'il n'y a pas d'atteinte psychiatrique nécessitant

une prise en charge médicale, compte tenu de l'intensité légère des symptômes et de l'absence de prescription médicamenteuse, respectivement de psychotropes. Son avis, succinctement motivé, semble partir de la prémisse qu'un épisode dépressif léger ne constitue pas une atteinte psychiatrique suffisante justifiant une prise en charge. Contrairement à la position de la Dre N. \_\_\_\_\_, l'état dépressif relève effectivement d'une atteinte médicale, diagnostiquée par des spécialistes en psychiatrie. Cette dernière a déjà passablement évolué, oscillant entre un trouble dépressif léger et moyen. La mesure médicale requise a déjà amélioré l'état du recourant lors d'une courte prise en charge au début de l'année 2018 et apparaît comme pertinente. La Dre B. \_\_\_\_\_ fait en outre la démonstration qu'un traitement adéquat ne peut, au vu de la situation de l'assuré, se limiter à la seule prise de médicaments, respectivement de psychotropes, l'essentiel étant l'accompagnement de l'intéressé lors de baisses thymiques et le développement de stratégies concrètes de gestion de la douleur. c) Au vu des différentes pièces médicales versées au dossier, la prise en charge d'un traitement psychologique est effectivement susceptible d'empêcher une notable détérioration de la symptomatologie dépressive, étant rappelé que l'assuré a déjà connu au moins un épisode dépressif moyen dans le cadre de complications d'une tétraplégie en constante évolution, son pronostic vital ayant encore récemment été engagé. Le suivi en question apparaît également pertinent dans l'optique

- 17 - d'une amélioration de l'état de santé psychique du recourant. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il y a lieu d'admettre que les conditions de l'art. 21 al. 1 let d LAA sont remplies.

#### **E. 6**

Si l'administration 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 alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, vu le sort du recours et que le dossier apparaît comme complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de preuves formulées par le recourant.

#### **E. 7**

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à la prise en charge d'un suivi psychologique régulier par l'assurance-accidents. b) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). Il sied de rappeler que, en procédure de recours cantonale, il n'existe pas de droit à un remboursement intégral des dépens occasionnés, ces derniers devant être fixés par le tribunal (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3 éd., ème

- 18 - Zürich/Bâle/Genève 2015, ch. 211 ad art. 61 LPGA, p. 835 et référence citée). Ce principe vaut également pour la réglementation cantonale en matière de dépens, soit l'art. 55 LPA-VD. En effet, l'octroi de dépens ne couvre pas l'intégralité des frais engagés par la partie qui obtient gain de cause pour défendre ses intérêts. Il s'agit d'une participation à ses frais (Bovey/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, 2012, n° 1 ad art. 55 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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