



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2019 260
605 2019 281

Arrêt du 3 décembre 2020

I^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Yann Hofmann
Greffière : Isabelle Schuwey

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Xavier Ruffieux, avocat
contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – causalité naturelle et adéquate,
détermination du gain assuré

Recours du 3 octobre 2019 contre la décision sur opposition du
3 septembre 2019 (605 2019 260)

Requête d'assistance judiciaire totale du même jour (605 2019 281)

considérant en fait

A. A. _____, né en 1953, gérant de restaurant, et son épouse B. _____, née en 1959, ont été victimes d'un accident de la route le 6 août 2018. A. _____ a subi à cette occasion un polytraumatisme, notamment des côtes cassées et un traumatisme crânien.

Le cas a été annoncé à la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après: la Vaudoise), auprès de qui il était assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels en tant que salarié de la société C. _____ Sàrl, dont il était alors associé-gérant avec signature individuelle.

B. Par décision du 21 mars 2019, la Vaudoise a mis un terme à la prise en charge du cas à partir du 1^{er} décembre 2018, au motif que selon son médecin-conseil, les lésions physiques consécutives à l'accident assuré ne justifiaient plus d'incapacité de travail au-delà du 30 novembre 2018. Elle a également considéré que les troubles de nature psychique, traités à partir du 19 novembre 2018, n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Enfin, elle a fixé le gain assuré à CHF 1'450.- par mois, soit CHF 17'400.- par an.

Le 23 avril 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision en contestant la fin de la prise en charge du cas au 30 novembre 2018. A cet égard, il a requis la mise en œuvre d'expertises indépendantes visant à confirmer le lien de causalité entre l'accident assuré et, d'une part, la lésion de sa vertèbre thoracique Th12 et, d'autre part, les troubles psychiques, ainsi que la portée incapacitante de ces atteintes. Il a également contesté le gain assuré pris en compte.

Le 3 septembre 2019, la Vaudoise a rejeté l'opposition au motif que les atteintes physiques étaient d'origine malade et étaient préexistantes. S'agissant des atteintes psychiques, elle a considéré qu'aucun des critères consacrés par la jurisprudence en matière de causalité adéquate des troubles psychiques n'était rempli et a ainsi refusé leur prise en charge. Elle a également confirmé le montant retenu au titre de gain assuré.

C. Contre cette dernière décision, A. _____, représenté par Me Xavier Ruffieux, avocat, interjette recours le 3 octobre 2019. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour mise en œuvre d'expertises médicales indépendantes sur les plans psychique et physique, à la poursuite de la prise en charge du traitement médical ainsi qu'à la poursuite du versement des indemnités journalières sur la base d'un salaire brut de CHF 4'281.40, à 90%, dès le 7 août 2018 et jusqu'à la fin de l'incapacité de travail qui sera attestée médicalement par les experts susmentionnés.

Il assortit son recours d'une requête d'assistance judiciaire totale.

Le 6 novembre 2019, A. _____ produit un mémoire complémentaire, par lequel il conclut, à titre subsidiaire, dès la fin des indemnités journalières LAA, au versement d'indemnités journalières maladie, en application du contrat d'assurance maladie collective perte de salaire conclue par C. _____ Sàrl et la Vaudoise, permettant la couverture du salaire des collaborateurs de la société à hauteur de 80% durant 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

En parallèle, il dépose également une requête d'assistance judiciaire totale motivée, dans laquelle il expose sa situation financière ainsi que celle de son épouse et demande la désignation de Me Xavier Ruffieux en tant que défenseur d'office avec effet au 4 septembre 2019.

Dans sa réponse du 18 novembre 2019, la Vaudoise propose le rejet du recours, pour autant que recevable. Elle considère en effet que les conclusions subsidiaires formulées le 6 novembre 2019 sont irrecevables, s'agissant d'une problématique de couverture d'assurance maladie collective perte de salaire soumise à la loi sur le contrat d'assurance (LCA), et ne relevant ainsi pas de la procédure LAA. S'agissant de la requête d'assistance judiciaire totale, elle s'en remet à justice. Sur le fond, elle confirme la valeur probante de l'appréciation de ses médecins-conseil et se réfère à la décision attaquée.

Dans ses contre-observations du 20 décembre 2019, le recourant conclut à la recevabilité des conclusions subsidiaires relatives à la couverture LCA, invoquant les principes d'économie de procédure et de célérité. Sur le fond, il confirme les arguments exprimés dans son recours.

Le 20 janvier 2020, la Vaudoise maintient sa position.

Enfin, dans une nouvelle intervention spontanée du 4 avril 2019, A._____ formule des nouvelles conclusions subsidiaires, portant sur le versement par la Vaudoise d'indemnités à concurrence d'un montant total de CHF 92'478.25, soit le 90% de son salaire de CHF 4'281.40 x 24 mois, avec intérêts à 5% l'an dès le 7 août 2018.

Invitée à se déterminer sur ces nouvelles conclusions subsidiaires, la Vaudoise conclut le 19 mai 2020 à leur irrecevabilité et, subsidiairement, à leur rejet, en expliquant que la couverture d'assurance maladie collective perte de salaire conclu entre C._____ Sàrl et la Vaudoise s'est éteinte en date du 31 octobre 2018 en raison de la disparition du risque assuré.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige.

en droit

1.

1.1. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; 125 V 413 consid. 1a et les arrêts cités).

L'objet du litige dans la procédure juridictionnelle subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet

de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (arrêt TF 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

En l'espèce, le recourant formule des conclusions subsidiaires tendant au versement d'indemnités journalières fondées sur le contrat d'assurance collective d'indemnités journalières perte de gain en cas de maladie conclu entre C._____ Sàrl et la Vaudoise, fondées sur la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1).

Il invoque les principes d'économie de procédure et de célérité, ainsi que le fait que le complexe de faits de l'ensemble de ses conclusions repose sur des éléments semblables, pour demander à ce que la présente Cour statue tant sur ses conclusions principales relatives à la LAA que sur ses conclusions subsidiaires relevant de la LCA.

Or, cette problématique excède manifestement l'objet du litige, lequel se limite, dans la présente procédure, à la contestation de la décision sur opposition rendue le 3 septembre 2019 par la Vaudoise, en tant qu'assureur-accidents obligatoire.

Au surplus, les prétentions LCA étant soumises aux règles de la procédure civile, il ne saurait être question de les intégrer à la présente procédure administrative.

Ces conclusions subsidiaires doivent dès lors déclarées irrecevables dans le cadre du présent litige, de sorte que le recourant est invité, le cas échéant, à déposer une demande selon la procédure spécifique prévue à cet effet.

1.2. Pour le surplus, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours, en tant qu'il porte sur la contestation de la décision sur opposition rendue le 3 septembre 2018 par la Vaudoise, est recevable.

2.

Le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où il considère que le refus de l'autorité intimée de mettre en œuvre une expertise médicale indépendante - qui aurait confirmé que la vertèbre avait bien été fracturée - constitue une telle violation.

2.1. Aux termes de l'art. 42 1^{ère} phrase LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les parties ont le droit d'être entendues.

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées).

2.2. L'art. 43 al. 1 1^{ère} phrase LPGA, consacrant le principe de la maxime inquisitoire, dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

L'administration ou le juge peuvent cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsqu'ils parviennent à la conclusion que les questions complémentaires ne sont pas décisives pour la solution du litige ou qu'elles ne pourraient les amener à modifier leur opinion (appréciation anticipée des preuves; arrêts TF 9C_509/2011 du 4 février 2011 consid. 4.4.1 et 9C_881/2009 du 1er juin 2010 consid. 3.2; ATF 135 V 465 consid. 4.3.2, 134 I 140 consid. 5.3, 130 II 425 consid. 2.1, 124 V 90 consid. 4b, 122 II 4654 consid. 4a). Lorsque l'administration ne donne pas suite à une requête visant à poser des questions complémentaires à l'expert, la violation du droit d'être entendu invoquée en procédure de recours concerne en réalité la valeur probante de l'expertise et n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1).

2.3. En l'espèce, il appert d'emblée que le refus de la Vaudoise de mettre en œuvre une expertise médicale supplémentaire visant à confirmer ou infirmer l'appréciation de ses médecins-conseil ne saurait constituer une violation du droit d'être entendu de la recourante.

En effet, conformément à la jurisprudence précitée, l'administration est libre de renoncer à des mesures d'instruction complémentaires lorsqu'elle considère que celles-ci ne sont pas décisives ou qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion.

La Vaudoise n'était donc nullement tenue d'accéder à la requête probatoire du recourant.

Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevé par le recourant doit dès lors être rejeté, de sorte qu'il convient d'examiner les mérites de son recours sur le fond.

3.

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

3.1. Selon l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort.

La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 LPGA). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées).

3.2. En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

La prise en charge d'une lésion assimilée à un accident selon la liste de l'art. 6 al. 2 LAA ne dépend plus de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, désormais, en cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. L'assureur pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (cf. Message additionnel du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents *in* FF 2014 7691 ss).

4.

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle.

4.1. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a).

Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1).

En particulier, le principe « *après l'accident, donc à cause de l'accident* » (« *post hoc, ergo propter hoc* ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

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*) (arrêt TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

4.2. Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

4.3. En matière de troubles psychiques en revanche, l'existence d'un lien de causalité adéquate avec un accident doit être examinée à la lumière des critères posés par la jurisprudence (ATF 115 V 133, 105 V 403).

Suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement ; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 117 V 366 consid. 6a ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêts TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 *in* SVR 2013 UV Nr. 3 ; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 *in* SVR 2012 UV Nr. 23 p. 84). La gravité des lésions subies 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 (arrêt TF 8C_826/2011 du 17 décembre 2012 consid. 6.1 et les références).

4.3.1. Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de 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, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

4.3.2. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

4.3.3. Sont enfin réputés de *gravité moyenne* les accidents qui ne peuvent être classés comme accident de peu de gravité ou comme accident grave. Dans ce cas, il convient ensuite d'examiner les critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate dans le cadre d'un accident de gravité moyenne.

Les critères 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.

Au minimum trois des critères précités doivent être remplis pour admettre la causalité adéquate s'agissant des accidents de gravité moyenne si aucun d'entre eux n'est présent de manière prépondérante. Dans les accidents de gravité moyenne, mais à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent en revanche être remplis (arrêts TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5; 8C_935/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.1.3). Par contre, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire (ATF 117 V 367 consid. 6a; ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb; 115 V 403 consid. 5 c/bb).

5.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

5.1. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales 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 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Cela étant, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (arrêt du TF 8C_456/2010 du 19.04.2011 consid. 3 et la référence citée).

En effet, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 *in fine*), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, le juge doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

5.2. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire 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 (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

5.3. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. 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 prépondérante. 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6.

Est en l'espèce litigieuse la responsabilité de l'assurance-accidents à l'égard des troubles tant physiques que psychiques, au-delà du 1^{er} décembre 2018.

Est ici déterminante l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces atteintes et l'accident du 6 août 2018.

Qu'en est-il ?

Il s'agit de se référer au dossier médical.

6.1. Accident du 6 août 2018

Le 6 août 2018 à 22h40, l'assuré, âgé de 65 ans, conducteur du véhicule, ainsi que son épouse, passagère, ont été victimes d'un accident de la route.

Il ressort du dossier que l'assuré circulait sur l'autoroute sur la voie de droite à 120 km/h lorsqu'un poids lourd a percuté l'arrière de son véhicule en tentant de le dépasser. La voiture de l'assuré a été projetée en embardée sur le talus bordant la route et s'est retournée pour finir immobilisée sur le toit au milieu des deux voies de circulation. L'assuré, qui ne portait pas la ceinture de sécurité, a pu sortir seul de son véhicule et était allongé sur le sol lors de l'arrivée des secours. Il présentait « *un TC avec plaie pariétale gauche, sans pertes de connaissance, ni amnésie circonstancielle* » et a signalé « *des douleurs dorsales, au niveau de sa plaie crânienne, sans céphalées, (...) une dyspnée légère, sans douleurs thoraciques, avec des douleurs costales latérales droites et gauches* » (rapport du 7 août 2018 de l'hôpital de D. _____, dossier, pièce 1; rapport de police, dossier, pièce 15).

Le CT scan cérébral réalisé le 7 août 2018 a mis en évidence un « *hématome sous-galéal pariétal gauche* », sans fracture du crâne ni collection sous ou épi-durale. Sur le plan cervical, aucune fracture n'a été constatée, mais des « *troubles dégénératifs du rachis cervical avec unco-discarthrose C3-C6* » ont été décelés. Au niveau du thorax, de nombreuses fractures costales ont également été constatées (« *arcs latéraux des côtes 7, 8, 9 à droite; arcs postéro-médial des côtes 4, 5, 6, 7, 8 à droite; arcs postérieurs des côtes 9, 10, 11, 12 à droite; arcs latéraux des côtes 6, 7, 8 à gauche* »), ainsi qu'un « *comblement endobronchique* » avec « *consolidation partielle du lobe inférieur droit* » et « *comblement de l'œsophage* ». S'agissant de l'abdomen, l'estomac présentait un « *comblement avec corps étranger* » et une « *hernie ombilicale* » a été constatée. Enfin, l'examen a révélé une « *ancienne fracture de tassement de L1* », sans nouvelle fracture du rachis lombaire, du bassin ou des hanches (dossier, pièce 1).

La lettre définitive de sortie du 16 août 2018 mentionne les diagnostics de « *fractures costales multiples avec volet costal à droite* »; « *traumatisme crânien avec plaie associée pariétale gauche en étoile* »; « *consolidation partielle du lobe inférieur droit* »; « *hernie ombilicale de 7-8 cm de diamètre* ». Ce rapport mentionne également des « *douleurs dorsales, pas de déficit sensitivo-moteur* » lors de la prise en charge par les ambulanciers, et une « *douleur à la percussion au niveau D4-D6* » mais néanmoins « *pas de douleurs à la percussion de la colonne lombaire ni cervicale* » ni « *de douleurs à la palpation ni à l'ébranlement du bassin* » lors de l'examen clinique à l'hôpital. Une incapacité de travail totale a été attestée jusqu'au 22 août 2018 (dossier, pièce 5).

L'incapacité de travail a ensuite été prolongée par le médecin traitant de l'assuré, le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, jusqu'au 23 septembre 2018, puis jusqu'au 31 octobre 2018 (dossier, pièces 7 et 9).

L'assuré, par l'intermédiaire de la société C._____ Sàrl, a déclaré le cas à la Vaudoise le 10 octobre 2018. A cette occasion, il a déclaré avoir été heurté à l'arrière par un véhicule alors qu'il circulait sur l'autoroute et a indiqué les lésions suivantes: « *côtes cassées, épaule gauche, un trou dans la tête, contusion et hématome, polytraumatisme* ». Il a mentionné un salaire brut de CHF 3'500.- par mois (dossier, pièce 12).

Le 26 octobre 2018, la Vaudoise a rendu une décision de réduction des prestations, en application de l'art. 37 al. 2 LAA, en raison de la faute commise par l'assuré (ne pas porter la ceinture de sécurité). Le même jour, elle a toutefois précisé que cette réduction n'aurait aucune incidence financière dans la mesure où l'assuré bénéficiait également d'une assurance complémentaire à la LAA prévoyant la compensation intégrale de telles réductions (dossier, pièces 26 et 27). Ainsi, la Vaudoise a versé des indemnités journalières complètes (CHF 126.70 par jour) du 7 août au 31 octobre 2018 (dossier, pièce 29).

6.2. *Evolution médicale*

Le 30 octobre 2018, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, a prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 30 novembre 2018 (dossier, pièce 34) et, face à la « *persistance de céphalées suite à un AVP* », il a demandé la réalisation d'une IRM cérébrale (dossier, pièce 53).

Cet examen, réalisé le 5 novembre 2018, n'a toutefois mis en évidence aucune anomalie d'allure traumatique, par exemple un éventuel hématome sous-dural (dossier, pièce 35).

Le 19 novembre 2018, l'assuré a consulté le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a prononcé une incapacité de travail totale jusqu'au 3 décembre 2018 (dossier, pièce 38), puis jusqu'au 17 décembre 2018 (dossier, pièce 47).

Des informations supplémentaires ont alors été demandées au psychiatre traitant ainsi qu'au Dr F._____ (dossier, pièces 44 et 46).

Dans un rapport du 11 décembre 2018, ce dernier a indiqué avoir été consulté dès le 21 septembre 2018 en raison de « *céphalées et multiples douleurs (costale droite, hanche droite, épaule gauche), peur de conduire sur l'autoroute, trouble du sommeil accompagné de légère angoisse liée à un accident de voie publique survenu le 6.08.2018* ». Il a indiqué que l'assuré bénéficiait d'un traitement antalgique, d'AINS et de physiothérapie et avoir mis en œuvre un suivi auprès du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en raison des douleurs à l'épaule gauche (dossier, pièce 49).

Un rapport a alors été demandé à ce dernier spécialiste le 12 décembre 2018 (dossier, pièce 55). Dans un très bref rapport du 29 décembre 2018, il a indiqué avoir été consulté le 19 novembre 2018 en raison de persistance de douleurs suite à un traumatisme de l'épaule gauche en août 2018 et a mentionné une « *coiffe compétente* », une « *légère amyotrophie* » et une « *attitude physio structure* » (dossier, pièce 57).

Quant au psychiatre traitant, il a retenu dans un rapport du 12 décembre 2018 le diagnostic d'« *état de stress post-traumatique* », en indiquant que l'assuré avait des flash-backs de l'accident et une « *très forte impression qu'il allait décéder dans la voiture* ». Il a certifié que l'incapacité de travail était en lien avec l'accident (dossier, pièce 51) et a prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 11 mars 2019 (dossier, pièces 52, 53 et 69).

Dans un rapport du 18 janvier 2019, le Dr I. _____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué avoir reçu l'assuré en consultation en raison de douleurs thoraco-lombaires résiduelles. Les radiographies effectuées ont mis en évidence un status post cyphoplastie en L1 (« *Status nach Kyphoplastie von LWK 1* »; dossier, pièce 60), sans signe de nouvelles fractures au niveau de la colonne lombaire ou thoracique. Il a en revanche constatée une arthrose prononcée au niveau de la cyphoplastie de L1. Il a déclaré que les plaintes thoracolombaires correspondaient à une spondylose activée suite au traumatisme (« *aktivierten Spondylose seit dem Trauma bei Status nach Kyphoplastie von LWK1* ») et a proposé des examens complémentaires (IRM). Il a également recommandé une consultation auprès d'un spécialiste de l'épaule en raison des plaintes à ce sujet (dossier, pièce 61). Enfin, il a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 19 février 2019 (dossier, pièce 62).

L'IRM de la colonne lombaire du 28 janvier 2019 demandée par ce spécialiste a permis de constater une érosion importante avec large œdème au niveau de la base latérale gauche de Th12 [soit la vertèbre adjacente à la vertèbre L1 précédemment cyphoplastiée]: « *Neu zeigt sich eine grosse Erosion anterior in der Bodenplatte links lateral von BWK12 mit breitem Ödem an der Bodenplatte. Keine Flüssigkeitseinlagerung im Discus intervertebralis. Progrediente ankylosierende Ventrospyndylophyten Th12-L1 und L1-2. Unveränderte leichte Osteochondrose auf den übrigen Ebenen der LWS, am deutlichsten ausgeprägt L5-S1. Vorbestehende kleine Erosion anterior in der Bodenplatte LWK4 mit perifokaler Verfettung. Keine Spinalkanal- oder Neuroforamenstenose* » (dossier, pièce 63).

Lors de sa consultation du 28 janvier 2019, le Dr I. _____ a ainsi constaté la présence d'un œdème osseux en Th12, laissant suspecter une fracture secondaire (« *Knochenödem im Bereich der Wirbelkörper BWK12 als Hinweis auf eine mögliche Nebenfraktur von BWK12* »). Face aux douleurs thoracolombaires persistantes 6 mois après l'accident et en présence de signes d'un œdème osseux, il a proposé une intervention chirurgicale au niveau de la vertèbre Th12 (« *perkutane Zementierung der Wirbelkörper* »; dossier, pièce 65).

Le 22 février 2019, le Dr J. _____, médecin praticien, a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 19 mars 2019 pour cause de « *tassement vertèbre* » (dossier, pièce 78).

Le psychiatre traitant a également prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 10 avril 2019 (dossier, pièce 80).

6.3. Examen du cas par l'autorité intimée et décision du 21 mars 2019

Le cas a d'abord été soumis, sous l'angle psychiatrique, au Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la Vaudoise, qui a estimé dans une prise de position du 13 février 2019 que le traumatisme crânien (TCC) subi lors de l'accident, sans perte de connaissance ni amnésie circonstancielle, pouvait être qualifié de léger. Il a dès lors affirmé que les troubles psychiatriques n'étaient pas en rapport avec le TCC du 6 août 2018 (dossier, pièce 71).

Il a ensuite été soumis à un second médecin-conseil, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, s'agissant des atteintes physiques. Dans son appréciation du 14 février 2019, ce médecin a affirmé qu'il n'existait pas de lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, dans la mesure où les douleurs thoraco-lombaires n'avaient pas été mentionnées avant la consultation du 17 janvier 2019 du Dr I. _____ et où aucune fracture dorso-lombaire n'a été constatée. Il a déclaré que *« l'œdème étendu du plateau vertébral D12 ne peut être en rapport avec une contusion qui remonte à presque 6 mois puisque l'œdème contusionnel s'atténue en 6, au grand maximum 8 mois. Il s'agit donc d'un œdème de surcharge en contact avec la vertèbre L1 qui a subi la cyphoplastie et qui présente donc une dureté particulière sur une colonne vertébrale forcément porotique. Il y a notamment aussi une progression des spondylophytes ankylosants tout autour de L1 (de D12 à L2), atteintes dégénératives de facto anciennes »*. Il a ainsi exclu l'existence d'un lien de causalité entre les troubles constatés au niveau de la vertèbre D12 et l'accident, au motif que *« la vertèbre LWK1 ayant été traitée par cyphoplastie, il est vraisemblable que celle qui lui est adjacente, à savoir BWK12, se sont modifiées au contact d'une vertèbre cyphoplastiée à son plateau inférieur. Généralement, une fracture par impression d'un plateau vertébral est localisée au plateau supérieur et non inférieur de la vertèbre »*. En conséquence, l'opération prévue par le Dr I. _____ n'était selon lui pas en lien avec l'accident. De plus, le traitement médical et l'incapacité de travail en lien avec l'accident pouvaient être reconnus seulement jusqu'au 30 novembre 2018, soit la fin de l'incapacité attestée par le Dr F. _____ (dossier, pièce 72).

Sur cette base, par courrier du 18 février 2019, l'autorité intimée a informé l'assuré de son refus de prendre en charge de l'opération planifiée (dossier, pièce 73).

Par ailleurs, par décision du 21 mars 2019, la Vaudoise a refusé la prise en charge du cas au-delà du 30 novembre 2018, au motif que les lésions consécutives à l'accident avaient évolué favorablement et ne justifiaient ni traitement ni incapacité de travail au-delà de cette date. Elle a en particulier estimé que la problématique au niveau de la colonne vertébrale était sans lien de causalité avec l'accident et de nature exclusivement malade. Quant aux troubles psychiques, elle a considéré qu'ils n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, faute de réalisation des conditions posées par la jurisprudence à ce propos, l'évènement du 6 août 2018 devant être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Par ailleurs, la Vaudoise a fixé le gain assuré à CHF 1'450.- par mois, soit CHF 17'400.- par an, en précisant que le loyer de l'appartement ne pouvait être pris en compte en tant que prestation en nature, faute d'être soumis à cotisation AVS (dossier, pièce 84).

6.4. Opposition et décision querellée

L'assuré s'est opposé à cette décision le 23 avril 2019. Il a contesté l'absence de lien de causalité entre les troubles dorsaux et l'accident, conformément à l'avis de ses médecins, au motif qu'avant l'accident du 6 août 2018, il ne souffrait d'aucune lésion au niveau de sa vertèbre Th12 ni de troubles psychiques. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'auprès d'un expert psychiatre indépendant. Enfin, il a également contesté le montant du gain assuré retenu par la Vaudoise, estimant qu'un salaire de CHF 3'500.-, tel que prévu par le contrat de travail, devait être retenu (dossier, pièce 88).

A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du 3 avril 2019 du Dr F._____, confirmant globalement ses précédentes déclarations du 11 décembre 2018, tout en signalant une persistance des douleurs à l'épaule gauche (dossier, pièce 88).

Il a également produit un rapport du 4 avril 2019 du Dr I._____, qui atteste de l'existence d'un « *lien de causalité au moins vraisemblable entre l'accident et la lésion de la vertèbre Th12* », compte tenu de l'anamnèse et au motif que l'assuré ne présentait pas de douleurs depuis la cyphoplastie de L1 en octobre 2016, les douleurs ne s'étant développées qu'après l'accident. Il considère que des examens supplémentaires indépendants sont nécessaires pour démontrer l'existence du lien de causalité (dossier, pièce 88).

Par courrier du 30 avril 2019, la Vaudoise a confirmé le droit de l'assuré aux indemnités journalières LAA du 6 août au 30 novembre 2018, basées sur un salaire de CHF 17'400.- annuel (CHF 1'450.- par mois) et a établi un décompte rectificatif des montants dus à ce titre (dossier, pièce 90).

Le 6 mai 2019, l'assuré a encore produit un certificat médical de son psychiatre traitant du 19 avril 2019, attestant du fait que « *les troubles affectifs pour lesquels il a consulté sont en lien avec l'accident du 6 août 2018* » (dossier, pièce 91).

Il a ensuite régulièrement transmis à l'autorité intimée les différents certificats médicaux établis par ses médecins traitants, le Dr J._____ et le Dr G._____, attestant de la poursuite ininterrompue de l'incapacité de travail totale jusqu'au 15 septembre 2019 et précisant, s'agissant du Dr J._____, le motif d'« *accident* » (dossier, pièces 85, 87, 92-95 et 97-99).

Par décision sur opposition du 3 septembre 2019, la Vaudoise a intégralement confirmé sa position.

6.5. *Recours et écritures complémentaires*

Dans le cadre de son recours du 3 octobre 2019, le recourant produit un article médical concernant les troubles psychiques consécutifs à un TCC ainsi qu'une brève explication relative aux fractures tassements des vertèbres et au risque d'effondrement qu'elles comportent (bordereau, pièces 7 et 8). Il fournit également différents documents relatifs au litige portant sur la validité du contrat d'assurance perte de gain maladie collective.

7.

Se pose en premier lieu la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 6 août 2018 et les troubles physiques, en particulier la lésion de la vertèbre Th12 et, le cas échéant, leur portée incapacitante.

Pour le recourant, cette atteinte est en lien de causalité avec l'accident. Il relève que des « *douleurs dorsales* » ont été signalées lors de l'hospitalisation initiale et critique l'appréciation du Dr L._____, qui affirme qu'il n'y avait pas de fracture, à laquelle il oppose l'avis du Dr I._____, lequel a bien constaté une fracture (« *Nebenfraktur* ») et atteste d'un lien de causalité « *au moins vraisemblable entre l'accident et la lésion (...) dans la vertèbre Th12* ». Il fait remarquer que la présence d'un œdème à l'endroit de la fracture vertébrale démontre qu'un choc violent s'est produit à ce niveau. Il souligne encore qu'il ne souffrait d'aucune douleur physique avant l'accident. Enfin, dans la mesure où une lésion appartenant à la liste de l'art. 6 al. 2 LAA a

été constatée, il appartient à l'autorité intimée d'apporter la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à la maladie, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, le Dr L. _____ se limitant à évoquer le caractère vraisemblable d'une lésion due à l'usure.

Quant à l'autorité intimée, elle remarque que dans son rapport du 11 décembre 2018, le Dr F. _____ n'évoque nullement des douleurs dorsales, seules des douleurs à l'épaule gauche persistant à l'issue de sa prise en charge, le 13 novembre 2018. Elle écarte les conclusions du Dr I. _____ au motif que celui-ci fonde le lien de causalité uniquement sur le raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » et estime au contraire que le Dr L. _____ fournit des explications convaincantes sur l'origine des lésions de Th12, soit la dureté particulière de la vertèbre L1 adjacente, traitée par cyphoplastie.

7.1. S'agissant du rapport du 14 février 2019 du Dr L. _____, la Cour relève qu'il repose certes sur un examen complet du dossier et qu'il motive de manière détaillée ses conclusions selon lesquelles les lésions constatées au niveau de la vertèbre Th12 ne seraient pas en lien avec l'accident du 6 août 2018.

Cela étant, ses arguments pour écarter la cause accidentelle peinent à emporter la conviction de la Cour. On ne peut en effet pas le suivre lorsqu'il affirme que l'œdème constaté lors de l'IRM du 28 janvier 2019, soit moins de 6 mois après l'accident, ne pourrait pas être d'origine accidentelle puisque « *un œdème contusionnel s'atténue en 6, au grand maximum 8 mois* », alors que l'examen a précisément eu lieu dans ce laps de temps. Ses conclusions selon lesquelles l'œdème ne pourrait être d'origine traumatique ne peuvent dès lors pas être validées sur la base d'un tel argument. Dans ces conditions, la date retenue au titre de *statu quo sine*, fixée au 30 novembre 2018, soit moins de 4 mois après l'accident, ne repose pas sur des éléments suffisamment pertinents sur le plan médical.

Par ailleurs, les conclusions du Dr L. _____ sont contredites par le Dr I. _____ qui, dans ses différents rapports, a confirmé expressément et à plusieurs reprises l'origine traumatique de la lésion de la vertèbre Th12. L'avis de ce dernier médecin, du fait de son statut de chirurgien traitant, doit certes être examiné avec retenue. Son affirmation, selon laquelle son patient n'avait pas de douleurs depuis la cyphoplastie de L1 en octobre 2016, n'est du reste pas pertinente en vertu des principes applicables à l'assurance-accidents (cf. *supra* consid. 3.1). De tels arguments ne sauraient ainsi être suffisants en tant que tels pour établir la causalité au degré de la vraisemblance prépondérante.

Cela étant, l'autorité intimée n'était pour autant pas légitimée à écarter cet avis divergent sur la seule base de l'avis de son médecin-conseil, lequel n'a jamais examiné personnellement l'assuré. En effet, conformément à la jurisprudence rendue en la matière (cf. *supra* consid. 4.1), l'opinion divergente du chirurgien traitant, émanant d'un spécialiste ayant personnellement suivi l'assuré, suffit pour entacher d'un doute l'instruction effectuée par l'autorité intimée dès lors qu'elle remet en cause la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil. Dans tous les cas, l'avis du médecin-conseil de l'autorité intimée ne saurait simplement être considéré comme décisif, dans la mesure où, comme il vient d'être dit, ses conclusions reposent sur des arguments non pertinents.

Or, aucun autre élément au dossier ne permet de donner la préférence à l'un ou l'autre de ces avis. En particulier, le Dr F. _____ ne s'est jamais prononcé sur l'origine de la lésion vertébrale, pas plus que le Dr H. _____, consulté exclusivement pour les problèmes d'épaule. Quant au Dr J. _____, qui avait attesté de la poursuite de l'incapacité de travail au motif d'un « *tassement*

vertèbre » de cause accidentelle, aucune information complémentaire ne lui a apparemment jamais été demandée.

Dans ces circonstances, face à ces deux opinions divergentes et en l'absence d'élément permettant de les départager, la Cour n'est pas en mesure de se prononcer sur la base du dossier constitué par l'autorité intimée. Ainsi, au vu de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, qui paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un « *doute à tout le moins léger* » en cas d'avis médicaux contradictoires (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4), il se justifie d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confié à un médecin spécialiste externe, afin de départager les opinions contradictoires en présence.

7.2. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère bien fondé sur ce point.

La décision attaquée est ainsi annulée en tant qu'elle fixe le *statu quo sine* au 30 novembre 2018 pour les troubles physiques et la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction médicale auprès d'un spécialiste indépendant, en vue de déterminer si les lésions constatées au niveau de la vertèbre Th12 sont en relation de causalité, au niveau de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 6 août 2018, dont répond l'autorité intimée, ou si elles sont au contraire d'origine dégénérative.

Il se prononcera notamment sur la date du *statu quo sine*, à savoir la date à laquelle cette atteinte ou les autres lésions physiques causées par l'accident ont cessé de justifier une incapacité de travail totale ou partielle.

La requête de mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire est dès lors sans objet.

Il en va de même des réquisitions de preuves du recourant tendant à son audition personnelle ainsi qu'à celle de son épouse et de ses médecins.

8.

Se pose également la question de la responsabilité de la Vaudoise à l'endroit des troubles psychiques diagnostiqués, qui engendrent selon le psychiatre traitant une incapacité de travail totale.

Est déterminante à cet égard l'existence d'un lien de causalité adéquate avec l'accident.

Le psychiatre traitant retient le diagnostic d'état de stress post-traumatique et affirme que « *l'incapacité de travail est en lien avec l'accident* », sans motivation particulière. A l'inverse, le médecin-conseil de la Vaudoise affirme que, dans la mesure où le TCC subi peut être qualifié de léger, les troubles psychiques persistants ne sont pas liés à l'accident.

Cela étant, en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident, il convient d'examiner la question de la causalité adéquate à la lumière des critères prévus par la jurisprudence du TF (cf. *supra* consid. 4.3).

8.1. L'examen de la causalité adéquate implique tout d'abord de déterminer le degré de gravité de l'accident du 6 août 2018.

La Vaudoise a considéré que cet évènement devait être qualifié d'accident de gravité moyenne *stricto sensu*, eu égard aux circonstances objectives de l'accident, ce que le recourant ne conteste pas.

Compte tenu de l'abondante casuistique ressortant de la jurisprudence rendue en matière d'accidents de la route (cf. notamment arrêt TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 3.3), cette qualification doit être confirmée.

8.2. En présence d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, au minimum trois des critères prévus par la jurisprudence doivent être remplis pour admettre la causalité adéquate si aucun d'entre eux n'est présent de manière prépondérante (cf. *supra* consid. 4.3.3).

Le recourant considère tout d'abord que l'accident a revêtu un caractère particulièrement impressionnant.

Il convient de rappeler à cet égard que le TF fait une interprétation très restrictive de ce critère. En effet, selon la jurisprudence, la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (cf. notamment arrêt TF 8C_204/2019 du 12 mai 2020 consid. 6.2.3).

Ce critère a notamment été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel (arrêt TF 8C_257/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.3.3), d'un carambolage de masse sur l'autoroute (arrêt TF 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1), ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager (arrêt TF U 18/07 du 7 février 2008).

L'accident du 8 août 2018 ne saurait être assimilé à de telles situations.

L'argument du recourant selon lequel il aurait « *ressenti une très forte impression qu'il allait décéder dans la voiture* » ne saurait conduire à l'admission de ce critère dans la mesure où, comme il vient d'être dit, seuls les faits du point de vue objectif, et non du point de vue subjectif de la victime, doivent entrer en ligne de compte.

8.3. Le recourant affirme ensuite qu'il souffre de douleurs physiques persistantes et qu'il subit une longue incapacité de travail due aux lésions physiques.

Cela étant, la question de savoir si ces critères sont réalisés peut rester ouverte dans la mesure où, comme il vient d'être dit, trois critères au moins devraient être réalisés pour conduire à la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate avec l'accident.

Or, il n'apparaît pas que les autres critères, à savoir la gravité particulière des lésions physiques, l'intensité ou la durée du traitement médical ou d'éventuelles difficultés apparues au cours de la guérison ou complications, soient remplis en l'espèce.

8.4. En définitive, au maximum deux critères sur sept pourraient être réalisés, sans que l'un ou l'autre revête une importance particulière.

Dans ces conditions, l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques dont souffre le recourant ne saurait être établie.

La responsabilité de l'assurance-accidents à l'égard des troubles psychiques attestés par le psychiatre traitant n'est ainsi pas engagée.

Partant, la requête de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique est écartée.

9.

Reste enfin à examiner la question du gain assuré, que conteste encore le recourant.

La Vaudoise a pris en compte un revenu de CHF 1'450.- par mois, soit CHF 17'400.-, en se basant sur les décomptes de salaire des mois de mars à juillet 2018.

Le recourant affirme à l'inverse qu'il convient de retenir un revenu de CHF 4'281.40, soit le salaire de CHF 3'500.- prévu par le contrat (CHF 1'750.- en espèces et CHF 1'750.- en nature correspondant au loyer de l'appartement), le salaire en nature devant être pris en compte quand bien même il n'a pas été soumis à cotisations AVS en raison de l'âge de l'assuré. Il prétend par ailleurs qu'à ce montant de CHF 3'500.- doivent encore être ajoutées des indemnités vacances par CHF 372.75, des indemnités pour les jours fériés par CHF 78.45 et la part au 13^{ème} salaire par CHF 329.21.

9.1. Il ressort du dossier ce qui suit:

Jusqu'au 23 novembre 2018, le recourant était associé gérant avec signature individuelle de C._____ Sàrl, société active dans le domaine de la restaurant ainsi que de la gérance immobilière, aux côtés de ses deux fils, également associés de la société (dossier, pièce 18).

Le contrat de travail conclu le 4 décembre 2014 entre le recourant et C._____ Sàrl prévoit l'engagement du recourant en tant que gérant du restaurant « M. _____ », à 100%, soit 44 heures par semaine. Sous le titre salaire/indemnisation vacances/jours fériés, il est simplement mentionné que « *pour son activité, A._____ reçoit un salaire mensuel brut de CHF 3'500.- pour un engagement à 100%* ». Le contrat prévoit également 35 jours ouvrables de vacances par an (dossier, pièce 18).

Le bail à loyer conclu le 1^{er} janvier 2017 entre C._____ Sàrl et les époux prévoit un loyer net de CHF 1'450.- + CHF 300.- de charges, soit un total de CHF 1'750.-, payable en déduction du salaire, selon les modalités suivantes: pour l'année 2017, CHF 1'750.- sont déduits de juillet à décembre 2017 du revenu de chacun des époux; pour l'année 2018, CHF 1'750.- sont déduits de janvier à décembre 2018 du revenu de A._____ (dossier, pièce 48, p. 2).

Quant aux décomptes de salaire du recourant, ils mentionnent les revenus suivants:

- janvier à juin 2017 : salaire mensuel brut de CHF 3'500.-;
- juillet à décembre 2017 : CHF 1'000.- + indemnité vacances et jours fériés et part au 13^{ème} salaire, soit CHF 1'223.30 bruts;
- janvier 2018 : CHF 1'500.- + indemnités vacances et jours fériés et part au 13^{ème} salaire, soit CHF 1'834.95 bruts;
- février 2018 : CHF 850.- + indemnités vacances et jours fériés et part au 13^{ème} salaire, soit CHF 1'039.85, non soumis à cotisations AVS;

- mars à juillet 2018 : CHF 1'450.- bruts, dont CHF 50.- soumis à cotisations AVS;
- août 2018 : CHF 241.65 bruts, non soumis à cotisations AVS (dossier, pièce 48, p. 25-45).

Il apparaît ainsi que le salaire contractuel de CHF 3'500.- bruts n'a été versé que de janvier à juin 2017. Par ailleurs, durant cette période, les indemnités vacances, jours fériés ainsi que la part du 13^{ème} salaire n'ont pas été ajoutés à ce montant.

Les revenus ultérieurs varient, sans jamais correspondre aux explications alléguées par le recourant, qui devraient correspondre à CHF 1'750.- (soit le revenu de CHF 3'500.-, sous déduction du montant du loyer de CHF 1'750.-), plus les indemnités vacances, jours fériés ainsi que la part du 13^{ème} salaire.

9.2. S'agissant tout d'abord de la question du loyer de l'appartement, d'un montant de CHF 1'750.-, qui, selon le recourant, devrait être pris en compte en tant que salaire en nature, il apparaît d'emblée que ce montant n'a jamais été soumis aux cotisations AVS. Cet état de fait n'est du reste pas contesté par les parties.

Le recourant se prévaut à cet égard de l'art. 22 al. 2 let. a de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), qui prévoit que sont également assurés les salaires non soumis aux cotisations de l'AVS en raison de l'âge de l'assuré.

Or, contrairement à ce que prétend le recourant, cette disposition doit être interprétée à la lumière de l'art. 6^{quater} du Règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS; RS 831.101), selon lequel les revenus jusqu'à CHF 1'400.- par mois des assurés actifs après l'âge de la retraite ne sont pas soumis à cotisations AVS.

Il s'agit ainsi d'une sorte de franchise, en-deçà de laquelle les revenus des personnes âgées de plus de 65 ans ne sont pas soumis à cotisation, mais qui doivent pourtant être pris en compte au titre de gain assuré de la LAA.

En l'espèce, la Vaudoise a tenu compte du salaire de CHF 1'450.-, correspondant aux fiches de salaire des mois de mars à juillet 2018, dont seuls CHF 50.- par mois ont été soumis à cotisations AVS sur les salaires de mars à juillet 2018, les premiers CHF 1'450.- touchés étant exonérés du paiement des cotisations AVS en vertu de cette réglementation.

Ainsi, il apparaît que le recourant a précisément déjà bénéficié de l'exonération de cotisations AVS sur ses revenus jusqu'à CHF 1'400.- par mois en raison de son âge.

En sa qualité d'associé gérant de la société qui l'employait, il doit ainsi assumer un système qu'il avait lui-même mis en place, au sein duquel il apparaissait personnellement tout à la fois comme employeur, employé, bailleur et locataire, et qui a eu pour effet de réduire, jusqu'aux confins de la limite des CHF 1'400.-, la part de son revenu soumis à cotisation.

Il ne saurait contester aujourd'hui les salaires qu'il a lui-même effectivement déclarés pour prétendre à la prise en compte d'un revenu supérieur sur lequel, de sa propre responsabilité, aucune cotisation AVS employeur ou employé n'a jamais été déduite.

En remettant en cause ce système, à l'occasion de la survenance d'un risque qu'il n'avait probablement pas anticipé (l'accident), il paraît être de mauvaise foi.

C'est donc à bon droit que la Vaudoise a refusé ne prendre en compte le loyer de CHF 1'750.- en tant que salaire en nature, dans la mesure où ce montant n'a jamais été déclaré comme tel à l'AVS.

9.3. S'agissant ensuite des indemnités vacances et jours fériés, ainsi que de la part au 13^{ème} salaire, qui devraient selon le recourant être ajoutées au salaire contractuel de CHF 3'500.-, il apparaît que le contrat de travail ne fait aucunement mention d'un éventuel 13^{ème} salaire.

Quant à d'éventuelles indemnités vacances/jours fériés, le paiement de telles indemnités supplémentaires paraît en soi discutable dans le cadre d'un contrat fixe à 100%, pour lequel il existe déjà un droit aux vacances annuelles, et non d'un engagement à l'heure.

9.4. Au vu de ces différents éléments, il convient de confirmer le gain assuré de CHF 1'450.- retenu par la Vaudoise, sur la base des certificats de salaire des mois de mars à juillet 2018.

Il s'ensuit le rejet du recours sur ce point.

10.

Il découle de l'ensemble de ce qui précède que le recours est partiellement admis.

La décision sur opposition rendue le 3 septembre 2019 par la Vaudoise est ainsi annulée, en tant qu'elle fixe le *statu quo sine* au 30 novembre 2018 pour les troubles physiques et la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction médicale dans le sens des considérants (cf. *supra* consid. 6.2).

La décision querellée est confirmée pour le surplus.

10.1. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG), il n'est pas perçu de frais de justice.

10.2. Ayant partiellement eu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense, qui doit être réduite en proportion de l'admission de ses conclusions.

La liste de frais déposée par Me Ruffieux le 10 juin 2020 fait état d'un montant total de CHF 9'289.97, TVA 7.7% incluse (CHF 9'014.66 [TVA incluse] à titre d'honoraires pour 46 heures et 30 minutes de travail, facturées au tarif horaire de CHF 180.-, ainsi que CHF 275.31 [TVA incluse] à titre de débours).

L'on constate tout d'abord que cette liste de frais comprend notamment des opérations en lien avec la problématique de la couverture d'assurance perte de gain maladie collective soumise à la LCA. Or, comme il a été dit, les conclusions relatives à cette problématique sont irrecevables dans le cadre d'une procédure de recours LAA et les démarches effectuées à ce titre par le mandataire du recourant auprès de l'autorité intimée n'ont pas vocation à être indemnisées par le biais de l'équitable indemnité de partie octroyée pour la présente procédure.

Par ailleurs, il s'avère que plus de 28 heures de travail ont été comptabilisées pour la seule rédaction du recours, pour un mémoire de 33 pages.

Au vu des questions litigieuses en l'espèce, soit l'examen de la question de la causalité des troubles physiques psychiques et de la contestation du gain assuré, sur la base du dossier – peu volumineux – de l'autorité intimée, qui plus est dans un domaine juridique régi par les maximes d'office et inquisitoire, il semble qu'une telle durée soit en soi largement excessive.

De surcroît, même si la jonction des causes 605 2019 260 et 605 2019 263 n'a pas été formellement admise, il n'en demeure pas moins que les deux recours ont tous deux été rédigés par le même avocat, sont rédigés de manière similaire, la motivation en fait et en droit étant d'ailleurs dans une large mesure identique dans les deux mémoires. Les deux affaires, si elles se distinguent évidemment sur les éléments médicaux concernant chacun des époux, présentent toutefois une partie commune, tant au niveau de l'exposé des faits, de la motivation juridique et de la situation financière des parties. Partant, il ne saurait être admis que l'ensemble des opérations soit facturé à double.

Dans ces conditions, il convient de s'écarter de la liste de frais produite et de retenir que l'ensemble du travail requis dans ce dossier n'aurait pas dû représenter plus de 12 heures de travail.

Au vu de l'admission partielle du recours, il convient de retenir la moitié de ce temps, soit 6 heures au titre d'indemnité de partie, facturées au tarif horaire de CHF 250.- (art. 8 al. 1 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]).

Partant, il convient de fixer *ex aequo et bono* l'équitable indemnité de partie à CHF 1'500.-, débours compris, plus CHF 115.50 au titre de la TVA (7.7%), soit un total de CHF 1'615.50.

Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

11.

Compte tenu de l'octroi de dépens réduits, il reste à statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale (605 2019 281) formulée dans le cadre du recours et motivée le 6 novembre 2019.

11.1. A teneur de l'art. 61 let. f LPGa, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite doit être accordée au recourant.

Selon l'art. 142 du code de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est toutefois pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2).

D'après l'art. 143 al. 1 let. a CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure. Selon l'al. 2 de cette disposition, elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties.

11.2. En l'espèce, il ressort de la requête d'assistance judiciaire motivée le 6 novembre 2019 et des pièces justificatives annexées que le recourant, qui perçoit une rente AVS de CHF 288.- par mois depuis le 1^{er} février 2018, et son épouse n'ont plus de revenu depuis la fin du versement des indemnités journalières LAA le 30 novembre 2018, et qu'ils ont été contraints d'emprunter de l'argent à leurs enfants majeurs.

Partant, il appert que les revenus du couple sont manifestement insuffisants pour permettre à la famille de faire face aux frais de la présente procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires de l'existence, de sorte que la condition de l'indigence est établie.

L'admission partielle du recours confirme par ailleurs les chances de succès de la présente procédure.

Enfin, la désignation d'un défenseur d'office se justifie en l'espèce dans la mesure où la cause n'est pas exempte de toute difficulté.

Dans ces circonstances, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours et de lui désigner Me Xavier Ruffieux, avocat, comme défenseur d'office.

11.3. Comme il vient d'être dit, un total de 12 heures de travail peut être reconnu dans le cadre de la présente procédure de recours, dont la moitié a été indemnisée par le biais de l'indemnité de partie à la charge de l'autorité intimée, dans la mesure de l'admission partielle du recours.

Il en résulte un solde de 6 heures à la charge de l'Etat, en tant qu'indemnité due au défenseur d'office, indemnisée au tarif horaire de CHF 180.- applicable à l'assistance judiciaire, représentant CHF 1080.-, à laquelle s'ajoute la TVA (7.7%) par CHF 83.15, soit un total de CHF 1'163.15.

Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg, sous réserve d'un retour à meilleur fortune du recourant au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA, et sera versée directement à Me Xavier Ruffieux.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2019 260), pour autant que recevable, est partiellement admis.
Partant, la décision sur opposition du 3 septembre 2019 est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- II. L'indemnité partielle allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'615.50, débours et TVA par CHF 115.50 inclus, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.
- III. La requête d'assistance judiciaire (605 2019 281) est admise pour la procédure de recours.
Me Xavier Ruffieux, avocat, est désigné défenseur d'office.
- IV. L'indemnité allouée à Me Xavier Ruffieux en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 1'163.15, TVA par CHF 83.15 incluse.
Elle est mise à la charge de l'État.
- V. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- VI. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 3 décembre 2020/isc

Le Président :

La Greffière :