



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 263

605 2019 274

Arrêt du 3 décembre 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marianne Jungo, Yann Hofmann

Greffière :

Isabelle Schuwey

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Xavier Ruffieux,
avocat

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – causalité adéquate des troubles psychiques,
détermination du gain assuré

Recours du 15 octobre 2019 (605 2019 263) contre la décision sur
opposition du 12 septembre 2019

Requête d'assistance judiciaire totale du même jour (605 2019 274)

considérant en fait

A. A. _____, née en 1959, cheffe de cuisine dans un restaurant, et son époux B. _____, né en 1953, gérant du même restaurant, ont été victimes d'un accident de la route le 6 août 2018. A cette occasion, A. _____ a notamment subi un traumatisme crânien.

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

B. Par décision du 5 avril 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 (*statu quo sine*). 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 3'500.- par mois, soit CHF 42'000.- par an.

Le 15 mai 2019, l'assurée a formé opposition contre cette décision en contestant la fin de la prise en charge du cas au 30 novembre 2018, alléguant en particulier que les troubles psychiques, qui justifiaient une incapacité de travail au-delà de cette date, étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

Le 12 septembre 2019, la Vaudoise a rejeté l'opposition au motif que les contusions subies lors de l'accident n'étaient pas de nature à engendrer des suites au-delà de quelques mois, de sorte que le *statu quo sine* pouvait être confirmé au 30 novembre 2018. 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. _____, représentée par Me Xavier Ruffieux, avocat, interjette recours le 15 octobre 2019. Elle conclut, sous suite de dépens, à titre préalable, à la jonction de la présente cause avec celle de son époux (605 2019 260) et à la mise en œuvre d'une expertise indépendante par un médecin psychiatre. Sur le fond, elle conclut, à titre principal, à l'annulation de la décision attaquée et à la poursuite de la prise en charge du traitement médical ainsi que du versement des indemnités journalières sur la base d'un salaire brut de CHF 4'281.40, à 90%, dès le 7 août 2018, sur la base du contrat d'assurance-accidents LAA et complémentaire, et ce jusqu'à la fin de l'incapacité de travail attestée médicalement par les experts susmentionnés. A titre subsidiaire, elle conclut au versement, dès le 1^{er} décembre 2018, des indemnités journalières en application du contrat d'assurance-maladie collective conclu par C. _____ Sàrl avec la Vaudoise.

Elle a assorti son recours d'une requête d'assistance judiciaire totale, au sujet de laquelle elle a déposé des pièces justificatives le 7 novembre 2019.

Dans sa réponse du 25 novembre 2019, la Vaudoise s'oppose à la jonction des causes au motif que la recourante et son époux sont deux individus distincts, pour lesquels les conséquences juridiques de l'accident doivent être examinées séparément. Sur le fond, elle propose le rejet du

recours, pour autant que recevable, en se référant à la décision attaquée. Elle considère en effet que les conclusions subsidiaires liées au contrat d'assurance maladie collectif perte de salaire sont irrecevables, s'agissant d'une problématique de couverture d'assurance soumise à la loi sur le contrat d'assurance (LCA), et ne relevant ainsi pas de la présente procédure. S'agissant de la requête d'assistance judiciaire totale, elle s'en remet à justice. Sur le fond, elle confirme que les atteintes physiques n'ont pas justifié d'incapacité de travail au-delà du 30 novembre 2018 et que, s'agissant des troubles psychiques, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit être niée, en présence d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, aucun des critères de la jurisprudence n'étant rempli en l'espèce. Enfin, elle confirme le gain assuré de CHF 3'500.-, aucun versement supplémentaire à titre d'indemnité de vacances et jours fériés ni de 13^{ème} salaire n'étant établi.

Dans une intervention spontanée du 4 avril 2019, A._____ formule une nouvelle conclusion subsidiaire, 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.

Le 10 juin 2020, la recourante a encore produit une pièce complémentaire liée à la problématique de la couverture d'assurance perte de gain maladie, soumise à la LCA, ainsi que la liste de frais de son mandataire.

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, la recourante 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).

Elle 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 12 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 la recourante est invitée, 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 une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée et dûment représentée, le recours, en tant qu'il porte sur la contestation de la décision sur opposition rendue le 12 septembre 2018 par la Vaudoise, est recevable.

2.

La recourante demande également, à titre préalable, la jonction des causes 605 2019 263 et 605 2019 260, soit le recours interjeté par son époux, B._____, à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 3 septembre 2019 par la Vaudoise, au motif que les époux sont également chacun témoin l'un en faveur de l'autre des faits allégués dans chacune des procédures.

L'autorité intimée conclut quant à elle au refus de la jonction.

2.1. L'art. 42 al. 1 let. b du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), applicable par le biais de l'art. 61 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), elle-même 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), dispose qu'une autorité peut joindre en une même procédure des requêtes qui concernent le même objet.

2.2. En l'espèce, les deux causes, si elles concernent effectivement sur le même accident initial, n'opposent pas les mêmes parties et ne se fondent pas sur le même complexe de faits, dans la mesure où les éléments médicaux pertinents sont, par définition, personnels et spécifiques à chacun des époux.

Il n'y a dès lors pas lieu de joindre les causes.

Cela étant, on peut imaginer que cette requête de jonction des causes visait principalement à ce que la cause de la recourante soit traitée de manière coordonnée et simultanée avec celle de son époux, ce qui est le cas dans la mesure où l'arrêt 605 2019 260 est également rendu ce jour.

3.

La recourante se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où elle considère que le refus de l'autorité intimée de mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante constitue une telle violation.

3.1. 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).

3.2. 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).

3.3. 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 de la recourante, d'autant moins que cette dernière n'a apporté aucun élément médical probant permettant de remettre en cause l'appréciation de ses deux médecins conseil.

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

4.

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 minimale, 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 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 atteintes à la santé de l'assurée au-delà du 1^{er} décembre 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'assurée, âgé de 59 ans, ainsi que son époux, ont été victimes d'un accident de la route.

Il ressort du dossier que l'assurée était passagère du véhicule conduit par son époux, qui circulait sur l'autoroute sur la voie de droite à 120 km/h lorsqu'un poids lourd a percuté l'arrière de leur véhicule en tentant de le dépasser. La voiture 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'assurée, qui portait la ceinture de sécurité, a pu sortir seule du véhicule par la fenêtre (lettre définitive de sortie du 7 août 2018, dossier, pièce 1; rapport de police, dossier, pièce 6).

La lettre définitive de sortie du 7 août 2018 mentionne le diagnostic principal de « *traumatisme crânien* » ainsi que les diagnostics supplémentaires de « *contusion thoracique* », « *contusion de la colonne cervicale et lombaire* », « *dermabrasions au niveau de la face palmaire des deux mains et de la face antérieure des deux genoux* » et « *hyperglycémie à 22 mmol/l* », avec les comorbidités de « *diabète* », « *trouble de l'humeur (bas)* » et « *hypercholestérolémie* ». Le CT cérébral et colonne cervical a démontré l'absence de lésion traumatique à l'étage crânien et cervical ainsi que de pneumothorax. Les radiographies du thorax ont permis d'exclure des fractures costales, tandis que les images de la colonne lombaire ont mis en évidence une « *scoliose dégénérative modérée, dextro-convexe, de la colonne lombaire. Status post-cholécystectomie avec visibilité de clips. Pas d'image de tassement vertébral. Multiples superpositions en projection de la charnière dorso-lombaire. Lésions dégénératives étagées de la colonne lombaire* ». La surveillance neurologique s'est déroulée « *sans complication* » ni « *péjoration clinique, notamment neurologique* », de sorte que l'assurée a pu quitter l'hôpital dans la journée du 7 août 2018, moyennant un contrôle ultérieur chez son médecin traitant, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale, « *ainsi que pour un suivi de son diabète et de son trouble de l'humeur* » (dossier, pièce 1).

Consulté le 10 août 2018, le médecin traitant a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 31 octobre 2018 (dossier, pièces 4 et 5).

Le 29 août 2018, un IRM de la cheville gauche a révélé un éperon oedémateux au talon avec irritation plantaire sous-cutanée (« *Fasziitis plantaris bei plantarem Fersensporn mit Knochenbeteiligung. Reizung plantar/subkutan in Höhe der Ferse* »; dossier, pièce 2).

L'assurée, par l'intermédiaire de son employeur C. _____ Sàrl, a déclaré le cas à la Vaudoise le 10 octobre 2018. A cette occasion, elle a déclaré que leur véhicule avait percuté par l'arrière et avait effectué plusieurs tonneaux. Elle a indiqué avoir subi un « *polytraumatisme* », en particulier « *contusion, épaule, pied, sternum* » et « *trauma de l'accident* ». Elle a indiqué être engagée à 100% comme cheffe de cuisine, pour un salaire brut de CHF 3'500.- par mois (dossier, pièce 8).

Le 11 octobre 2018, la Vaudoise a confirmé la prise en charge du cas et le versement d'indemnités journalières d'un montant de CHF 92.10 (LAA) + CHF 11.50 (assurance complémentaire; dossier, pièce 9).

Le même jour, elle a indiqué à la Vaudoise que son salaire mensuel était de CHF 3'500.- plus indemnité de vacances et jours fériés ainsi que part au 13^{ème} salaire (dossier, pièce 16).

6.2. Evolution médicale

Dans un rapport du 19 octobre 2018, le Dr E. _____, médecin-assistant auprès de F. _____, a indiqué les constatations cliniques suivantes: « *présence de dermabrasions: fronto-temporale droite, des paumes des mains et des genoux. Douleurs à la percussion de la colonne cervicale et de la colonne lombaire. Douleurs à la palpation du sternum. Reste de l'examen clinique dans la norme* ». Il a confirmé que le CT cérébral n'avait démontré aucune lésion traumatique à l'étage crânio-cervical et que les radiographies avaient seulement révélé une « *scoliose dégénérative modérée* » et des « *lésions dégénératives étagées de la colonne lombaire* », sans fractures costales ni tassement vertébral. Il a ainsi retenu les diagnostics de « *traumatisme crânien, contusion thoracique, contusion de la colonne cervicale et lombaire, dermabrasions au niveau de la face palmaire des deux mains et de la face antérieure des deux genoux* » et n'a pas attesté d'incapacité de travail (dossier, pièce 22).

Le 30 octobre 2018, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, a prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 30 novembre 2018 (dossier, pièce 29).

Le 8 novembre 2018, en présence d'une « *bursite sous-acromio deltoïdienne* », une échographie de l'épaule gauche a été réalisée sur mandat du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Cet examen a révélé « *un aspect tuméfié et hétérogène du tendon supra-épineux, associé à une petite lame liquidienne dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne* » (dossier, pièce 30).

Le 19 novembre 2018, l'assurée a consulté le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a prononcé une incapacité de travail totale jusqu'au 3 décembre 2018 (dossier, pièce 31), puis jusqu'au 17 décembre 2018 (dossier, pièce 36).

Un rapport a alors été demandé au psychiatre traitant, qui, dans un rapport du 12 décembre 2018, a retenu le diagnostic d'« *état de stress post-traumatique* », en indiquant que l'assurée était « *triste, en pleurs, passive* » et qu'elle décrivait « *des troubles du sommeil et comportements problématiques lorsqu'elle se trouve en voiture* » et « *de la nervosité au quotidien ainsi que des rapports intimes très rares. Elle n'arrive plus à accomplir les tâches qu'elle accomplissait sans problème avant l'accident* ». Il a certifié que l'incapacité de travail était en lien avec l'accident et a prescrit un traitement de *Trittico* (dossier, pièce 39). Il a ensuite prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 11 mars 2019 (dossier, pièces 42, 46 et 47).

Des informations ont également été demandées au Dr H. _____ qui, dans un rapport non daté, reçu par la Vaudoise le 9 janvier 2019, a mentionné la « *persistance de douleurs épaule gauche et début d'épaule gelée* » à la suite d'un accident au mois d'août 2018. Il a précisé que « *à part bursite interne des rotateurs, pas de lésion de la coiffe* ». Il a prescrit un traitement d'anti-inflammatoires et de la physiothérapie (dossier, pièce 44).

Quant au Dr G. _____, consulté les 21 septembre et 30 octobre 2018, il a indiqué dans un rapport du 9 janvier 2019 le diagnostic de « *douleur à l'épaule gauche et au pied gauche à la suite d'un accident circulation (AVP) le 6.8.2018* ». Il a signalé une évolution « *lentement favorable* » et a attesté d'une incapacité de travail totale du 31 octobre au 30 novembre 2018 (dossier, pièce 45).

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

Le cas a d'abord été soumis au Dr J. _____, 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 », ce qui avait été confirmé par le CT cérébro-cervico-thoraco-abdominal du 7 août 2018 qui n'avait objectivé « aucune lésion traumatique crânienne ». Il a relevé qu'un trouble de l'humeur « dont il n'est pas clair s'il n'est pas préexistant » était documenté. Il a dès lors affirmé que les troubles psychiatriques n'étaient « que *possiblement* » en rapport avec le TCC léger du 6 août 2018 (dossier, pièce 48).

Le cas a ensuite été soumis à un second médecin conseil, le Dr K. _____, 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 constaté qu'une incapacité de travail totale avait été attestée jusqu'au 30 novembre 2018 par le Dr G. _____, puis par le psychiatre traitant jusqu'au 11 mars 2019. Il a mentionné les diagnostics de « *contusion cervicale, contusion lombaire et thoracique; contusion du talon avec fasciite plantaire gauche; bursite sous-acromio-deltaïdienne gauche* » et a énuméré les éléments étrangers à l'accident (« *hyperglycémie/diabète; trouble de l'humeur (bas); hypercholestérolémie; scoliose dégénérative modérée, dextro-convexe de la colonne lombaire, lésions dégénératives lombaires; pied gauche: éperon calcanéen* »). Sur la base de ces éléments, il a affirmé que les diagnostics retenus n'étaient « *pas de nature à engendrer des suites au-delà de quelques mois, puisqu'il ne s'agit que de contusions. Du reste, à la consultation du 30.10.2018 du Dr G. _____, elles sont décrites comme d'évolution lentement favorable* ». Partant, il a déclaré que « *sans autres lésions traumatiques aux examens, le retour au status quo sine peut être fixé à 4 mois de l'accident, soit jusqu'au 30.11.2018, selon le dernier certificat médical du médecin interniste (Dr G. _____)* » (dossier, pièce 50).

Le 11 mars 2019, le psychiatre traitant a prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 10 avril 2019 (dossier, pièce 51).

Sur la base de ces éléments, par décision du 5 avril 2019, la Vaudoise a refusé la prise en charge du cas au-delà du 30 novembre 2018, au motif que les contusions multiples subies lors de l'accident avaient évolué favorablement et ne justifiaient ni traitement ni incapacité de travail au-delà de 4 mois après l'accident. 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 3'500.- par mois, soit CHF 42'000.- par an (dossier, pièce 55).

6.4. *Opposition et décision querellée*

L'assurée s'est opposée à cette décision le 15 mai 2019, affirmant que ses troubles psychiques étaient bien en lien avec l'accident assuré, conformément à l'appréciation de son psychiatre, et demande dès lors la poursuite des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2018, et ce à hauteur du 90% de son salaire de CHF 3'500.-, conformément au contrat d'assurance complémentaire LAA (dossier, pièce 57).

A l'appui de son opposition, elle a produit un certificat médical du 19 avril 2019 du Dr I. _____ confirmant « *que les troubles affectifs pour lesquels elle a consulté depuis le 19 novembre 2018 sont en lien avec l'accident du 6 août 2018* » (dossier, pièce 57).

Elle a également produit un rapport du 3 mai 2019 du Dr G. _____, dans lequel ce médecin précise avoir été consulté pour la première fois le 21 septembre 2018 « *pour douleurs à l'épaule*

gauche et au talon gauche, ainsi que pour des troubles du sommeil accompagnés d'une thymie triste. La patiente a bénéficié d'un traitement antalgique, d'AINS. Sous ce traitement, l'évolution est lentement favorable avec persistance de douleurs à l'épaule gauche et talon gauche » (dossier, pièce 57).

Le 20 mai 2019, elle a encore produit un rapport de son psychiatre traitant, dans lequel ce dernier a confirmé le diagnostic d'« *état de stress post traumatique – ICD 10: F43.1* » avec une évolution « *plutôt chronique* ». Il a ajouté que des limitations fonctionnelles étaient liées à l'état de stress post-traumatique: « *les effets sont négatifs: la patiente ne peut plus travailler à la cuisine* ». Il a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité de cuisinière et a affirmé que la reprise d'une activité adaptée n'était « *pas envisageable* », mais pourrait éventuellement être imaginée « *dans le futur, dans une activité protégée* » (dossier, pièce 59). Il a ensuite attesté de la poursuite de l'incapacité de travail totale jusqu'au 15 septembre 2019 (dossier, pièces 60, 61, 63 et 64).

Par décision sur opposition du 12 septembre 2019, la Vaudoise a intégralement confirmé sa position. S'agissant des atteintes physiques, elle a considéré que l'assurée n'avait souffert que de « *contusions sur des lésions dégénératives* » et a ainsi confirmé le *status quo sine vel ante* au 30 novembre 2018, compte tenu de l'état pathologique préexistant. S'agissant des atteintes psychiques, elle a confirmé l'absence de lien de causalité adéquate, faute de réalisation des critères jurisprudentiels, en présence d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*. Enfin, elle a constaté que le gain assuré pris en compte (CHF 3'500.- par mois) correspondait aux conclusions de l'assurée, de sorte que cette question n'était plus litigieuse.

Le 20 septembre 2019, le Dr I. _____ a encore prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 15 octobre 2019 (dossier, pièce 66).

6.5. *Recours et écritures complémentaires*

Dans le cadre de son recours du 15 octobre 2019, la recourante affirme que les atteintes psychiques attestées par son psychiatre traitant sont en lien de causalité avec l'accident du 6 août 2018. Elle produit à cet égard un article médical relatif aux troubles psychiatriques post-traumatiques chez les traumatisés crâniens.

7.

Est donc litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes psychiques, en particulier l'« *état de stress post-traumatique* » retenu par le psychiatre traitant, et pour lequel il atteste d'une incapacité de travail de longue durée, sont en lien de causalité avec l'accident du 6 août 2018.

Cette question doit être examinée à la lumière des critères développés par la jurisprudence (cf. *supra* consid. 4.3).

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

Pour la recourante, celui-ci doit être considéré comme un accident grave, compte tenu « *des forces générées dans le cadre de plusieurs tonnes* ».

Pour sa part, la Vaudoise considère que cet événement doit être qualifié d'accident de gravité moyenne *stricto sensu*, eu égard aux circonstances objectives de l'accident.

7.1.1. Le Tribunal fédéral a développé toute une casuistique relative aux accidents de la circulation avec vitesse élevée et a rangé des accidents relativement semblables, voire plus graves, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (cf. notamment la casuistique développée dans l'arrêt TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 3.3).

Il cite notamment le cas d'un automobiliste qui, ayant freiné abruptement lors d'un dépassement à une vitesse d'environ 100 km/h, a perdu la maîtrise de son véhicule, a percuté un talus et a fait plusieurs tonneaux avant de s'arrêter sur le côté conducteur (arrêt TF 8C_169/2007 du 5 février 2008), ou encore celui d'un véhicule ayant touché un camion lors d'un dépassement et s'étant ensuite renversé (arrêt TF 8C_743/2007 du 14 janvier 2008). Il qualifie également de moyennement grave *stricto sensu* le cas d'un véhicule qui, ayant dérapé dans un virage sur l'autoroute, a fait des tonneaux avant de s'immobiliser sur le toit (arrêt TF U 258/06 du 15 mars 2007).

En outre, dans un arrêt 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 3.3, le TF avait par ailleurs relevé que le fait qu'une assurée avait pu sortir seule de son véhicule juste après l'impact (collision survenue de nuit entre deux voitures circulant à une vitesse d'environ 80km/h), constituait un indice supplémentaire d'une gravité moyenne *stricto sensu* de l'accident.

A titre comparatif, avait été qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves une perte de maîtrise sur l'autoroute en raison d'un assoupissement du conducteur suivie d'une sortie de route du véhicule qui avait effectué plusieurs tonneaux, suite à quoi la police n'avait relevé aucune trace de freinage. Le TF avait alors retenu que le choc de la voiture contre la berme centrale avait dû être d'une violence particulière puisque l'amie de l'assuré, lequel était décédé sur place, avait été éjectée malgré le fait qu'elle portait sa ceinture de sécurité et était devenue paraplégique (arrêt TF 8C_192/2018 du 12 mars 2019 consid. 4).

7.1.2. Sans remettre en question la gravité indéniable qu'il a pu avoir pour la recourante du point de vue subjectif, il appert au vu de cette casuistique que l'évènement du 6 août 2018 ne remplit pas encore les conditions restrictives posées par la jurisprudence pour être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves ni, *a fortiori*, d'accident grave.

En outre, le fait que la recourante et son mari n'ont pas perdu connaissance et ont pu sortir de leur véhicule par leurs propres moyens démontre, quoi qu'en dise la recourante, que le choc n'a pas été d'une intensité telle qu'elle eut été désorientée au point de perdre tout réflexe de sécurité. Un tel argument avait d'ailleurs été pris en compte par le TF pour relativiser la gravité d'un accident (cf. arrêt précité 8C_354/2011).

Dans ces conditions, force est d'admettre que la Vaudoise n'a pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en qualifiant l'évènement du 12 mars 2014 d'accident de gravité moyenne *stricto sensu*.

7.2. 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).

La recourante considère tout d'abord que l'accident a revêtu un caractère particulièrement impressionnant, en affirmant que « le véhicule roulait à 120 km/h sur l'autoroute et, suite à une embardée, l'automobile a fait des tonneaux, puis s'est immobilisée sur le toit ».

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).

Sans pour autant nier que, du point de vue subjectif, l'accident du 6 août 2018 ait pu paraître violent et impressionnant, il n'en demeure pas moins que cet événement ne saurait être assimilé aux situations qui viennent d'être évoquées.

7.3. La recourante affirme ensuite qu'elle souffre de douleurs physiques persistantes, qui seraient attestées par les Dr H._____ et G._____.

Aucun élément médical ne permet cependant d'étayer ces allégations.

Le Dr H._____, s'il a certes mentionné des « *persistance de douleurs épaule gauche* » dans un rapport reçu par la Vaudoise le 9 janvier 2019 (dossier, pièce 44), n'a en revanche attesté d'aucune incapacité de travail résultant de ces atteintes.

Quant au Dr G._____, consulté les 21 septembre et 30 octobre 2018, il a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 30 novembre 2018 (dossier, pièce 45), mais ne s'est en revanche nullement prononcé sur une éventuelle persistance des atteintes physiques au-delà de cette date.

Rien ne permet ainsi d'établir la présence de douleurs physiques sur une longue durée.

7.4. La recourante affirme enfin qu'elle subit une longue incapacité de travail.

A cet égard, il convient de préciser que l'incapacité de travail devant être prise en considération dans l'examen de ce critère doit être « *due aux lésions physiques* » exclusivement.

Or, comme il vient d'être dit, aucun médecin n'a prononcé d'incapacité de travail en raison d'atteintes physiques au-delà du 30 novembre 2018.

7.5. Enfin, 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.

7.6. En définitive, la Cour constate dès lors que les critères permettant d'établir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident du 6 août 2018 ne sont en l'espèce pas remplis, de sorte que la responsabilité de la Vaudoise à l'égard de ces troubles n'est pas engagée.

Partant, c'est à bon droit qu'elle n'a pas presté au-delà du 30 novembre 2018, date de fin de l'incapacité de travail retenue par le Dr G. _____ et qui, dans les faits, correspond à la date du *statu quo sine* retenu pour les troubles physiques.

La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'apparaît ainsi pas nécessaire dans le cadre du présent litige, de sorte que la requête de la recourante en ce sens est rejetée.

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

8.

La recourante conteste enfin le gain assuré retenu par la Vaudoise (CHF 3'500.- par mois), en affirmant qu'il convient d'ajouter à ce montant l'indemnité pour vacances et jours fériés, ainsi que la part du 13^{ème} salaire, soit un salaire brut mensuel de CHF 4'281.10.

8.1. Selon la jurisprudence, la procédure d'opposition prévue par la LPGA constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable « moyen juridictionnel » ou « moyen de droit ». Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise. Partant, dans la mesure où la décision n'est pas attaquée en procédure d'opposition (sur certains points) et ne fait pas l'objet d'un examen d'office, elle entre partiellement en force (arrêt du TF U 27/04 du 15 mars 2005 consid. 3.2 et les références).

En l'espèce, la décision du 5 avril 2019 avait fixé le gain assuré à CHF 3'500.- par mois, soit CHF 42'000.- par an (dossier, pièce 55).

Dans son opposition du 15 mai 2019, l'assurée avait confirmé que son salaire était bien de CHF 3'500.- par mois et concluait alors au versement des indemnités journalières, à hauteur de 90%, calculées sur la base d'un tel revenu. Elle ne prétendait alors pas percevoir des suppléments pour vacances et jours fériés ou un 13^{ème} salaire (dossier, p. 57).

La décision attaquée indique donc en toute logique que cette question n'est plus litigieuse, puisque le gain assuré désormais retenu correspondait au montant allégué dans le cadre de son opposition.

Dans ces conditions, force est d'admettre que la recourante avait dans un premier temps admis la prise en compte d'un revenu de CHF 3'500.- par mois au titre de gain assuré.

La décision de la Vaudoise est donc entrée en force sur cette question, de sorte que les conclusions formulées par la recourante dans le cadre du présent recours, selon lesquelles il conviendrait de prendre en compte un salaire supérieur à ce montant, sont irrecevables.

8.2. Cela étant, force est de constater que les affirmations de la recourante dans le cadre du présent recours ne reposent quoi qu'il en soit sur aucun élément qui permettrait d'établir qu'elle aurait perçu un salaire supérieur à CHF 3'500.- par mois.

En effet, le contrat de travail conclu le 7 juin 2015 entre l'assurée et C. _____ Sàrl prévoit l'engagement de la recourante en tant que serveuse et aide-cuisinière, à 100% (44 heures par semaine, inclus le service du soir et du dimanche). Sous le titre salaire/indemnisation

vacances/jours fériés/13^{ème} salaire, il est simplement mentionné que « *pour son activité, A. _____ recevra un salaire mensuel brut de CHF 3'500.- pour un engagement à 100%* ». Le contrat prévoit également 35 jours ouvrables de vacances par an et précise qu'une participation pour les frais de repas et d'hébergement peut être demandée (dossier, pièce 18).

A cet égard, 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 B. _____ (dossier, pièce 37).

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

- de janvier à juin 2017: salaire mensuel brut de CHF 3'500.-, sans indemnités supplémentaires vacances/jours fériés ou 13^{ème} salaire;
- de juillet à décembre 2017: salaire mensuel de CHF 1'000.- + indemnités supplémentaires vacances/jours fériés et part au 13^{ème} salaire, soit un total de CHF 1'223.30;
- de janvier à juillet 2018: salaire mensuel brut de CHF 3'500.-, sans indemnités supplémentaires vacances/jours fériés ou 13^{ème} salaire (dossier, pièce 37).

Au vu de ces éléments, il apparaît que des indemnités vacances/jours fériés ou part au 13^{ème} salaire ne sont pas dues, ni n'ont été effectivement payées, en supplément du salaire brut de CHF 3'500.-, qui semble englober la totalité de la rémunération de la recourante.

Au surplus, le paiement d'indemnités vacances/jours fériés 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.

Dans ces conditions, la Vaudoise était manifestement en droit de tenir compte d'un salaire brut de CHF 3'500.- par mois au titre de gain assuré.

9.

Il découle de l'ensemble de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

La décision sur opposition rendue le 12 septembre 2019 par la Vaudoise est ainsi confirmée.

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

9.2. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

10.

Il reste à statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale (605 2019 274) formulée dans le cadre du recours et motivée le 7 novembre 2019.

10.1. 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.

10.2. En l'espèce, il ressort de la requête d'assistance judiciaire motivée le 7 novembre 2019 et des pièces justificatives annexées que la recourante et son époux, lequel perçoit une rente AVS de CHF 288.- par mois depuis le 1^{er} février 2018, n'ont plus de revenu depuis la fin du versement des indemnités journalières LAA le 30 novembre 2018, et 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.

Quant aux chances de succès de la présente procédure, même si le recours s'avère infondé, l'on peut à la rigueur admettre qu'il ne pouvait pas être considéré comme d'emblée et à l'évidence dénué de toute chance.

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 la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours et de lui désigner Me Xavier Ruffieux, avocat à Bulle, comme défenseur d'office.

10.3. La liste de frais déposée par Me Ruffieux le 10 juin 2020 fait état d'un montant total de CHF 6'029.04, TVA 7.7% incluse (CHF 5'832.05 [TVA incluse] à titre d'honoraires pour 30 heures et 5 minutes de travail, facturées au tarif horaire de CHF 180.-, ainsi que CHF 196.99 [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 ou individuelle libre passage, 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 de la recourante auprès de l'autorité intimée n'ont pas vocation à être indemnisées par le biais de l'assistance judiciaire octroyée pour la procédure de recours LAA.

Par ailleurs, il s'avère que plus de 26 heures de travail ont été comptabilisées pour la rédaction du recours, pour un mémoire de 27 pages.

Au vu de la question litigieuse en l'espèce, qui se résume à l'examen de la question de la causalité des troubles 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, on retiendra que l'ensemble du travail requis dans ce dossier n'aurait pas dû représenter plus de 8 heures de travail. Partant, il convient de s'écarter de la liste de frais produite et de fixer *ex aequo et bono* l'équitable indemnité du défenseur désigné 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.

Un tel montant semble adéquat afin de tenir compte du travail strictement nécessaire à effectuer dans ce type d'affaire, dans le cadre d'une procédure soumise à la maxime d'office.

Cette indemnité est intégralement mise à la charge de l'Etat de Fribourg, sous réserve d'un retour à meilleur fortune de la recourante 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. La requête de jonction des causes 605 2019 263 et 605 2019 260 est rejetée.
- II. Le recours (605 2019 263), pour autant que recevable, est rejeté.
Partant, la décision sur opposition du 12 septembre 2019 est confirmée.
- III. La requête d'assistance judiciaire (605 2019 274) 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 1'615.50, TVA par CHF 115.50 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 :