

Par arrêt du 4 décembre 2024 (8C_327/2024), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière civile interjeté par X_ contre ce jugement

S2 22 19

ARRET DU 14 MAI 2024

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Stéphane Riand, avocat, Sion

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(art. 6 et 36 LAA ; causalité adéquate d'un trouble de l'adaptation post-traumatique)

Faits

A. X _____, ressortissante kosovare née le xx.xx1 1988, mariée et mère de deux enfants, n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Depuis le 27 février 2018, elle a travaillé en tant que femme de nettoyage à un taux de 60% auprès de l'entreprise A _____ SA, à B _____ (pièce CNA 1). A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 15 octobre 2019, alors que l'intéressée passait l'aspirateur dans un tableau électrique non sécurisé, elle a ressenti un courant électrique la faisant lâcher le manche de l'aspirateur, sans perte de connaissance et sans que sa tête ne cogne le sol (premières déclarations, pièce CNA 28). Après cet incident, qui a duré « moins d'une seconde », elle a souffert de céphalées en étaux localisées à droite. Elle a été prise en charge le jour même aux urgences de C _____, où les diagnostics d'électrocution mineure sans signe de gravité et de probable migraine avec aura ont été posés (pièce CNA 28).

Le 18 octobre 2019, la CNA a informé l'assurée qu'elle prenait en charge le cas et lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 15 octobre précédent (pièce CNA 3).

Le 8 novembre 2019, la Dresse D _____, spécialiste FMH en neurologie et cheffe de clinique adjointe du Service de neurologie de C _____, a retenu le diagnostic principal de céphalées et brachialgies droites suite à un accident d'électrocution le 15 octobre 2019 ainsi que les diagnostics secondaires de suspicion de PTSD (*post-traumatic stress disorder*, soit un trouble de stress post-traumatique) et de céphalées de tension. Cette spécialiste a relevé que tant une IRM cérébrale du 21 octobre 2019 qu'une IRM cervicale du 8 novembre suivant s'étaient avérées être dans la norme et a considéré, compte tenu de la relation temporelle entre l'accident et les céphalées, que ces dernières, de même que les brachialgies, découlaient dudit accident (pièces CNA 21, 24 et 25).

Le 22 décembre 2019, le Dr E _____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant de l'intéressée, a confirmé les diagnostics posés par la Dresse D _____ et a précisé que l'évolution de sa patiente était très lentement favorable, avec un pronostic probablement bas (pièce CNA 20).

Le 8 janvier 2020, F _____, psychologue FSP, a indiqué qu'un suivi thérapeutique, sous la forme d'une thérapie de type coaching, avait débuté le 13 novembre 2019, que le quotidien était difficile à assumer pour l'assurée, qui présentait notamment une douleur constante à la tête, et que la reprise d'une activité professionnelle s'avérait impossible pour le moment (pièce CNA 26).

Le 3 février 2020, le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement, a retenu le diagnostic de céphalées et de brachialgies droites dans le cadre d'une électrocution du membre supérieur droit datant du 15 octobre 2019 et a proposé, l'évolution n'étant pas favorable, que l'intéressée séjourne à la H _____, afin que sa situation y soit évaluée (pièce CNA 39).

Dans un rapport d'enquête d'accident du 25 mars 2020, I _____, inspecteur auprès de l'ESTI (inspection fédérale des installations à courant fort), a relevé que le 15 octobre 2019, l'assurée était occupée à faire le ménage sur le chantier d'un hôtel en construction et que l'accident avait été causé par une installation électrique mise sous tension (230 V) alors qu'elle n'était pas terminée et non sécurisée. Les fils électriques n'étant pas isolés, l'électricien présent sur le chantier a expliqué à l'inspecteur qu'il y avait eu un court-circuit lorsque l'intéressée les avait touchés avec l'embout de l'aspirateur en plastique qu'elle utilisait, ce qui l'avait effrayée et l'avait fait s'éloigner en trébuchant, suite à quoi elle s'était relevée sans problème (pièce CNA 48).

Du 17 mars 2020 au 18 avril suivant, l'assurée a séjourné à la H _____, où le diagnostic principal d'électrocution (230 V) avec troubles de la sensibilité du membre supérieur droit et de l'hémicorps droit, d'origine fonctionnelle, et possible surdité de perception des deux côtés avec un acouphène à droite dans le contexte d'une électrocution a été posé, de même que le diagnostic secondaire de trouble de l'adaptation avec des symptômes d'un PTSD. S'agissant de ce dernier diagnostic, il a été constaté que l'intéressée nécessitait un suivi téléphonique en ambulatoire par un psychologue de la H _____, mais que le pronostic était favorable, si bien que celle-ci devait être vue un mois plus tard par le Dr J _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et chef de service à la H _____, pour discuter de la reprise d'une activité professionnelle (pièce CNA 53).

Le 29 avril 2020, le Dr G _____ a retenu qu'il ne subsistait plus de séquelles organiques de l'accident du 15 octobre 2019, qu'une incapacité totale de travail perdurait jusqu'au 20 mai 2020, qu'un traitement médical sous la forme d'un suivi psychiatrique et neurologique était nécessaire et qu'il y avait lieu de demander un rapport au

Dr J _____ ainsi qu'à la Dresse D _____ après le 20 mai 2020 (pièce CNA 54).

Le 1^{er} mai 2020, la CNA a informé l'assurée que l'instruction médicale avait montré que les troubles dont elle se plaignait n'étaient plus suffisamment démontrables d'un point de vue organique et qu'après vérification des critères déterminants selon l'ATF 115 V 133, un lien de causalité adéquate ne pouvait pas être établi, ce qui impliquait la fin des prestations d'assurance au 17 mai suivant (pièce CNA 55).

Dans un rapport du 22 mai 2020, le Dr J _____ a relevé que l'intéressée souffrait de douleurs cervicales et céphaliques persistantes évoquant un syndrome de type PTSD et a préconisé la réalisation de séances de physiothérapie, d'ostéothérapie et de thérapie à méditation corporelle (pièce CNA 87).

Le 27 mai 2020, l'assurée, représentée par Me Stéphane Riand, s'est opposée à la prise de position de la CNA du 1^{er} mai précédent, en s'appuyant notamment sur un rapport du 19 mai 2020 du Dr E _____, qui a soutenu que le PTSD était une lésion psychique post-traumatique et qu'avant l'accident, sa patiente était pleine de vitalité et ne formulait aucune plainte, alors qu'elle avait désormais besoin d'une aide familiale et d'une infirmière en psychiatrie (pièce CNA 61).

Le 8 septembre 2020, la Dresse D _____ a fait état d'une amélioration des céphalées, devenues rares, et de la persistance de paresthésies cervicales droites ainsi que d'épisodes de vertiges à type de tangage (pièce CNA 91).

Le 12 octobre 2020, le Dr G _____ a indiqué que, selon le rapport de sortie de la H _____ du 16 avril 2020, il n'y avait, sur le plan neurologique, ni lésion structurelle ni lésion organique, mais qu'il subsistait par contre des céphalées et des brachialgies suite à l'accident, si bien que le cas n'était pas stabilisé (pièce CNA 77).

Le 12 novembre 2020, le Dr K _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, a relevé que le trouble de l'adaptation avec des symptômes de PTSD présenté par l'assurée avait une influence significative dans la persistance des céphalées et des douleurs, et que, sur le plan psychique, il y avait lieu de retenir une causalité naturelle entre le trouble susmentionné et l'accident du 15 octobre 2019 (pièce CNA 81).

Le 24 novembre 2020, le Dr E _____ a confirmé que sa patiente souffrait toujours d'un PTSD avec des céphalées à droite de type migraine, pour lequel elle n'avait pas

bénéficié d'un traitement psychologique/psychiatrique, alors qu'elle nécessiterait un tel traitement. Ce médecin a ajouté que l'intéressée lui avait dit vouloir reprendre une activité professionnelle à 50% même si elle n'allait toujours pas bien, et ce pour des raisons financières (pièce CNA 93).

Dans un rapport d'examen du 16 décembre 2020, le Dr G _____ a retenu que l'évolution de l'assurée était favorable au niveau des paresthésies du membre supérieur droit, que celle-ci se plaignait toujours de céphalées, qu'elle avait repris une activité à 50% et était à la recherche d'un emploi, ce qui était possible dans une activité adaptée (pas de port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétée et pas de mouvements répétitifs au niveau du membre supérieur droit) et qu'une pleine capacité de travail devait être exigible dès le mois de février 2021. Le même jour, la CNA a informé l'intéressée qu'elle annulait son refus informel du 1^{er} mai 2020 et qu'elle reprenait le versement des indemnités journalières (pièces CNA 97 et 99).

Le 21 janvier 2021, le Dr E _____ a souligné que le PTSD dont souffrait sa patiente était « à 100% » en lien de causalité avec l'accident du 15 octobre 2019 et que la capacité de travail de 50% de celle-ci, depuis le mois de novembre 2020, était uniquement théorique (pièce CNA 112).

Le 23 avril 2021, le Prof. L _____, médecin chef du Service de neurologie de C _____, a indiqué que l'assurée avait présenté une importante amélioration des douleurs, qu'elle n'avait plus que des crises sporadiques, qu'elle allait également mieux au niveau de son moral et qu'elle avait réussi à reprendre beaucoup de ses activités (pièce CNA 137).

Le 12 août 2021, la CNA a informé l'intéressée que, selon son service médical, une aptitude au travail était exigible de sa part dès le 1^{er} septembre 2021, de sorte que le versement de l'indemnité journalière était suspendu dès cette date (pièce CNA 157).

Le 19 août 2021, l'assurée s'est opposée à la prise de position de la CNA du 12 août précédent, estimant que l'existence d'une capacité de travail dès le 1^{er} septembre 2021 était insoutenable. A cet égard, elle s'est appuyée sur un courriel du 17 août 2021 du Dr E _____, qui soulignait que le service médical de l'assurance n'avait pas vu l'intéressée et que celle-ci souffrait toujours d'un PTSD difficilement traitable en raison d'un problème linguistique (pièce CNA 159).

Le 27 septembre 2021, le Dr G _____ a relevé que les séquelles organiques de l'accident étaient stabilisées et que les troubles persistants étaient d'ordre psychique (pièce CNA 164).

Par décision du 28 septembre 2021, la CNA a retenu que des causes organiques ne suffisaient pas pour expliquer les troubles persistants et qu'après analyse des critères pertinents selon l'ATF 115 V 133, il n'était pas possible d'établir un lien de causalité adéquate entre l'accident et ces troubles, si bien qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière au 31 août 2021 et à la prise en charge des frais de traitement au 30 septembre suivant. La CNA a en outre dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (pièce CNA 166).

Le 29 octobre 2021, l'intéressée s'est opposée à la décision du 28 septembre précédent, contestant l'absence de lien de causalité entre les troubles qui subsistaient et l'accident du 15 octobre 2019, en se fondant notamment sur l'avis de son médecin traitant, le Dr E _____. Le 27 janvier suivant, elle a complété son opposition en soutenant que le diagnostic de PTSD avec céphalées à droite de type migraines entraînait toujours une incapacité de travail suite à l'électrocution du 15 octobre 2019, lors de laquelle elle avait eu peur de mourir (pièces CNA 176, 177, 178 et 187).

Le 1^{er} février 2022, le Dr M _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès du N _____, a indiqué que la CNA avait admis à tort un lien de causalité naturelle entre l'accident du 15 octobre 2019 et les céphalées et brachialgies droites, que dit accident n'avait pas occasionné de traumatisme cranio-cérébral, qu'aucune lésion structurelle n'avait été objectivée, tant au niveau cérébral que cervical, que l'accident, qui présentait toutes les caractéristiques d'un incident mineur, n'était pas susceptible de provoquer le tableau clinique mentionné ci-avant, ni d'aggraver de façon passagère voire déterminante l'antécédent connu de céphalées, que les conclusions du Dr G _____ étaient variables et contradictoires, si bien qu'elles ne pouvaient pas être suivies, que le lien temporel évoqué par la Dresse D _____ ne permettait pas d'établir un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'une majoration psychique des troubles avait été présente très tôt dans l'évolution et était devenue déterminante par la suite. Ce médecin a conclu que l'événement du 15 octobre 2019 n'avait pas pu provoquer de séquelles organiques (pièce CNA 190).

Par décision sur opposition du 3 février 2022, la CNA a écarté les griefs de l'assurée et confirmé sa décision du 28 septembre 2021. Elle a en substance soutenu qu'au vu du déroulement de l'accident du 15 octobre 2019, celui-ci devait être classé parmi les

accidents de degré moyen à la limite des cas de peu de gravité, que dans un tel cas de figure, il fallait un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence pour pouvoir admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, qu'aucun critère n'était toutefois rempli en l'espèce, qu'elle avait ainsi à bon droit décliné sa responsabilité pour ces troubles et que s'agissant des céphalées et des brachialgies persistantes, c'était à tort qu'elle avait pris en charge le cas, faute de causalité au moins probable, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre ces troubles et ledit accident (pièce CNA 192).

C. X _____ a recouru céans le 28 février 2022 contre la décision sur opposition du 3 février précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision. Elle a en substance argué qu'elle était dans l'impossibilité psychique de travailler en raison d'un stress post-traumatique, que ce trouble était en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 15 octobre 2019 et que la CNA ne pouvait se fonder sur une expertise neurologique (Dr M _____) pour exclure l'invalidité psychique. Elle a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, son propre interrogatoire ainsi que l'édition du dossier de la procédure pénale.

Dans sa réponse du 10 mai 2022, la CNA a relevé que l'appréciation du Dr M _____ avait été demandée non pas pour réfuter la responsabilité de l'assurance pour les troubles psychiques, mais afin de clarifier la question du lien de causalité entre les céphalées et les brachialgies persistantes, lequel avait été écarté par ce spécialiste en neurologie. Quant au refus d'intervenir pour les troubles psychiques, l'intimée a rappelé qu'il reposait sur l'examen de la causalité adéquate, qui avait été traité dans la décision litigieuse, et a ajouté que le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident s'appréciait d'un point de vue objectif, et non en fonction de la manière dont la victime l'avait ressenti, et qu'en l'espèce, la décharge électrique subie n'avait pas été importante, si bien que ce critère ne pouvait pas être considéré comme rempli. La CNA a conclu au rejet du recours.

La recourante n'a pas répliqué dans le délai qui lui était imparti pour ce faire. Le 28 juin 2022, elle a transmis céans un rapport du 23 juin 2022 du Dr E _____, qui indiquait que la situation de sa patiente était inchangée depuis 2020 et que sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Ce rapport a été communiqué à l'intimée le 29 juin 2022.

Le 26 avril 2024, la recourante a déposé céans un rapport du 22 avril 2024, émis par le O _____, qui indiquait qu'elle y était suivie depuis le 31 janvier 2024 en raison d'une

symptomatologie dépressive sévère qui semblait être la conséquence de la symptomatologie post-traumatique qu'elle avait présentée auparavant.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 28 février 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 3 février précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était en droit de mettre fin à ses prestations au 31 août 2021 (indemnités journalières), respectivement au 30 septembre 2021 (frais de traitement), au motif qu'à ces dates il n'y avait pas de séquelles organiques en lien de causalité naturelle avec l'accident du 15 octobre 2019 et que les troubles psychiques encore présents n'étaient pas en rapport de causalité adéquate avec ledit événement.

2.2 Selon l'article 6 alinéa 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 assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate.

2.2.1 L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

2.2.2 La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 3).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6, 117 V 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5).

La question de savoir si l'apparition de troubles psychiques doit être considérée comme une conséquence naturelle d'un accident ou si elle a pour origine d'autres causes peut rester indécise, si la causalité adéquate fait de toute façon défaut.

2.2.3 En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème éd., 2016, n° 121, p. 934) :

- 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.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. En principe, il faut un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100 [8C_897/2009] consid. 4.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.1.2 et 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4). Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb et 115 V 403 consid.

5 c/bb p. 409). En cas d'accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1, in SVR 2019 UV n° 27 p. 99).

2.3 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à

modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2 et les références). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1)

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 134 V 231 et 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1).

2.4 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits

survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

2.5 En l'occurrence, la recourante ne conteste pas, à juste titre, l'absence de séquelles organiques en lien de causalité naturelle avec l'accident du 15 octobre 2019 retenue par l'intimée dans la décision sur opposition du 3 février 2022, sur la base de l'avis du 1^{er} février 2022 du Dr M _____, lequel présente une pleine valeur probante. Elle soutient en revanche que le trouble psychique qu'elle présente, à savoir un trouble de l'adaptation avec des symptômes de PTSD, est en lien de causalité naturelle et adéquate avec ledit accident et qu'elle est dans l'impossibilité totale de travailler en raison de ce trouble. L'intimée nie quant à elle l'existence d'un lien de causalité adéquat, en arguant qu'aucun des critères jurisprudentiels ne serait rempli afin d'admettre celui-ci entre le trouble psychique de l'intéressée et l'événement du 15 octobre 2019.

2.5.1 Dans un litige concernant l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-accidents, il est admissible de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes de l'assuré au motif que ce lien de causalité ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat et, partant, qu'il ne suffirait pas à fonder le droit aux prestations (ATF 135 V 465 consid. 5.1). Il n'est ainsi pas déterminant en l'espèce que le Dr K _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, ait admis un lien de causalité naturelle entre le trouble de l'adaptation avec des symptômes de PTSD présenté par l'assurée et l'accident du 15 octobre 2019. Quant à la relation de causalité adéquate entre ce trouble et ledit accident, elle doit être appréciée à l'aune de la jurisprudence topique rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.2).

In casu, l'intimée a classé l'événement en cause – soit une électrocution mineure sans signe de gravité – parmi les accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de faible gravité, ce qui n'est pas contesté par la recourante. Comme tous les accidents de gravité moyenne, l'événement a peut-être présenté un certain caractère impressionnant pour l'intéressée qui en a été victime. Cela ne suffit cependant pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (cf. p.ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1). La Cour relève en effet que la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident ou des

circonstances concomitantes particulièrement dramatiques repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Ainsi, le fait que l'assurée ait, subjectivement, eu peur de mourir lors de l'électrocution mineure dont elle a été victime le 15 octobre 2019, comme elle le soutient à l'appui de son recours, ne suffit pas à remplir ce critère.

L'intéressée n'indique en outre pas quel autre critère de gravité pourrait être retenu. A cet égard, la Cour constate qu'il est douteux que soit réalisé le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience à entraîner des troubles psychiques, dès lors que l'accident n'a eu pour effet que des céphalées et des brachialgies droites, dont le lien de causalité naturelle avec l'événement a du reste été nié par le spécialiste conseil en neurologie, que ledit accident n'a pas occasionné de traumatisme crânio-cérébral et qu'aucune lésion structurelle n'a été objectivée, tant au niveau cérébral que cervical (cf. rapport du 1^{er} février 2022 du Dr M _____). Cela vaut d'autant plus qu'une majoration psychique des troubles a joué très tôt un rôle dans l'évolution des plaintes de l'assurée, le Dr K _____ relevant notamment dans son appréciation psychiatrique du 12 novembre 2020 que les troubles psychiques étaient de nature à agir comme des facteurs d'entretien, voire d'amplification, du trouble somatique. Par ailleurs, aucun traitement médical particulièrement long ou compliqué n'a été nécessaire. A cet égard, le Dr E _____ (cf. not. rapports des 24 novembre 2020 et 23 juin 2022 *in fine*) a indiqué qu'il n'y avait pas de traitement en cours, si ce n'est la prise d'antidépresseurs. Il n'y a du reste pas eu d'erreur dans la prise en charge de la recourante entraînant une aggravation notable d'éventuelles séquelles et les pièces au dossier ne témoignent pas de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes (cf. not. rapports des 8 septembre 2020 de la Dresse D _____ et 23 avril 2021 du Prof. L _____). De plus, mis à part des céphalées, dont l'intensité a sensiblement diminué au fil du temps, l'assurée n'a pas signalé de douleurs intenses. S'agissant enfin du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il y a lieu d'observer que l'intéressée a souhaité reprendre le travail à 50% dès le mois de novembre 2020, que son médecin traitant a attesté d'une telle capacité et que dès le mois d'avril 2021, elle a pu reprendre bon nombre de ses activités (cf. not. rapport du 23 avril 2021 du Prof. L _____). En tout état de cause, dès lors qu'une majoration

psychique des troubles a eu assez tôt un rôle prédominant sur l'état de santé de l'assurée, l'existence de ce critère doit être niée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.5.2.3). Partant, aucun des critères de gravité posés par la jurisprudence n'est rempli en l'espèce. Ceci n'est au demeurant pas remis en cause par le rapport du O _____ transmis ceans le 26 avril 2024 par la recourante, compte tenu de la jurisprudence topique rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.4).

2.5.2 Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre le trouble psychique persistant et l'accident du 15 octobre 2019 et qu'elle a mis fin au versement de ses prestations.

2.5.3 Enfin, il est inutile d'administrer les preuves offertes par la recourante, à savoir son audition, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et l'édition du dossier de la procédure pénale. On rappellera à ce propos que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 147 I 167 ; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47, no 63 ; GIGY, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd. p. 274 ; KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4e éd. p. 135 ; SCARTAZZINI, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, thèse Genève 1991, p. 63 ; cf. aussi ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; 126 V 132 consid. 2b ; 124 V 92 consid. 2 avec les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 Cst. (ATF 122 V 162 consid. 1d ; 119 V 344 consid. 3c ; 106 la 162 consid. 2b ; RAMA 1985, 238 consid. 2d).

2.5.4 Partant, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

3.

3.1 Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. f^{bis} LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 14 mai 2024