



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2642/2023

ATAS/418/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 mai 2024**

**Chambre 3**

En la cause

**A\_\_\_\_\_**  
représentée par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

recourante

contre

**BALOISE ASSURANCE SA**  
représentée par Me Michel D'ALESSANDRI, avocat

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1980, a travaillé en tant que comptable dès le 17 novembre 2020. À ce titre elle était assurée contre le risque d'accident auprès de LA BÂLOISE ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
- b.** Le 5 avril 2021, l'assurée a chuté sur le verglas et est tombée ; son poignet a heurté le trottoir. Une radiographie réalisée quinze jours plus tard a révélé une fracture très nette du tiers moyen du scaphoïde non déplacée.
- Ses médecins ont régulièrement attesté une incapacité de travail totale dès cette date.
- c.** Le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a pratiqué une réduction sanglante et une ostéosynthèse percutanée de la fracture du scaphoïde droit le 29 avril 2021.
- d.** Une scintigraphie osseuse du 9 juin 2021 a mis en évidence un status après ostéosynthèse du scaphoïde droit, une hyperperfusion et une hypercaptation au niveau des os du carpe, et à moindre degré de part et d'autre des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes, évoquant un diagnostic d'algoneurodystrophie (ci-après également désignée sous l'acronyme CRPS [*complex regional pain syndrome*]).
- e.** Un examen neurologique avec électroneuromyographe (ENMG) des membres supérieurs a été réalisé le 28 juillet 2021 par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Celui-ci a évoqué les diagnostics de douleurs de la main droite associées à des épisodes très sporadiques de paresthésies. L'examen clinique montrait des signes irritatifs douteux aux carpes, avec une force de préhension diminuée. L'ENMG révélait des signes de neuropathie non significative du nerf médian droit à droite, purement sensitive et myélinique, tant à droite qu'à gauche. Il s'agissait ainsi tout au plus d'une neuropathie purement irritative du nerf médian droit au carpe, qui paraissait au second plan des douleurs probablement liées à l'algoneurodystrophie.
- f.** Le contrat de travail de l'assurée a été résilié au 31 juillet 2021.
- g.** Dans un rapport du 23 septembre 2021, la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a posé les diagnostics de status après vissage du scaphoïde droit et de CRPS. L'évolution était lentement favorable avec une amélioration de la mobilité, et le pronostic était bon. L'assurée éprouvait des douleurs au poignet droit et ne parvenait pas à taper à l'ordinateur plus d'une heure sans fortes douleurs.
- h.** Dans un avis du 2 novembre 2021, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a retenu que l'incapacité de travail était vraisemblablement en lien avec l'accident. Il y aurait

lieu de refaire le point à fin 2021 selon l'évolution du CRPS, qui pouvait s'étendre sur 12 à 18 mois.

**i.** Une échographie du 14 décembre 2021 a mis en évidence une arthrose scapho-trapézienne au poignet droit. La radiographie du 13 janvier 2022 a révélé une bonne consolidation osseuse du scaphoïde avec un matériel intact.

**j.** Le 21 janvier 2022, le Dr B\_\_\_\_\_ a adressé l'assurée à un rhumatologue afin d'éliminer une pathologie rhumatismale. Il lui a signalé que celle-ci avait présenté des douleurs qui avaient fait évoquer le diagnostic d'algoneurodystrophie après l'intervention. Après rééducation, la fonction du poignet était bonne, mais les douleurs dans la colonne du pouce, en particulier à l'écriture et à l'ordinateur, persistaient, ainsi qu'une tuméfaction dorso-radiale d'intensité variable. L'assurée présentait également une symptomatologie douloureuse avec tuméfaction du poignet gauche, moins marquée.

**k.** Un scanner du poignet droit du 10 mars 2022 n'a pas montré de complications après ostéosynthèse. La fracture était consolidée et il n'existait pas d'anomalies évidentes par ailleurs.

**l.** Dans un rapport du 4 mai 2022, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était marquée par un léger mieux subjectif. À ce stade, les limitations étaient surtout antalgiques et non mécaniques.

**m.** Par courrier du 14 juin 2022, l'assurance a informé l'assurée qu'elle mettrait en œuvre une expertise auprès d'un chirurgien de la main, et lui a proposé plusieurs noms d'experts. Elle lui a également transmis les questions qui seraient soumises à l'expert.

L'assurance a finalement désigné le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Celui-ci a établi son rapport le 6 septembre 2022 à la suite d'un examen le 11 août 2022. Il a relevé que depuis mars 2022, l'évolution était nettement favorable avec une bonne restitution de la mobilité, une disparition des troubles trophiques, mais une persistance des douleurs de la face radiale du poignet droit qui empêchaient l'assurée d'envisager la reprise de son travail. Il n'y avait presque plus de limitations fonctionnelles à la main et au poignet droits. L'assurée s'aidait encore beaucoup de la main gauche, mais l'utilisation de la main droite s'était bien améliorée depuis le début de l'année. Les douleurs du poignet droit limitaient l'usage d'un clavier d'ordinateur à environ une heure, et l'utilisation d'un stylo à environ cinq minutes avant qu'une pause ne soit nécessaire. Au status, les deux mains étaient trophiques, sans discoloration, ni tuméfaction, moiteur, luisance ou amyotrophie. À l'issue de son examen, l'expert a posé le diagnostic de douleurs péri-scaphoïdiennes droites à l'effort avec appréhension à l'utilisation prolongée de la main droite, de status après ostéosynthèse par vissage percutané du scaphoïde, de status après fracture transverse du tiers médian du scaphoïde avec possible algoneurodystrophie, et d'état dépressif traité. Les signes cliniques d'algoneurodystrophie avaient disparu.

Les douleurs pouvaient difficilement être mises sur le compte d'une algoneurodystrophie au décours. Il y avait probablement aussi des facteurs non somatiques, tels qu'un état anxieux, une sous-estimation des capacités réelles et un déconditionnement. À titre d'exemple, l'assurée signalait une diminution de la force de la main droite, alors que les mesures révélaient une force de préhension symétrique. Le pronostic était favorable. L'assurée serait d'ores et déjà capable de reprendre un travail de comptabilité ou d'analyse financière sans mouvement répétitif prolongé ni effort particulier du poignet droit tout au long de la journée. Si l'évolution se poursuivait de manière favorable, l'assurée pourrait très vraisemblablement retrouver une pleine capacité de travail même dans un poste de « comptable standard » (*sic*) d'ici la fin de l'année. L'état du poignet droit permettait une reprise à au moins 50% en temps ou rendement dans son ancienne activité de comptable. Une réintégration rapide dans le monde du travail pourrait également avoir des vertus thérapeutiques. Un traitement de physiothérapie était préconisé. L'expert a précisé que l'état du poignet de l'assurée était encore en lien de causalité avec l'accident. Au sujet d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a noté l'absence de séquelles anatomiques objectivables liées à l'accident. Les derniers troubles allaient probablement s'estomper avec les mesures de reconditionnement proposées. Une guérison sans séquelles interviendrait très probablement au plus tard deux ans après l'accident.

**n.** Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésie, a indiqué avoir reçu l'assurée à sa consultation le 25 août 2022. A l'examen, la main droite était clairement plus froide que la gauche. L'œdème avait bien diminué. Il y avait une sensation de doigts engourdis. Les diagnostics posés étaient un CRPS de type I en nette régression, mais pas encore guéri, et une douleur chronique post-traumatique. La situation avait bien progressé, mais une douleur persistait en cas d'activité. Une pathologie rhumatismale avait été exclue par le spécialiste consulté par l'assurée, lequel avait confirmé l'algoneurodystrophie. Le Dr G\_\_\_\_\_ a proposé un traitement par stimulation magnétique. La poursuite de la physiothérapie semblait indispensable.

**o.** L'assurance-invalidité a octroyé à l'assurée une évaluation professionnelle du 29 août au 30 septembre 2022, consistant en un stage visant à la confronter à son métier sur un poste adapté grâce aux moyens auxiliaires octroyés.

**p.** Par courrier du 3 octobre 2022, l'assurance s'est référée à l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ et a indiqué à l'assurée qu'elle verserait des indemnités journalières complètes jusqu'au 30 novembre 2022, puis à 50% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2022. Une reprise de travail complète était attendue le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

**q.** Par courrier du 5 octobre 2022, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait pratiqué 10 séances de stimulation magnétique cérébrale avec un bilan plutôt positif et une amélioration globale de l'ordre de 40%. La mobilisation restait extrêmement difficile et douloureuse. La situation avait été aggravée par une discrète brûlure au pouce de la main.

r. Dans un rapport du 31 octobre 2022, le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé que la mécanique du poignet droit était tout à fait bonne. L'assurée présentait cependant un syndrome douloureux chronique important qui l'empêchait de reprendre ses activités professionnelles. À l'examen clinique du jour, le poignet n'était pas tuméfié et la mobilité était bonne. Il s'agissait ainsi d'un problème plutôt fonctionnel que mécanique, l'activité répétitive entraînant une recrudescence des douleurs du membre supérieur droit.

s. Le 8 décembre 2022, l'assurée s'est déterminée sur l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, affirmant que ses conclusions quant à la capacité de travail étaient contradictoires. Elle a soutenu avoir fait preuve de beaucoup de bonne volonté. Le stage mis en œuvre par l'assurance-invalidité n'avait pu être mené à son terme en raison de ses douleurs importantes. Partant, elle était incapable de travailler, même dans une activité adaptée. Elle a sollicité l'apport du dossier de l'assurance-invalidité. La cessation du versement des indemnités journalières était prématurée.

t. Interpellé par l'assurance sur les remarques de l'assurée, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé dans son courriel du 30 janvier 2023 que les contradictions alléguées par celle-ci relevaient de simples divergences entre ses plaintes subjectives et les constatations objectives lors de l'expertise. Au vu des rapports des Drs B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, il semblait que les plaintes subjectives l'emportaient sur les constatations objectivables, avec la probable intervention de facteurs non somatiques. Il maintenait ainsi ses conclusions.

u. Le 23 février 2023, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a qualifié le pronostic de favorable. Il a noté que le stage d'évaluation consistait à faire de l'informatique de façon prolongée, ce qui n'était pas l'activité la mieux adaptée selon le Dr F\_\_\_\_\_.

v. Par décision du 28 février 2023, l'assurance a exclu un lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident dès le 1<sup>er</sup> mars 2023 pour la capacité de travail et dès le 5 avril 2023 pour le traitement médical.

w. L'assurée s'est opposée à cette décision le 31 mars 2023. Elle a affirmé que son incapacité de travail dans toute activité administrative était dûment établie, et que la décision de l'assurance était prématurée. La relation de causalité entre ses troubles et son accident avait été admise par le Dr F\_\_\_\_\_, lequel n'avait pas retenu de *statu quo ante* ou *sine*. De plus, les conclusions de cet expert sur la capacité de travail relevaient du simple postulat, lequel ne s'était pas réalisé. Les spécialistes en réadaptation de l'assurance-invalidité avaient relevé des douleurs dans la main droite au bout d'une heure et un gonflement de la main en soirée, avec des douleurs persistantes durant la nuit. Les mêmes constatations avaient été faites par le Dr B\_\_\_\_\_ et contredisaient le pronostic de l'expert. L'assurée a contesté la disparition des symptômes du CRPS.

x. Par décision du 19 juin 2023, l'assurance a écarté l'opposition. Elle a affirmé que l'expert avait mis en évidence une discrédance entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives. L'état dépressif traité n'était pas en lien de causalité avec l'accident. Les douleurs ne suffisaient pas à fonder un droit aux prestations. La preuve d'une amélioration notable escomptée était nécessaire pour ouvrir le droit à la prise en charge d'un traitement médical.

- B. a.** Par écriture du 22 août 2023, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'assurance auprès de la Cour de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, principalement à son annulation, à ce qu'il soit dit et constaté que ses atteintes au membre supérieur droit étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 avril 2021 au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2023 pour l'incapacité de travail et au-delà du 5 avril 2023 pour le traitement médical, à ce que l'intimée soit condamnée à lui allouer les prestations dues au-delà de ces dates, et au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle y procède ; subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition de l'intimée du 19 juin 2023, à la mise en œuvre d'une expertise sur le lien de causalité des atteintes de la recourante avec l'accident du 5 avril 2021 ; à ce qu'il soit dit et constaté que ses atteintes au membre supérieur droit étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 avril 2021 au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2023, respectivement du 5 avril 2023 pour le traitement médical, à ce que l'intimée soit condamnée à lui allouer les prestations dues au-delà de ces dates, et au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle y procède.

Le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait pas contesté l'existence de limitations. Les examens avaient révélé une algoneurodystrophie ainsi qu'une neuropathie du nerf médian droit au carpe. Les médecins avaient attribué les symptômes de la recourante à l'algoneurodystrophie, que l'expert avait également retenue. Contrairement à tous les médecins traitants, celui-ci avait cependant imputé les plaintes à des facteurs subjectifs sans étayer cet avis, qui n'était ainsi pas probant. La décision de l'intimée se fondait en outre sur le simple pronostic de l'expert, qui ne s'était pas réalisé. L'intimée n'avait sollicité aucun renseignement complémentaire auprès des médecins de la recourante.

**b.** Dans sa réponse du 17 octobre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu que le diagnostic d'algoneurodystrophie ne pouvait être retenu en l'espèce, en l'absence des critères nécessaires pour admettre une telle atteinte. Le Dr G\_\_\_\_\_ ne faisait pas état de la persistance de ce diagnostic dans son rapport postérieur à l'expertise, et le Dr B\_\_\_\_\_ confirmait l'absence de tuméfaction et la bonne mobilité. Partant, le seul diagnostic en relation de causalité avec l'accident qui subsistait à la date de l'expertise était celui de douleurs péri-scaphoïdiennes droites. Le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'assurance-maladie de la recourante ne s'était d'ailleurs pas opposée à la décision de l'intimée.

**c.** Dans sa réplique du 16 novembre 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait admis le lien de causalité naturelle entre l'état

du poignet et l'accident, ce qui démontrait bien que l'algoneurodystrophie perdurait. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait en outre confirmé ce diagnostic en septembre 2023, de même que la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui avait attesté plusieurs limitations fonctionnelles. L'assurance-invalidité avait du reste reconnu l'invalidité de la recourante. Ces éléments confirmaient le caractère prématuré de la décision de l'intimée.

La recourante a produit les pièces suivantes :

- un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2023, indiquant que le diagnostic de CRPS de type I avait été retenu. Une activité exigeant en permanence la frappe sur un clavier semblait encore difficile. Le CRPS, bien qu'en très nette amélioration, rendait un pronostic difficile car son évolution était souvent longue et capricieuse ;
- un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 3 octobre 2023 concluant que le CRPS ne permettait pas à la recourante d'utiliser sa main droite lors de la frappe toute la journée, malgré les moyens auxiliaires mis en place ;
- un projet de décision de l'OAI du 30 octobre 2023, reconnaissant à la recourante le droit à une rente d'invalidité de 55%, fondée sur une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2022 ;
- un rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2023, diagnostiquant notamment un CRPS de type I et faisant état des limitations fonctionnelles suivantes : utilisation du clavier limitée une à deux heures par jour et motricité fine altérée. Une reprise de l'activité de comptable n'était pour l'heure pas envisageable, et l'évolution ne pouvait être prédite.

**d.** Dans sa duplique du 29 novembre 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu que les signes d'algoneurodystrophie avaient disparu lors de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. Le Dr G\_\_\_\_\_ n'indiquait pas qu'il retenait encore le CRPS dans son rapport du 12 septembre 2023 et ne discutait pas les critères diagnostiques de cette atteinte. Il n'affirmait pas qu'il existerait un substrat anatomique aux douleurs. Les restrictions relatées par la Dresse I\_\_\_\_\_ n'étaient en réalité que les limitations subjectives de la recourante. Quant à l'avis du SMR, il se fondait sur celui du Dr G\_\_\_\_\_, soit sur une algoneurodystrophie qui ne pouvait être retenue.

**e.** Dans une écriture spontanée du 12 décembre 2023, la recourante a repris ses précédents arguments.

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.
4. Le litige tel que circonscrit par la décision querellée porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières au-delà du 28 février 2023 et à la prise en charge du traitement médical au-delà du 4 avril 2023.
5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident.

**5.1** En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

**5.2** Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

**5.3** Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

**5.4** Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener ce traitement ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). La prescription d'antalgiques n'exclut pas non plus la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

- 6.** Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

**6.1** Si un 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 maladif antérieur 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 du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). Dans un tel cas, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été

causé ou aggravé par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2).

**6.2** L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient ainsi à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque sa suppression. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). Aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2).

7. Le CRPS est une pathologie neurologique, orthopédique et traumatologique et relève d'un trouble organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_232/2012 du 27 septembre 2012 consid. 5.3.1).

**7.1** Le CRPS est un terme générique pour désigner les tableaux cliniques qui touchent les extrémités. Il se développe après un événement dommageable et entraîne chez la personne concernée des douleurs persistantes accompagnées de troubles du système nerveux végétatif, de la sensibilité et de la motricité. Le CRPS I (anciennement appelé syndrome de Sudeck ou dystrophie sympathique réflexe) est une maladie du membre qui survient sans lésion nerveuse définie après un traumatisme relativement mineur sans rapport avec le territoire d'innervation d'un nerf. Elle est divisée en trois stades : I, stade inflammatoire ; II, dystrophie ; III, atrophie (irréversible). Le CRPS II (anciennement appelé causalgie) se caractérise par des douleurs de type brûlures et des troubles du système nerveux sympathique résultant d'une lésion nerveuse périphérique définie. Les signes ou symptômes cliniques d'un CRPS sont des douleurs de type brûlures difficilement localisables (par exemple allodynie ou hyperalgésie), associées à des troubles sensitifs, moteurs et autonomes (entre autres œdèmes, troubles de la température et de la sécrétion sudorale, éventuellement troubles trophiques de la peau, modifications des ongles, augmentation locale de la croissance des poils). L'évolution peut se faire vers une résorption osseuse (déminéralisation), une ankylose ainsi qu'une perte fonctionnelle (arrêt du

---

Tribunal fédéral 8C\_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2). Ce sont les critères dits de Budapest qui fondent le diagnostic de CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_164/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 3). Les critères de Budapest sont les suivants : une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant ; le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie (a), vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement ou asymétrie de la coloration de la peau (b), sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement ou asymétrie de la sudation (c), motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau). Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire) (a) ; vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement ou asymétrie de coloration de la peau (b) ; sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation (c) ; motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) (let. d). De plus, aucun autre diagnostic ne doit mieux expliquer les signes et symptômes. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM) (arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud AA 133/18 - 14/2020 du 27 janvier 2020 consid. 5a/aa et la littérature médicale citée).

7.2 Selon la pratique, il n'est pas nécessaire que le diagnostic de CRPS ait déjà été posé par les médecins dans les six à huit mois suivant l'accident pour qu'il soit considéré comme accidentel (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_714/2016 du 16 décembre 2016 consid. 4.1 et 8C\_177/2016 du 22 juin 2016 consid. 4.3). Ce qui est déterminant pour admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident et le CRPS c'est que des résultats médicaux recueillis en temps réel révèlent que l'assuré a présenté au moins une partie des symptômes typiques d'un CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_411/2017 du 17 juillet 2018 consid. 3.3.1, 8C\_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5). Un CRPS peut également être admis comme étant la conséquence d'un accident lorsqu'il survient dans ce délai non pas après l'accident même, mais après une intervention chirurgicale nécessaire pour traiter les suites de cet accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1).

8. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

**8.1** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

**8.2** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**8.3** S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

- 9.** L'intimée s'étant fondée sur l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ pour mettre un terme aux prestations pour accident, il convient d'examiner si celle-ci peut être suivie.

Au plan formel, ce rapport contient tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. Sur le fond, on relève néanmoins une certaine contradiction dans le fait que ce médecin exclut toute séquelle objectivable de l'accident, tout en admettant à la date de l'expertise que cet événement entraîne encore des effets et justifie une incapacité de travail dans l'activité habituelle. On s'étonne également que le Dr F\_\_\_\_\_ évoque une disparition presque complète des limitations fonctionnelles, alors qu'il indique simultanément que la recourante se sert beaucoup de sa main gauche, et qu'elle ne peut utiliser un clavier ou un stylo que durant de très brèves périodes. Enfin, si l'expert ne rapporte aucun signe clinique d'algoneurodystrophie, il semble néanmoins admettre que cette pathologie persiste dans une certaine mesure, puisqu'il ne la qualifie pas de guérie, mais d'atteinte au décours.

On rappellera à ce sujet que l'algoneurodystrophie a été diagnostiquée par plusieurs médecins, dont le rhumatologue et le neurologue, et la scintigraphie réalisée corrobore ce diagnostic. Le Dr E\_\_\_\_\_ ne l'a pas non plus remise en question. Il faut également relever qu'au plan temporel, son apparition dans les quelques semaines qui ont suivi l'intervention permet d'établir un lien de causalité avec celle-ci, et partant avec l'accident dont répond l'intimée.

Par ailleurs, contrairement à ce que soutient l'intimée, le Dr G\_\_\_\_\_ a bien noté, lors de sa consultation du 22 août 2022 – soit postérieurement à l'examen du Dr F\_\_\_\_\_ – des critères diagnostiques du CRPS, puisqu'il a notamment constaté une différence de température entre les deux mains et un œdème. La recourante signalait également à cette date une sensation d'engourdissement dans les doigts. Il n'existe aucun motif pour remettre en cause la réalité des observations cliniques ainsi rapportées. Partant, on doit admettre que cette atteinte a persisté après l'expertise, et on ne peut ainsi exclure qu'elle ait eu une incidence sur la capacité de travail de la recourante.

De plus, comme le souligne à juste titre la recourante, le Dr F\_\_\_\_\_ a en réalité émis un simple pronostic quant à la reprise du travail, fondé sur la prémisse que l'évolution favorable observée depuis début 2022 se poursuivrait et que les effets de l'accident s'estomperaient à la fin de l'année 2022. Or, une telle conjecture ne suffit pas à fonder au degré de la vraisemblance prépondérante l'exigibilité d'une reprise du travail dans le futur ou la guérison complète future d'une atteinte, en l'absence de tout élément concret confirmant ces points aux dates pronostiquées. On peut dans ce cadre rappeler le principe selon lequel la date à laquelle une atteinte accidentelle ne déploie plus d'effets ne peut être déterminée d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion, cela ne suffisant pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité en l'absence d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C\_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5), applicable par analogie. En l'espèce, au vu des pièces versées à la procédure, force est de constater qu'aucun rapport

médical ne corrobore le pronostic du Dr F\_\_\_\_\_, et que l'hypothèse envisagée par cet expert ne s'est pas réalisée. En effet, le Dr G\_\_\_\_\_ a encore confirmé la persistance du CRPS dans son rapport du 12 septembre 2023, contrairement à ce que soutient l'intimée, puisqu'il y indique que malgré la nette amélioration, cette pathologie évolue encore. La Dresse I\_\_\_\_\_ a également posé le diagnostic de CRPS plus d'une année après le rapport du Dr F\_\_\_\_\_. Enfin, et bien que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'ait pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.1), et que le droit aux indemnités journalières soit subordonné non pas à une invalidité mais à une incapacité de travail, on ne saurait faire totalement abstraction du projet de décision de l'assurance-invalidité, qui se fonde sur des rapports médicaux plus récents que l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée n'était pas fondée à mettre un terme à ses prestations sur la base de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, insuffisante pour démontrer que l'accident ne déployait plus d'effets au 1<sup>er</sup> mars, respectivement au 5 avril 2023, et contredite par les observations médicales concrètes après cette date.

Sa décision doit ainsi être annulée. La cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans ce cadre, il lui appartiendra de recueillir de nouveaux renseignements auprès des médecins traitants de la recourante, puis de mettre en œuvre une nouvelle expertise si elle l'estime nécessaire, avant de statuer une nouvelle fois sur le droit aux prestations après le 1<sup>er</sup> mars 2023.

**10.** Le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA).

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 19 juin 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'000.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le