RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2188/2021 **ATAS/766/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 août 2022

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée chemin _____, LE GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL	recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1972, travaille depuis 2004 à temps complet en qualité de directrice de B_____, entreprise active dans le domaine du bâtiment dont elle est l'unique administratrice. À ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 30 novembre 2017, l'assurée a glissé sur une grille métallique et s'est tapée la main gauche en voulant se rattraper. Elle a subi une fracture du 5ème métacarpien, dont l'évolution a été marquée par une importante algoneurodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe [ci-après : SDRC]).

c. En incapacité totale de travail depuis le sinistre, elle a repris son activité à 10 % dès le 19 février 2018, puis à 20 % dès le 1er octobre 2018, 30 % dès le 18 février 2019, 40 % dès le 7 mai 2019 et 50 % dès le 30 septembre 2019.

d. À la suite d'un examen de l'assurée le 26 septembre 2019, le médecin-conseil de la SUVA, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu une capacité de travail de 60 % et préconisé une évaluation psychologique, dès lors que l'intéressée faisait état de fatigabilité et de troubles de la concentration.

e. Par décision du 2 octobre 2019, la SUVA a réduit les indemnités journalières à 40 % dès le 7 octobre 2019.

f. Le 30 octobre 2019, l'assurée a été examinée par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil de la SUVA, lequel n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique.

g. Sur demande de la SUVA, un bilan neuropsychologique a été réalisé aux mois de juillet et août 2020 par Madame E_____, psychologue FSP à l'Institut clinique de neurosciences. L'évaluation a mis en évidence une atteinte cognitive et comportementale touchant principalement les domaines attentionnels et exécutifs, et des signes d'une perturbation du schéma corporel ont été relevés à l'anamnèse. Ces difficultés cognitives étaient à mettre en lien avec le SDRC, consécutif à l'algodystrophie du membre supérieur gauche, provoquant une fatigabilité massive. Plusieurs propositions de prise en charge étaient évoquées, dont de la psychomotricité, la poursuite de l'ergothérapie et un accompagnement psychothérapeutique des douleurs et de la gestion de la fatigue.

h. Au mois de septembre 2020, la SUVA a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie. Celui-ci a conclu que le lien de causalité entre le SDRC et les troubles attentionnels et exécutifs était tout au plus possible, et que la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles devaient être appréciées sous l'angle de la chirurgie orthopédique.

i. Le 28 septembre 2020, le Dr C_____ a procédé à un examen final. Il a conclu que l'état de santé de l'assurée était stabilisé, en l'absence d'une modification de la symptomatologie depuis douze mois et d'une amélioration sensible au cours des différentes évaluations malgré les nombreux traitements. L'intéressée devait éviter les activités comprenant le port de charges de plus de 10 kg, l'utilisation d'outils lourds ou vibratoires, des travaux en l'air, une force de serrage avec la main gauche, l'usage des deux mains en simultané, le maintien en équilibre sur des échelles ou échafaudages, des tâches fines nécessitant une répétition dans la gestion des deux mains. L'assurée présentait une diminution de rendement dans son poste de directrice, à hauteur de 20 % pour le volet bureaucratique dans la mesure où l'utilisation des ordinateurs pouvait être difficile, de 10 % pour le volet de contrôle et gestion des travaux de chantiers en raison de l'incapacité de réaliser certaines activités. En revanche, le volet commercial était pleinement exigible. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière. Puisque l'évolution d'un SDRC était imprévisible et très variable, le caractère durable et important d'une atteinte à la santé n'était pas certain. Il proposait ainsi de procéder à une nouvelle évaluation dans un délai de trois ans, et la poursuite de deux séances d'ergothérapie par semaine durant six mois afin de maintenir la capacité totale de travail.

j. Par courrier du 29 octobre 2020, la SUVA a informé l'intéressée qu'elle mettrait fin à ses prestations au 31 janvier 2021, sous réserve de la prise en charge de deux séances d'ergothérapie par semaine jusqu'au 30 avril 2021, et qu'elle examinerait encore son droit à d'autres prestations.

B. **a.** Par décision du 4 mars 2021, la SUVA a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de 11 % dès le 1er février 2021 et indiqué que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité serait examiné dans trois ans.

b. Le 10 mars 2021, l'assurée a contesté que son état de santé soit stabilisé, dès lors qu'elle constatait une détérioration de celui-ci dès que le traitement d'ergothérapie était interrompu, qu'elle était toujours en incapacité partielle de travail et qu'elle n'avait pas pu reprendre son activité habituelle.

c. Le 15 avril 2021, la SUVA a reçu un rapport du 12 avril 2021 de Madame G_____, ergothérapeute et rééducatrice de la main.

d. Par décision sur opposition du 28 mai 2021, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 4 mars 2021. Elle a rappelé que seuls les troubles orthopédiques devaient être pris en considération, les troubles attentionnels, exécutifs et le SDRC n'étant pas en relation de causalité naturelle. De façon plus générale, les troubles de la sphère psychique ne pouvaient de toute façon pas être pris en considération, le rapport de causalité adéquate devant d'emblée être nié. Aucune pièce médicale ne faisait état d'un traitement pouvant améliorer sensiblement la capacité de travail, de sorte que les conclusions de son médecin-conseil, selon lesquelles l'état de santé était stabilisé, emportaient

conviction. La fin du service des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical devait ainsi être confirmée, de même que le passage à l'examen du droit à une rente. Concernant l'évaluation du degré d'invalidité selon la méthode extraordinaire, l'assurée avait précisément décrit son activité, composée de 25 % de tâches bureaucratiques, 25 % de tâches commerciales et 50 % de tâches de contrôle et de gestion des chantiers. Les revenus de ces différents volets devaient être établis sur la base des données statistiques puisque la gestion de l'entreprise ne générait pas de revenus directs et que la valeur des travaux ne pouvait pas être déterminée à partir des résultats d'exploitation. Le calcul du taux d'invalidité, soit 11 %, n'était pas critiquable.

C. **a.** Par acte du 28 juin 2021, l'assurée, par l'intermédiaire d'une avocate, a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après ; CJCAS) contre la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à son audition et à celle de son médecin traitant, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire orthopédique et neurologique. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à ce que l'intimée soit condamnée à reprendre le versement des prestations jusqu'à la stabilisation du cas. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % dès le 1er février 2021, au paiement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité dont le taux devrait être défini après expertise, et à la poursuite de la prise en charge des séances d'ergothérapie pendant une durée de deux ans à compter du 1er février 2021.

b. Dans sa réponse du 22 juillet 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par écriture du 20 septembre 2021, la recourante a maintenu ses conclusions, requérant en outre l'audition de son neurologue. Elle a joint un rapport du 6 août 2021 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et un rapport du 1er août 2021 du docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie.

d. Le 12 octobre 2021, l'intimée a également persisté et produit un avis du 5 octobre 2021 du Dr F_____.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le présent recours est recevable.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 28 mai 2021, par laquelle l'intimée a statué sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, considérant que l'état de santé de cette dernière était stabilisé.

5. Selon 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.

5.1 Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

5.1.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

5.1.2 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves 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 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

5.1.3 Dans un arrêt du 15 juillet 2020 (8C_416/2019), le Tribunal fédéral a rappelé que le SDRC a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (ci-après : IASP) et qu'il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L TURLAN/DR M. KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir :

1) douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial ;
2) au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes :
   a) sensoriel : le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie ;

b) vasomoteur : le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur ;

c) sudomoteur/œdème : le patient décrit un œdème et/ou une asymétrie de sudation ;

d) moteur/trophique : le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau) ;

3) au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :

a) sensoriel : confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie ;

b) vasomoteur : confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur ;

c) sudomoteur/œdème : confirmation d'un œdème et/ou asymétrie de sudation ;

d) moteur/trophique : confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau) ;

4) il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, Syndrome douloureux régional complexe : rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in Revue médicale suisse 2020, p. 886 ; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in Revue médicale suisse 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC ; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L TURLAN/DR M. KONZELMANN, op. cit., p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, op. cit., p. 885 ss).

5.1.4 Selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés :

a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;

b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) ;

c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69).

Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas déterminant que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident, Il est en revanche déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.3 et les références citées). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

5.2 Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Conformément à 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).

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

L'art. 19 al. 1 LAA précise que 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.

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité

de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

5.2.1 La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et les références).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » (art. 19 al. 1 LAA). Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera 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). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine ainsi en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs

stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus à exclure la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Dans le cas d'un assuré dont le chirurgien avait uniquement suggéré la poursuite d'un traitement symptomatique, antalgique et peut-être une physiothérapie, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents était fondé à considérer que l'état de santé était stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389, consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

5.2.2 Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), 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 importe 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, 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 d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 suffisants 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 et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346, consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinions entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

7. Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand elle n'a pas du tout instruit une question, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération 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 (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

8. En l'espèce, il est rappelé que l'intimée a reconnu l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement accidentel du 30 novembre 2017 et la fracture du 5ème métacarpien de la main gauche, compliquée par l'apparition d'un SDRC. Conformément aux conclusions du Dr C_____, elle a retenu qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état orthopédique de la recourante, dès le 31 janvier 2021.

Sur le plan neuropsychologique, elle a nié tout lien de causalité entre le SDRC et les troubles attentionnels et exécutifs, suivant l'appréciation du Dr F_____.

8.1 Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports des médecins-conseils de l'intimée.

8.2 Au niveau orthopédique, le Dr C_____ a posé, outre le status après la fracture du 5ème métacarpien gauche en décembre 2017, les diagnostics de SDRC du membre supérieur gauche (cf. rapport du 28 mai 2018), de SDRC en décours (cf. rapport du 3 juin 2019), de « syndrome douloureux du CRPS en décours, sans remplir les critères de Budapest » (cf. rapport du 27 septembre 2019), et de « status après » SDRC du membre supérieur gauche, « non évolutif et en stabilisation depuis 12 mois » (cf. rapport du 1er octobre 2020).

8.2.1 La chambre de céans constate tout d'abord que si l'existence du SDRC, diagnostiqué dès le mois de janvier 2018 (cf. ordonnance d'ergothérapie du 24 janvier 2018 du Dr H_____), n'est ni contestée, ni contestable, les appréciations du médecin-conseil quant au décours et à l'absence d'une évolution sensible du trouble ne sauraient en l'état être confirmées.

On relèvera notamment que lors de son premier examen, le Dr C_____ a admis l'existence d'un SDRC et relevé une différence nette entre les deux mains, avec à gauche une augmentation du diamètre des doigts qui étaient boudinés et une hypersudation nette. La mobilité était diminuée et la force faible (cf. rapport du 28 mai 2018).

Le décours retenu par ce médecin lors de sa deuxième auscultation est difficilement compréhensible puisqu'il a exposé qu'il n'y avait pas de modification majeure depuis son précédent examen. En outre, le décours ne semble pas correspondre aux constatations médicales et aux déclarations de la recourante. En effet, le médecin a noté une légère diminution de la mobilité de la main, des douleurs et un œdème, avec une augmentation globale du périmètre des doigts et de la main. L'intéressée relatait en outre une limitation fonctionnelle persistante la gênant dans sa vie quotidienne, et signalait une recrudescence des douleurs et un gonflement de la main avec l'arrivée de la chaleur (cf. rapport du 3 juin 2019). Ces éléments suggèrent donc plutôt une aggravation récente qu'un déclin de la maladie. On relèvera encore qu'entre les deux examens du Dr C_____, la recourante a séjourné du 8 août au 19 septembre 2018 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), où le diagnostic de SDRC a été confirmé sur la base des critères de Budapest (cf. rapport du 20 septembre 2019 [recte : 2018]), et que le médecin traitant n'a pas constaté de décours (cf. ordonnances pour l'ergothérapie des 1er avril, 15 mai et 14 juin 2019, rapports des 15 juin et 3 août 2019 du Dr H_____).

Lors de son examen du mois de septembre 2019, le Dr C_____ a maintenu le stade de « décours » et affirmé que les critères de Budapest n'étaient pas remplis, sans toutefois les passer en revue, ni même évoquer ceux qui feraient défaut (cf. rapport du 27 septembre 2019). Certes, le rapport du 3 septembre 2019 de la Clinique de la douleur mentionne également que lesdits critères n'étaient pas réunis, ce qui paraît de prime abord surprenant au vu du diagnostic retenu (« CRPS type I » sans mention aucune d'une rémission, même partielle), mais il semblerait que le trouble se soit aggravé après cette consultation. En effet, les médecins de la Clinique de la douleur ont indiqué que seuls des troubles moteurs avaient été constatés lors de leur examen, alors que celui du Dr C_____ réalisé quelques semaines plus tard a confirmé certains éléments des catégories « sensoriel » et « sudomoteur/œdème », puisque le médecin a mentionné une sensibilité conservée mais décrite comme « diminuée », une discrète hypersudation « bilatérale », « probablement un peu augmentée du côté G », des doigts « discrètement œdématiés ». On relèvera encore que la recourante a signalé

une alternance des phases froides et chaudes (cf. procès-verbal de l'entretien avec l'intimée du 21 mars 2019), ce qui ne ressort pas du rapport du médecin-conseil et expliquerait l'aggravation de l'atteinte entre les 3 et 27 septembre 2019. Dans ces circonstances, le diagnostic du Dr C_____, qui ne repose pas sur un examen médical approfondi et ne prend pas en considération les plaintes de la recourante, n'est pas fiable.

Enfin, dans son appréciation finale, le médecin-conseil a diagnostiqué un « status après » SDRC, « non évolutif et en stabilisation depuis 12 mois ». Il a indiqué qu'il n'y avait pas de modification sensible entre ses examens de septembre 2019 et septembre 2020 et conclu que le cas était stabilisé (cf. rapport du 1er octobre 2020). Ce rapport ne contient pas non plus une analyse des critères de Budapest, pourtant déterminants en cas de SDRC, de sorte que le diagnostic posé par le Dr C_____ ne saurait être considéré comme établi. En outre, aucune comparaison pertinente ne peut être effectuée entre les deux derniers examens du médecin-conseil, seul celui de 2020 ayant fait l'objet de constatations cliniques approfondies, avec notamment l'évaluation de la mobilité des poignets, l'enroulement des doigts, la force de préhension ou encore les mesures complètes de mobilité de tous les doigts, alors que les données retranscrites dans le rapport de septembre 2019 concernent uniquement les distances pulpe des doigts/paume de la main pour D3 à D5. Les conclusions du Dr C_____ ne sont ainsi pas vérifiables. De plus, les plaintes de la recourante n'ont été que peu rapportées par le médecin-conseil, et elles ressortent davantage des autres pièces du dossier. À titre d'exemples, l'intéressée a fait état d'une main par moment « flambante » avec une sensation de pics d'intensité de chaleur, « transpirante », de douleurs et de fourmillements (cf. procès-verbal de l'entretien avec l'intimée du 4 mars 2020), de douleurs accompagnées de fourmillements, de sensation de main chaude et moite (cf. rapport du 31 août 2020 de Mme E_____). Ces doléances n'ont même pas été citées par le médecin-conseil. Enfin, l'absence d'évolution du SDRC est contredite par le rapport du 4 septembre 2020 du Dr H_____, qui a indiqué que sa patiente relatait un bénéfice suite au traitement d'ergothérapie, notamment une main plus souple et moins douloureuse, et précisé qu'elle avait récemment « lâché le gant compressif » et qu'il la reverrait à un mois pour s'assurer de l'évolution favorable. À la même époque, dans son bilan du 16 septembre 2020, Mme G_____, ergothérapeute qui suit la recourante depuis le mois de février 2018, a mentionné le diagnostic d'algoneurodystrophie en décours, et noté de réels progrès quantifiables au niveau de la mobilité articulaire dans la flexion et l'extension des doigts, mais la persistance d'une raideur et de douleurs neurogènes entraînant une grande fatigabilité, des nausées et des céphalées lors de l'utilisation de la main gauche. Ces éléments permettent de douter de la fiabilité et de la pertinence des conclusions du Dr C_____ quant à l'absence d'une modification sensible de l'état de santé de la recourante entre ses examens des mois de septembre 2019 et septembre 2020.

Enfin, les rapports établis après le prononcé de la décision litigieuse mettent à mal la stabilisation de l'état de santé retenue par l'intimée puisque le Dr I_____ a attesté d'une progression, certes lente, grâce à la thérapie dont l'intéressée bénéficiait et qu'il était important de continuer (cf. rapport du 1er août 2021) et le Dr H_____ a indiqué que les troubles trophiques étaient en diminution (sudation et tuméfaction) et a constaté une amélioration de la force au niveau de la main gauche (cf. rapport du 6 août 2021).

8.2.2 La chambre de céans relèvera ensuite que le Dr C_____ n'a pas réellement examiné la question du traitement médical et qu'il s'est limité à rappeler le suivi de plusieurs séances d'ergothérapie par semaine « depuis de nombreuses années » et précisé que l'intéressée ne prenait que rarement des médicaments car ils n'apportaient pas d'amélioration sensible.

On ignore notamment si le traitement de physiothérapie en piscine prescrit à la sortie de la CRR (cf. rapport du 20 septembre 2019 [recte : 2018]) a été suivi, pour quelle raison l'hypnothérapie a été interrompue à la demande d'une médecin et si la stimulation magnétique transcranienne répétitive suggérée à la Clinque de la douleur (cf. rapport du 3 septembre 2019) a été concrètement proposée à la recourante. On rappellera également qu'une prise en charge en psychomotricité a été préconisée tant par Mme E_____ (cf. rapport du 31 août 2020) que Mme G_____ (cf. rapport du 16 septembre 2020).

8.2.3 Par conséquent, les rapports du Dr C_____ ne remplissent pas les critères jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante.

L'intimée ne pouvait donc pas retenir, sur la base desdits documents, qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante et mettre ainsi un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement, et statuer sur son droit à la rente.

8.3 Au niveau neurologique, la chambre de céans rappellera que le bilan neuropsychologique mis en œuvre par l'intimée en été 2020 a confirmé les troubles dont se plaignait la recourante. À titre d'exemples, l'évaluatrice a constaté que la patiente était fatiguée et fatigable, surtout lorsque les rendez-vous se déroulaient l'après-midi, qu'elle était cliniquement ralentie. Elle a observé une extrême lenteur durant les tests de calcul, avec la perte de la procédure à la soustraction, une fluctuation des temps de réponse, avec un nombre d'erreurs et d'omissions significativement élevé lors des tests de mémoire du travail, une certaine désorganisation dans les épreuves d'incitation, avec des sauts de case et un nombre sévère de répétitions, ou encore un manque de structure et un ralentissement lors des tâches de planification. Les tests ont également révélé un rendement faible en attention sélective, des temps de réaction ralentis en attention divisée, et des difficultés en attention soutenue et vigilance, avec un taux élevé d'omissions et de réponses incorrectes. La psychologue a ainsi conclu à des

difficultés attentionnelles modérées, notamment au niveau cognitif (ralentissement dans plusieurs épreuves chronométrées, difficultés au niveau de l'attention sélective en modalité visuelle, de l'attention divisée et soutenue) et au niveau comportemental (ralentissement cliniquement observable, importante fatigabilité et survenue de céphalées), un dysfonctionnement exécutif modéré, caractérisé, au niveau cognitif (difficultés en mémoire de travail, difficultés d'inhibition [persévérations, ralentissements], de flexibilité et de planification [désorganisation]), associées à des difficultés de calcul écrit, ainsi que des signes de perturbations du schéma corporel relevés à l'anamnèse, marqués par une dissociation de la main gauche du reste du corps. Selon elle, ces difficultés cognitives étaient à mettre en lien avec le SDRC. Elle a signalé un risque d'épuisement à long terme et évoqué plusieurs propositions de prise en charge, dont de la psychomotricité, la poursuite de l'ergothérapie et un accompagnement psychothérapeutique des douleurs et de la gestion de la fatigue (cf. rapport du 31 août 2020 de Mme E_____).

8.3.1 Dans son avis du 15 septembre 2020, le médecin-conseil de l'intimée a relevé que la performance aux tests neuropsychologiques était le résultat de tous les facteurs réagissant sur le cerveau au moment du test, tels que la vigilance, la formation, l'âge, l'expérience, la condition médicale, les effets médicamenteux, la motivation et l'angoisse. Les résultats étaient essentiellement non spécifiques, et un bilan neuropsychologique était donc utile pour déterminer le niveau de fonctionnement cognitif et la gravité d'une éventuelle pathologie, mais ne permettait pas d'établir la cause d'un dysfonctionnement. Le Dr F_____ a conclu que le lien de causalité entre le SDRC et les troubles attentionnels et exécutifs était tout au plus possible, et que la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles devaient être appréciées sous l'angle de la chirurgie orthopédique.

Cette appréciation ne contient pas la moindre motivation quant au lien de causalité naturelle entre le SDRC et les troubles objectivement mis en évidence dans le bilan effectué à la demande de l'intimée. Aucune valeur probante ne saurait donc lui être reconnue. De plus, il est pour le moins surprenant que le Dr F_____ ait considéré que le bilan neuropsychologique ne permettait pas d'établir la cause des troubles, sans pour autant suggérer d'autres pistes, ce d'autant plus que la recourante n'avait alors pas encore consulté de neurologue. Compte tenu de l'atteinte dont elle souffre et des plaintes émises, un examen neurologique personnel paraissait nécessaire.

8.3.2 Enfin, le rapport du 1er août 2021 du Dr I_____ peut être pris en considération dès lors que son bilan du 29 juillet 2021, certes postérieur à la décision litigieuse, fait état de plusieurs troubles dont la recourante se plaignait déjà en 2019. À l'issue de son examen, ce spécialiste a conclu que la présentation clinique était compatible avec l'atteinte périphérique de la main, ainsi qu'avec les conséquences que cette pathologie entraînait sur le plan du fonctionnement cérébral. En effet, les troubles de la concentration, la fatigue et la fatigabilité, de

même que les difficultés de perception des espaces et en particulier de l'hémi-espace gauche étaient directement associés à la pathologie de base.

À la demande de l'intimée, le Dr F_____ a rendu un nouvel avis le 5 octobre 2021, dans lequel il a indiqué que le rapport du Dr I_____ ne permettait pas de modifier ses précédentes conclusions. En substance, le médecin-conseil a remis en cause l'existence d'une perturbation du schéma corporel gauche, une héminégligence gauche ou une exclusion du membre supérieur gauche. Les explications sommaires du médecin-conseil ne permettent à l'évidence pas d'écarter l'appréciation du Dr I_____, dont les conclusions s'opposent à la première évaluation du Dr F_____.

9. Par conséquent, force est de constater qu'une instruction complémentaire s'impose afin de déterminer, d'une part, si les troubles neuropsychologiques dont souffre la recourante sont en rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré et, d'autre part, si une amélioration sensible des troubles consécutifs au sinistre peut être attendue grâce à un traitement médical.

Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA. Il n'appartient en effet pas à la chambre de céans d'ordonner elle-même une expertise judiciaire, dès lors que l'intimée s'est écartée des conclusions du bilan neuropsychologique qu'elle a elle-même sollicité, sur la seule base d'un avis sur pièces dépourvu de toute motivation.

10. Eu égard à tout ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition du 28 mai 2021 et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

La recourante, assistée d'une mandataire et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens, que la chambre de céans fixe à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 28 mai 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
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
Marie NIERMARÉCHAL	Fabienne MICHON RIEBEN

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