REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2530/2004 **ATAS/957/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 19 octobre 2006

En la cause

Madame M_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc BELLON	recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente,
Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Le 29 juin 2002, Madame M_____, née en 1952, nettoyeuse à temps partiel auprès de l'entreprise de nettoyage X_____SA, s'est coincé l'index droit dans une porte. Elle a ainsi subi une fracture ouverte de la base de la seconde phalange, qui a nécessité une réduction par parage et embrochage. L'intéressée est en incapacité de travail depuis ce jour.

2. L'accident a été déclaré à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), assurance-accidents pour les accidents professionnels et non professionnels, le 3 juillet 2002, qui a pris en charge le cas.

3. L'intéressée s'est plainte par la suite de douleurs à l'épaule droite. Une échographie de la coiffe des rotateurs a mis en évidence une petite inflammation de 1mm d'épaisseur de la bourse sous-acromo-deltoïdienne entrant dans le cadre d'un conflit sous acromial encore modéré. Une infiltration a été pratiquée dans l'espace sous-acromial. Aucun argument en faveur d'une déchirure de la coiffe n'a été décelé.

4. Le 5 décembre 2002, une scintigraphie osseuse partielle a été pratiquée. Les Drs A_____, chef de clinique, et B_____, interniste, ont conclu à l'absence d'arguments typiques pour une algoneurodystrophie du membre droit supérieur, sans toutefois l'exclure formellement, en raison d'une asymétrie diffuse de captation en faveur de la main droite.

5. Le 29 janvier 2003, le Dr C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a constaté une déviation de l'axe cubital au niveau de l'index, une réduction de la mobilité en flexion au niveau d'interphalange proximale (abv. IPP) et une interphalange distale (abv. IPD) raide, une réduction de la mobilité de l'épaule limitée à 90° en abduction/antépulsion, réduite en rotation interne. Il a noté que l'incapacité de travail restait justifiée et proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion.

6. Ce séjour s'est déroulé du 4 au 26 février 2003. Une limitation fonctionnelle de l'index droit a été relevée dans le contexte d'un défaut d'axe de l'IPP et d'une arthrose de l'IPP et de l'IPD de l'index post-traumatique. La main droite présentait un discret œdème. Selon le consilium de chirurgie de la main, l'index et la main droite ne montraient aucun signe en faveur d'une dystrophie. Si les autres doigts pouvaient se fermer sur la paume, l'index présentait une distance pulpe-main de 5 cm. Le rapport de physiothérapie a retenu, en mobilisation active, une pince-index correcte mais sans appui. Les douleurs constatées étaient en lien avec l'index droit et l'épaule droite. Pour celle-ci, ont été mis en évidence une petite calcification sous-acromiale à droite, des signes en faveur d'une tendinopathie du sus-épineux avec petite déchirure non transfixiante intra-tendineuse. Aucun signe de capsulite

rétractile ou d'autre atteinte tendineuse n'était présent. Le bilan biologique n'a pas montré de syndrome inflammatoire. A la sortie, la mobilité de l'épaule, et dans une moindre mesure de l'index, était améliorée, mais le déficit d'intégration du membre supérieur droit (abv. MSD) restait marqué. Les médecins n'ont pas proposé d'intervention chirurgicale, ni pour l'index, ni pour l'épaule. La patiente présentait selon eux une limitation pour le port de charges lourdes et pour les travaux avec les mains au niveau des épaules. Une reprise progressive de l'activité professionnelle a été préconisée, avec une capacité de travail de 50%, selon des modalités à définir, ceci afin d'éviter que la situation ne se chronicise, car la patiente présentait un risque marqué d'invalidation.

7. La recourante n'a cependant pas repris le travail et a consulté le département de chirurgie des (ci-après : les "établissement hospitalier") le 4 avril 2003. Les Drs D_____, médecin-adjoint, et E_____, chef de clinique adjoint, ont constaté, au niveau de l'index, l'absence de signes d'algoneurodystrophie, une épargne du membre supérieur droit, de l'index en priorité. Les amplitudes articulaires étaient conservées passivement, mais diminuées activement. Malgré les traitements suivis à la Clinique romande de réadaptation, ils ont constaté la persistance de la symptomatologie douloureuse localisée au niveau de l'index et de l'épaule. Les médecins n'ont pas retenu d'indication opératoire, tout en se réservant de rediscuter l'indication d'une ostéotomie correctrice de la phalange moyenne.

8. L'assurée a été à nouveau vue par le Dr C_____ en date du 14 avril 2003. Il a constaté une limitation de la mobilité au niveau de l'index, l'absence de tuméfaction, une réduction de la mobilité de l'épaule partiellement améliorée au niveau de l'abduction/antépulsion. Il n'a vu aucune indication à l'amputation de l'index - crainte exprimée par l'assurée suite aux indications qu'elle aurait reçues aux "établissement hospitalier" - et a proposé un second avis chirurgical.

9. Le 5 juin 2003, l'assurée a alors consulté le Dr F_____, chirurgien de la main. Selon lui, elle présentait des séquelles algodystrophiques, une raideur et des douleurs dans l'épaule droite, un enroulement limité de la main en raison des douleurs. Il ne lui a pas semblé que la déviation axiale de l'index était au premier plan. Il a relevé une attitude théâtrale de la patiente avec vraisemblablement une exagération de ses plaintes. Il a proposé un traitement conservateur et, compte tenu des signes algodystrophiques, a estimé une intervention chirurgicale dangereuse.

10. Le médecin traitant de l'assurée, le Dr G_____, a établi deux rapports intermédiaires les 25 août et 31 octobre 2003 à destination de la SUVA. Il a relevé une irréductibilité en flexion de P2 sur P3 de l'index droit, et une flexion de 40% de P2 sur P1. Les flexions métacarpo-phalangiennes étaient normales, de même que les amplitudes du poignet droit. En ce qui concerne l'épaule, il a retenu, dans le premier rapport, un début de douleurs avec des amplitudes correctes et, dans le second, une obligation active douloureuse au dessus de 90° en abduction avec une

antépulsion de l'épaule de 80° et des rotations globalement diminuées. Il a relevé l'absence d'argument en faveur d'une algoneurodystrophie, selon la scintigraphie du 5 décembre 2002. A la question d'une crainte concernant un dommage permanent, il a précisé "essentiellement au niveau de la main par des séquelles de l'index de la main droite".

11. Le 5 décembre 2003, le Dr C_____ a établi le rapport médical final à la demande de la SUVA. Selon lui, l'état de l'assurée était stabilisé, avec, pour l'index, une déviation cubitale et une réduction partielle de la mobilité sans indication opératoire à une correction ou amputation et, pour l'épaule, une tendinopathie sans signe de capsulite. Il a estimé inutile la poursuite d'un traitement régulier tant pour l'épaule que pour l'index, reconnaissant pour ce dernier une atteinte à l'intégrité compte tenu de la déviation d'axe et du défaut de mobilité. Il a considéré que la capacité de travail à temps partiel de l'assurée était conservée.

12. Par décision du 16 décembre 2003, la SUVA a alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% correspondant à 5'340 fr., considérant, en suivant l'avis de son médecin-conseil, que l'assurée était apte à reprendre son activité professionnelle sans que soit nécessaire un traitement pour les suites de l'accident.

13. Le Dr EGLOFF, chirurgien de la main consulté par l'assurée pour un deuxième avis, a fait parvenir à la SUVA une lettre du 17 décembre 2004, dans laquelle il conclut à un syndrome épaule-main. Il fait état, hormis la tuméfaction de la face dorsale de la main droite et une mobilité réduite pour l'index droit, d'une arthrose IPD au niveau de l'index droit.

14. L'assurée a formé opposition à la décision de la SUVA le 21 janvier 2004.

15. Le 19 février 2004, l'assurée a subi un examen vasculaire des membres supérieurs, duquel il ressort qu'il n'y a pas de thrombose ni d'argument en faveur d'un syndrome du défilé thoracique. Pourrait être évoqué un syndrome épaule-main.

16. Un rapport du 8 mars 2004 du service de rééducation des "établissement hospitalier", visant l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, a retenu qu'après une courte période d'activité était apparue une enflure relativement importante du poignet. L'utilisation de la main droite était rendue difficile, la pince pouce-index était inexistante et l'exercice consistant en un nettoyage de mobilier était limité car la patiente ne pouvait lever son bras à hauteur d'épaule. Son rendement était si faible qu'il n'était pas quantifiable. Le technicien responsable a estimé qu'elle était incapable d'avoir une activité professionnelle et même d'assumer les tâches ménagères usuelles. Aucune amélioration à moyen terme n'était entrevue.

17. Par décision du 22 mars 2004, la SUVA a rendu une seconde décision confirmant qu'il était mis un terme au versement de l'indemnité journalière et à la prise en

charge des frais médicaux avec effet au 31 décembre 2003 au motif que l'assurée n'avait plus besoin de traitement et était apte à exercer son travail.

18. L'assurée a fait opposition à cette décision le 29 mars 2004, puis a complété son argumentation par écritures du 3 mai 2004. Elle allègue que l'œdème de sa main droite est inflammatoire et compatible avec une algodystrophie. Cette main serait ainsi partiellement impotente et conduirait à une atteinte de 20% (moitié du taux pour la perte totale d'une main). Elle conclut à ce que lui soit allouée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 21'360 fr.

19. Le 30 mars 2004, la caisse-maladie a également formé une opposition provisoire, qu'elle a retirée par courrier du 29 avril 2004.

20. La SUVA a requis un examen médical spécialisé. Le 10 août 2004, l'assurée a été examinée par le Dr H_____, de la division médicale de la SUVA de Lucerne. Cet expert a constaté que la séquelle de la fracture de l'index droit, sous forme d'un cal vicieux de la seconde phalange induisant une déviation cubitale et une limitation fonctionnelle, avait été unanimement appréciée par les différents médecins.

    Quant aux douleurs d'épaule et main droites développées par la patiente depuis l'accident, qui contribueraient à rendre impossible une reprise du travail, il a examiné en détail les différentes hypothèses posées, se référant à diverses études médicales. Selon lui, l'anesthésie pratiquée par bloc du plexus n'explique pas les douleurs ressenties par la patiente, dans la mesure où seuls 0,5% des patients décrivent encore la persistance de douleurs après deux ans et en outre, cela ne permet pas d'expliquer l'entrave fonctionnelle observée au niveau de l'épaule.

    Quant à la tendinopathie du sus-épineux associée à sa rupture (intra-tendineuse) partielle, mise en évidence lors de l'IRM du 6 février 2003, il n'est pas démontré qu'elle ait un impact clinique. Même si elle devait être partiellement à l'origine des troubles décrits, l'accident ne pourrait en être la cause, aucun document décrivant l'anamnèse ne suggérant un traumatisme direct ou indirect de l'épaule. Même en prenant en compte les circonstances de l'accident que la patiente lui a relaté lors de l'entretien, à savoir une chute en arrière avec heurt sur le moignon de l'épaule par avoir subi sa fracture, ces circonstances ne pouvaient engendrer une rupture de la coiffe des rotateurs. Il a relevé que l'origine traumatique d'une telle rupture, liée à des mécanismes lésionnels particuliers non réalisés en l'espèce, était par ailleurs très rare, la cause étant dans la plupart des cas une sénescence physiologique chez les personnes de plus de 50 ans.

    L'expert a enfin exclu des raideurs d'épaule, une capsulite rétractile ou une raideur bipolaire en regard de l'anamnèse et de l'arthro-IRM, car le remplissage de l'articulation à l'aide du liquide de contraste s'est opéré sans problème, le cul de sac inférieur et sous-scapulaire se sont opacifiés normalement et l'amplitude de la rotation externe, voire interne, s'est révélée normale lors de l'examen clinique.

Enfin, le Dr H_____ a exclu le syndrome "épaule-main", qui associe l'algodystrophie de la main et la capsulite rétractile de l'épaule. Non seulement, ce second diagnostic a pu être écarté chez l'assurée, mais les premiers symptômes liés à l'algodystrophie n'ont pas été observés chez elle, à l'exception de l'œdème, dont la persistance plus de deux ans après le traumatisme n'est pas compatible avec un œdème lié à cette pathologie, qui disparaît généralement après deux à trois mois. La scintigraphie pratiquée en décembre 2002 était selon lui sans intérêt, dans la mesure où l'examen clinique restait prioritaire. Il a mis en évidence, se fondant sur plusieurs études médicales, le manque de spécificité de la scintigraphie, diverses affections livrant par exemple une image scintigraphique similaire à celle de l'algodystrophie, comme une épargne du membre par exemple ou pseudodystrophie, retenue par les Drs E_____ et D_____. L'expert a retenu le diagnostic de "idiopathic arm pain" (douleurs du bras droit d'origine idiopathique) avec des signes d'épargne se manifestant par une enflure de la main et du poignet (pseudodystrophie), dont des facteurs psychologiques et sociologiques constituent une source décisive.

En conclusion, il a considéré que la seule atteinte à l'intégrité qui devait être prise en compte était l'atteinte post-traumatique de l'index, pour laquelle une comparaison avec état post-amputation des deux dernières phalanges de la SUVA était bienveillante. Le travail de nettoyage qu'avait exercé l'assurée était selon lui parfaitement compatible avec l'atteinte traumatique reconnue.

21. Le 28 septembre 2004, le représentant de l'assurée s'est déclaré prêt à négocier une solution transactionnelle portant sur le montant de l'indemnité.

22. Par décision sur opposition du 1er octobre 2004, la SUVA a rejeté les deux oppositions et précisé qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. Elle a considéré qu'aucun élément probant ne permettait de s'écarter des conclusions des Drs H_____ et C_____, dont les avis avaient fondé ses décisions d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et de cessation du versement des indemnités journalières.

23. Par écriture du 13 décembre 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut, préalablement, à l'audition de témoins destinée à prouver les faits allégués, et, principalement, sous suite de dépens, au paiement à compter du 1er janvier 2004 de l'indemnité journalière à concurrence de 1'224 fr. 50 par mois, ainsi qu'au paiement d'une indemnité de 21'360 fr. pour atteinte à l'intégrité. Elle soutient qu'elle apporte des indices concrets, résultant de recherches dans la littérature scientifique, qui permettent de douter du bien-fondé de l'appréciation émise par les médecins de la SUVA, plus précisément de l'interprétation faite par le Dr H_____ de la scintigraphie osseuse du 5 décembre 2002, interprétation qu'elle estime inexacte. Elle estime que le diagnostic de pseudodystophie posé par

le Dr H_____ doit être rejeté. Le contenu des indices sera examiné dans la mesure utile dans la partie en droit.

24. Dans sa réponse du 23 mars 2005, la SUVA conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision, relevant qu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr H_____, qui a, selon elle, pleine valeur probante.

25. Dans sa réplique du 18 avril 2005, l'assurée a persisté dans ses conclusions, arguant que différents médecins ont posé le diagnostic d'algodystophie sur la base des examens cliniques et que la scintigraphie osseuse du 5 décembre 2002 montre une hypercaptation qui permet d'exclure le diagnostic de pseudodystophie.

26. Dans sa duplique du 9 juin 2005, la SUVA a également persisté intégralement dans ses conclusions. Elle relève que le Dr F_____ ne pose pas un diagnostic d'algodystophie en tant que tel, mais évoque des séquelles algodystrophiques et des signes d'algodystophie. En ce qui concerne la tendinopathie du sus-épineux (épaule), elle considère qu'elle ne peut être prise en considération car la chute accidentelle ne peut être la cause d'une lésion traumatique de la coiffe.

27. Le 14 novembre 2005, la recourante s'est référée à une pièce de son dossier d'assurance-invalidité du 30 juillet 2003, émanant du Dr E_____, qui retient qu'une activité professionnelle ne pourra être exigée d'elle qu'une fois le problème d'agloneurodystrophie réglé. La recourante en déduit que ce médecin s'est rallié au diagnostic d'algodsystrophie retenu par le Dr F_____, ce que le Dr H_____ ignorait selon elle.

28. Par lettre du 22 novembre 2005, la SUVA a fait remarquer que le Dr E_____ ne remettait nullement en question ses constatations du 4 avril 2003.

29. Le 28 février 2006, la recourante a encore produit un rapport du Dr I_____, daté du 24 novembre 2005, médecin qu'elle a consulté de sa propre initiative. Copie a été transmise à l'intimée, de même qu'une lettre complémentaire du 3 février 2006.

    Selon l'examen clinique pratiqué par le Dr I_____, la recourante, malgré la tenue en extension complète de l'index, utilise assez correctement la pince pollicidigitale. Il n'est pas possible de dire si la légère déviation ulniaire de l'axe de l'index entraîne un ralentissement fonctionnel. Les trois autres doigts de la main sont en enroulement complet, mais il n'y a pas de macération cutanée sous-jacente, pas de grattage synovial ni de signe de doigt à ressaut. Il n'y a pas de tuméfaction. Aucun élément objectif, clinique ou scintigraphique ne permet de conclure à une algoneurodystrophie. Le médecin relève que l'évolution négative du cas n'est pas étonnante vu les circonstances conflictuelles entourant ce traumatisme. La position des doigts suggère fortement, selon le Dr I_____, une somatisation de type

psychoflexed hand ou clenched fist syndrome pour lequel une prise en charge psycho-thérapeutique est indiquée. Dans son courrier complémentaire, ce médecin précise qu'une algodystrophie ne peut être exclue formellement, mais même si elle n'a jamais été démontrée clairement par scintigraphie, il pourrait s'agir d'un "faux négatif". Il estime qu'en l'état, la patiente ne peut reprendre une activité de nettoyeuse.

30. Par lettre du 16 mars 2006, l'intimée a fait remarquer que c'était la première fois que des troubles psychiques étaient évoqués pour expliquer le pronostic assez sombre. Elle a cependant estimé qu'il n'était pas nécessaire d'instruire ce point, vu l'absence du lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'événement dommageable, et persisté dans ses conclusions.

31. Par lettre du 3 avril 2006, la recourante a encore une fois soutenu l'existence d'un tel lien de causalité adéquat. Elle a relevé que les conséquences psychiques de l'algodystrophie n'étaient pas rares.

32. Le 25 avril 2005, l'intimée a confirmé sa position.

33. Le 3 mai 2006, le Tribunal a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, notamment dans celui de l'assurance-accidents. Les règles de procédure

s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. En dérogation de l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois à compter de la décision sur opposition portant sur des prestations d'assurance-accidents (art. 106 LAA). Interjeté le 13 décembre 2004 contre une décision sur opposition du 1er octobre 2004, dans la forme requise par l'art. 56 LPGA, le présent recours est recevable.

5. Sur le plan du droit matériel, l'art. 82 LPGA prévoit que les dispositions de la LPGA ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrée en vigueur (art. 82 al. 1 LPGA). En outre, selon la jurisprudence, s'applique le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   La LPGA est applicable au cas d'espèce, dans la mesure où la décision sur opposition litigieuse date du 1er octobre 2004 et concerne la cessation de prestations postérieure au 31 décembre 2003 et la fixation de l'indemnité après stabilisation de l'état de santé en 2003, objets du litige.

6. L'objet du litige porte d'une part sur la fixation du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'autre part sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2003.

7. L'indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité est due, en application de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale. L'indemnité est fixée, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA). L'indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2), à savoir pour la perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt, un montant correspondant à 5% du gain assuré, pour la perte totale d'un pouce, 20 %, pour la perte totale de la main, 40%. Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte.

8. Selon une jurisprudence constante, le juge 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). 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 la référence). 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; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

9. 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. A 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. 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 352 ss consid. 3).

   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 soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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.

10. Dans le cas d'espèce, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr H_____, sur laquelle s'est fondée l'intimée pour confirmer ses décisions sur opposition. La divergence se concentre principalement sur le diagnostic de pseudodystrophie de la main et du poignet (enflure), retenu par l'expert, en lieu et place d'une algodystrophie ou algoneurodystrophie, selon la recourante qui soutient que la scintigraphie osseuse du 5 décembre 2002 aurait été mal interprétée par l'expert. Or, si une algodystrophie, syndrome douloureux articulaire dû à une perturbation neuro-végétative, a pour cause locale un traumatisme même sans

importance, tel n'est pas le cas d'une pseudodystrophie, forme particulière de dystrophie de non-usage, dont la source est une situation de stress ou de conflit plus ou moins ancrée.

L'expertise du Dr H_____ se fonde sur des anamnèses fouillées, un examen clinique précis, prend en compte les plaintes de la recourante et repose sur les documents d'imagerie les plus importants, notamment la scintigraphie osseuse du 5 décembre 2002, sans compter des références étendues à la littérature médicale. Non contradictoire, conforme aux exigences de la jurisprudence en la matière, elle a pleine valeur probante.

Le diagnostic d'algodystrophie n'a pas été retenu par l'expert qui a indiqué que les premiers symptômes liés à cette affection n'ont pas été observés chez la recourante, à l'exception de l'œdème, dont la persistance plus de deux ans après le traumatisme n'est pas compatible avec un œdème lié à une algodystrophie, qui disparaît généralement après deux à trois mois. Le fait que la scintigraphie osseuse de décembre 2002 confirme cette exclusion reste un élément toutefois secondaire dans son appréciation, dans la mesure où plusieurs études médicales ont mis en évidence le manque de spécificité de la scintigraphie, diverses affections livrant par exemple une image scintigraphique similaire à celle de l'algodystrophie.

L'absence d'algodystrophie est par ailleurs confirmée par d'autres médecins : les Drs A_____ et B_____, en décembre 2002, Drs D_____ et E_____, en avril 2003 et le Dr G_____, médecin-traitant de la recourante, en octobre 2003, puis le Dr I_____, en novembre 2005, relèvent tous l'absence d'argument en faveur d'une algoneurodystrophie, notamment en regard de la scintigraphie osseuse. Les Drs A_____ et B_____ ne l'excluent toutefois pas formellement vu une asymétrie diffuse de captation en faveur de la main droite, avis partagé également par le Dr I_____.

Ni l'avis du Dr F_____, en juin 2003 - qui retient des "signes algodystrophiques", tout en relevant l'attitude théâtrale de la patiente avec vraisemblablement une exagération de ses plaintes -, ni les termes de la lettre du Dr E_____ du 30 juillet 2003 dans le cadre de l'assurance-invalidité - qui indique que le problème d'algoneurodystrophie doit être réglé avant une reprise professionnelle - ne suffisent à conclure à une algodystrophie. Il ne s'agit en effet pas là de véritables diagnostics et ces évocations, non motivées, ne suffisent pas à invalider le diagnostic de l'expert. Il en va de même des nombreuses citations du conseil de la recourante empruntées à la littérature médicale.

En ce qui concerne les douleurs et limitations du bras et de l'épaule, le Dr H_____ a posé le diagnostic d'"idiopathic arm pain", se rapportant à des douleurs du bras sans cause identifiable et qui peuvent provoquer néanmoins un handicap important. Les facteurs décisifs sont psychologiques et sociologiques.

L'expert a préalablement vérifié différentes hypothèses qui auraient pu expliquer au niveau physique les douleurs épaule-bras-main et l'entrave fonctionnelle au niveau de l'épaule, en s'appuyant sur des recherches précises et des investigations suffisantes. Il a ainsi écarté les conséquences possibles de l'anesthésie, la tendinopathie du sus-épineux associée à sa rupture (intra-tendineuse) partielle et les diagnostics de raideurs d'épaule, de capsulite rétractile ou de raideur bipolaire en regard de l'anamnèse et de l'arthro-IRM. Aucun indice ressortant de la procédure ne permet de mettre en doute ces conclusions, dûment étayées.

11. Les diagnostics de pseudodystrophie et d'idiopathic arm pain retenus par l'expert comprennent une composante psychique. Or, selon la jurisprudence relative à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 123 V 102 consid. 3b et les références), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 139 consid. 6, 408 consid. 5). Dans ce dernier cas, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5).

    In casu, l'accident subi par la recourante doit être classé parmi les accidents de peu de gravité. La fracture du pouce n'est pas une lésion grave et les circonstances de l'accident ne revêtaient pas un caractère dramatique. En application de la jurisprudence, la causalité adéquate doit ainsi être niée entre cet accident et les conséquences psychiques mises en évidence au travers des diagnostics.

    Pour cette même raison, le rapport du Dr I_____ de novembre 2005 suggérant une somatisation de type psychoflexed hand ou chlenched fist syndrom, pièce nouvelle déposée par la recourante, n'est pas de nature à modifier cette appréciation. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2003.

12. Doivent encore être examinées les conséquences de la fracture de l'index sous l'angle de l'atteinte à l'intégrité, voire celui de la capacité de travail de la recourante.

    En ce qui concerne l'indemnité journalière, l'art. 16 LAA prévoit que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à

une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré a droit à une indemnité correspondante de l'assurance-invalidité (al. 3). Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

L'intimée a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour la séquelle résultant de la fracture de l'index droit en comparant cette atteinte à un état post-amputation des deux dernières phalanges (5%). La recourante soutient que cette atteinte a eu des conséquences sérieuses sur l'utilisation de sa main droite et estime que le montant de l'indemnité devrait correspondre à la moitié de celle prévue pour la perte totale d'une main (20%).

Hormis la consolidation de la fracture de l'index droit avec cal vicieux en déviation ulnaire de 30°, voire une arthrose post-traumatique de l'interphalange proximale, les radiographies n'ont pas mis en évidence d'autres pathologies au niveau de la main droite. Cette lésion de l'index entraîne une limitation de la mobilité de l'index droit. En 2003, la distance pulpe-paume de l'index était de 5 cm, les autres doigts pouvant se fermer sur la paume. Une mobilité active complète de la métacarpo-phalangienne était obtenue après exercices (rapport de la Clinique romande de réadaptation de 2003). Il ressort de l'expertise du Dr H_____, d'août 2004, que la recourante maintenait son index droit levé pendant l'examen, mais qu'elle l'avait fléchi dans un contexte spontané, les trois autres doigts de la main droite rejoignant le pli palmaire primaire. Il estimait en conséquence que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité par l'intimée était bienveillante. Aucun élément du dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation de l'expert sur le degré de mobilité de l'index et de la main de la recourante, cohérente en regard du rapport de la Clinique précitée. Cette appréciation a été correctement prise en considération par l'intimée, qui a comparé la lésion de l'index à une amputation de deux phalanges de ce doigt. C'est aussi à juste titre que l'intimée a estimé que le travail de nettoyage qu'exerçait l'assurée est en conséquence parfaitement compatible avec l'atteinte traumatique reconnue. Le fait qu'en raison d'aspects psychiques, la mobilité de la main connaisse une limitation plus importante depuis lors ne saurait entrer en considération, pour les motifs précédemment exposés.

Par conséquence, le Tribunal ne reviendra pas sur l'appréciation bienveillante faite par l'intimée dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en ce qu'elle a pris comme comparaison l'amputation de deux phalanges de l'index (5%), ni sur sa

décision de cesser le versement des indemnités journalières au 31 décembre 2003. Le recours sera ainsi rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dis que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La Présidente :

Janine BOFFI — Karine STECK

La secrétaire-juriste : Sandrine TORNARE

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