

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/999/2025

ATAS/1048/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA

intimée

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée) travaillait auprès de B_____ et était, à ce titre, affiliée obligatoirement contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur-accidents), lorsque, le 6 juin 2023, elle a été victime d'un accident décrit en ces termes : « ... J'ai voulu prendre une frite pour compléter ma commande, je tenais le sac avec ma main droite et sur ma main gauche m'est tombé la grille des frites situé juste en dessous des lampes chauffantes. La grille a du rester une quarante de seconde sur ma main. La grille a laissé une belle trace de brûlure. Achat d'une attelle 54 euros car elle avait trop mal » (sic ; cf. déclaration d'accident-bagatelle du 20 juin 2023).
- b.** Le 20 juin 2023, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 20 au 27 juin 2023, prolongée par certificat du 26 juin 2023 jusqu'au 30 juin 2023.
- c.** Une échographie du bras gauche pratiquée le 22 juin 2023 par la docteure D_____ a montré l'absence d'anomalie des espaces cellululo-graisseux, de collection liquidienne, d'hématome sous-cutané, de signe d'épanchement au niveau des poignets et a conclu à une éventuelle tendinite de surcharge infraradiologique, avec absence de signe inflammatoire majeur (pce 49 assurance).
- d.** Du 1^{er} au 6 juillet 2023, l'assurée a travaillé.
- e.** Le 6 juillet 2023, le docteur E_____, du centre médico-chirurgical F_____ SA, a attesté d'une incapacité de travail totale du 7 juillet au 13 août 2023, prolongée par certificat du 23 août 2023 jusqu'au 31 août 2023.
- f.** Par certificat du 18 septembre 2023, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a attesté d'une totale incapacité de travail du 18 septembre au 18 octobre 2023.
- g.** Par courriel du 4 octobre 2023, le responsable des ressources humaines de l'employeur de l'assurée a sollicité de l'assurance qu'un examen de l'intéressée par le médecin-conseil soit mis sur pied pour « vérifier son état de santé ».
- h.** Le 31 octobre 2023, le Dr G_____ a attesté d'une incapacité totale de travail du 31 octobre au 30 novembre 2023.
- i.** Interrogée sur les circonstances de l'accident, l'assurée, dans un questionnaire rempli le 3 janvier 2024, a répété que la grille fixée au-dessus de la friteuse était subitement tombée sur son poignet, lequel était « resté bloqué » durant plusieurs secondes avant que quelqu'un ne vienne l'aider à retirer la grille, brûlante et lourde.

j. Dans un rapport du 12 avril 2024, le Dr G_____ a posé le diagnostic d'allodynie des nerfs radial et cubital gauches.

k. L'assurée a précisé être sans emploi depuis le 1^{er} décembre 2023 (cf. note téléphonique du 2 mai 2024).

l. Dans un rapport du 8 juillet 2024, la docteure H_____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique du bras gauche.

m. Dans un rapport du 25 août 2024, le Dr C_____ a indiqué à l'assurance avoir observé trois traits parallèles de brûlures au premier degré, sans cloque, des fonctions du poignet et du bras strictement normales, ainsi que des contusions bénignes de l'avant-bras gauche. Le traitement ordonné avait consisté en anti-inflammatoires durant cinq jours, avec de la glace. Il s'était terminé en date du 26 juin 2023, avec reprise du travail le 1^{er} juillet 2023. Le médecin a également évoqué de probables somatisations et trouble de l'interprétation des douleurs. Il a aussi mentionné l'existence d'un conflit entre la patiente et les « RH », à qui elle reprochait d'avoir banalisé un événement « somme toute très banal ».

n. Le 17 septembre 2024, la docteure I_____, médecin-conseil de l'assurance, a émis l'avis qu'une brûlure de premier degré (équivalent à un coup de soleil) ne justifiait pas une incapacité de travail.

Par ailleurs, une contusion du poignet guérissait habituellement en deux à quatre semaines, ce qui conduisait, en l'occurrence, au plus tard au 6 juillet 2023. Au-delà de cette date, la persistance des plaintes ne trouvait pas de substrat organique en l'état du dossier.

Quant au diagnostic d'allodynie des nerfs cubital et radial, il n'était pas cohérent avec le traumatisme initial. En effet, pour qu'une atteinte nerveuse puisse être retenue, il aurait fallu que les nerfs aient été lésés, suite, soit à une compression (hématome, œdème), soit à une lésion propre du nerf (lacération, section). La description de l'événement (grille tombant sur le poignet) n'était donc pas cohérente avec une atteinte neurologique. Qui plus est, si l'assurée avait développé un CRPS (Complex Regional Pain Syndrome ou Syndrome Douloureux Régional Complexe [SDRC] en français), celui-ci aurait dû englober toute la main et non seulement une partie (le nerf médian n'était apparemment pas touché). En outre, il n'avait jamais été fait mention des critères de Budapest. Ce diagnostic ne pouvait donc être retenu en l'état du dossier.

Les plaintes étaient sans lien de causalité avec l'événement du 6 juin 2023.

o. Par décision du 17 octobre 2024, l'assureur-accidents a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement avec effet au 6 juillet 2023.

Copie de cette décision a été adressée à l'assureur-maladie (HELSANA) le 17 octobre 2024.

p. Le 19 novembre 2024, l'assurée s'est opposée à cette décision en alléguant que, lors de la première consultation, elle ne pouvait bouger son poignet sans ressentir une souffrance aiguë. Elle a reproché au Dr C_____ de n'avoir pas pris au sérieux l'intensité de ses douleurs et d'avoir fait preuve d'un « manque de compassion et de discernement ».

q. Par décision du 25 février 2025, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition en se référant à l'avis de la Dre I_____. Il a également relevé que, lors des premiers soins dispensés le 20 juin 2023, le Dr C_____ avait constaté que les fonctions du poignet et du bras étaient strictement normales. Enfin, il a noté que l'assureur-maladie ne s'était pas opposé à la décision du 17 octobre 2024.

B. a. Par écriture du 24 mars 2025, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

La recourante allègue que, le jour de l'accident, une grille de friteuse très chaude est tombée sur sa main et son poignet gauches, provoquant une brûlure et une contusion. Elle fait remarquer que l'assureur a admis que cet événement était constitutif d'un accident.

Elle a continué à travailler durant quinze jours, malgré la douleur intense, ce qui a aggravé son état.

Plusieurs médecins ont diagnostiqué une atteinte neurologique, sous la forme d'une atteinte des nerfs cubital et radial. Seul le Dr C_____ a nié l'existence de ce lien de causalité. C'est donc à tort que l'existence d'un lien de causalité naturelle au-delà du 6 juillet 2023 a été niée.

La recourante fait grief à l'assurance d'avoir sollicité l'avis d'un médecin qui ne l'a jamais examinée et dont l'avis ne repose que sur le dossier.

En conclusion, elle demande que l'assureur-accidents soit condamné à prendre son cas en charge au-delà de la date retenue, subsidiairement, la mise sur pied d'une expertise médicale.

À l'appui de sa position, la recourante a produit, notamment :

- le courrier adressé par le Dr G_____ à la Dre H_____ en date du 1^{er} décembre 2023, dont il ressort qu'il suivait la patiente depuis septembre 2023 pour une allodynie des nerfs cubital et radial du poignet gauche, après avoir reçu une grille métallique sur la main gauche, que l'allodynie du nerf radial était résolutive, mais que, malgré des séances d'ergothérapie et un traitement médicamenteux (Tramal, notamment), la situation ne s'améliorait pas ;
- un certificat établi le 13 mars 2025 par la Dre H_____, dans lequel cette dernière atteste avoir suivi la recourante dans le cadre de la prise en charge de sa douleur chronique, notamment suite à l'accident survenu le 6 juin 2023, entre janvier et octobre 2024 ;

- une attestation établie le 20 mars 2025 par J_____, ergothérapeute, confirmant avoir suivi l'assurée du 6 décembre 2023 au 24 avril 2024 pour une lésion située sur son poignet gauche, au niveau de la styloïde cubitale et irradiant sur les faces palmaires et dorsales de la main et de l'avant-bras, de la base des doigts jusqu'au coude, lésion dont cette praticienne indique qu'elle est consécutive à un accident de travail ;
- un certificat établi par K_____, du centre de physiothérapie de la Colline, attestant avoir suivi l'assurée depuis le 30 juillet 2024.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 15 avril 2025, a conclu au rejet du recours.

En substance, elle soutient qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à l'appréciation de la Dre I_____, aucun indice concret ne permettant de douter de son bien-fondé.

L'intimée rappelle que le fait que le médecin-conseil se soit prononcé sans avoir personnellement examiné l'assurée n'est pas de nature à discréditer son appréciation, dans la mesure où cette appréciation a été rendue sur la base d'un dossier renfermant l'échographie du bras gauche, les rapports médicaux des différents médecins s'étant prononcés et leurs descriptions du status clinique.

Contrairement à ce qu'affirme la recourante, aucun médecin n'affirme que l'atteinte des nerfs cubital et radial serait en relation de causalité naturelle avec l'événement du 6 juin 2023.

c. Par écriture du 8 mai 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle reproche à l'intimée d'avoir basé sa décision sur le seul avis du Dr C_____, lequel contiendrait des appréciations « manifestement discriminantes, infondées et déformées », puisque ce médecin mentionne une « probable somatisation » et un « trouble de l'interprétation de la douleur », insinuant ainsi que ses douleurs seraient imaginaires ou psychosomatiques. Il évoque également un prétendu conflit avec son responsable des ressources humaines, que l'assurée réfute.

La recourante soutient que les Drs H_____ et G_____ ont, eux, retenu les diagnostics concordants de syndrome douloureux chronique et d'allodynie post-traumatique et que leurs rapports démontrent que le trouble fonctionnel n'était, ni résolu le 6 juillet 2023, ni fictif ou exagéré.

d. Par écriture du 10 juin 2025, l'intimée a persisté à son tour dans ses conclusions.

Elle rappelle que, lors de sa prise de position, la Dre I_____ était en possession de tout le dossier, ce qui lui a permis de démontrer médicalement que le diagnostic d'allodynie n'était pas cohérent avec le traumatisme initial.

Elle ajoute que ni le Dr G _____, ni la Dre H _____ n'ont retenu l'existence d'un lien de causalité entre l'allodynie post-traumatique et/ou le syndrome douloureux chronique du bras gauche et l'événement du 6 juin 2023.

Quant au reproche qui lui est fait d'avoir mis fin avec effet rétroactif à sa prise en charge, l'assureur rappelle que l'assurance-accidents conserve la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières non encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester.

e. Par écriture du 23 juillet 2025, la recourante a une fois de plus persisté dans ses conclusions.

Elle reproche à l'intimée de n'avoir pas donné suite à la demande de son employeur d'organiser une visite médicale.

Elle fait valoir que, si elle n'a pas fourni de manière ininterrompue des arrêts de travail, c'est parce que, licenciée pour inaptitude, elle n'avait plus d'employeur à qui transmettre ces documents.

Elle ajoute que, malgré la fin de son contrat de travail, elle a continué à suivre un traitement pendant près d'une année après son licenciement, ce qui démontre que sa pathologie a subsisté et n'était pas guérie.

f. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

1.3 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

1.4 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de nier le droit aux prestations au-delà du 6 juillet 2023, date au-delà de laquelle elle a nié tout lien de causalité naturelle entre l'événement et les troubles subsistant encore.
3. 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).

3.1 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).

3.2 Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient 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). 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).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

3.3 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 125 V 456 consid. 5a). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En effet, en présence d'un trouble organique clair, l'assureur répond également des suites rares ou extraordinaires d'un accident (ATF 117 V 359 consid. 5d/bb). En revanche, lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2).

3.4 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.3).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

- 4.** 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).

4.1 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^{er} 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) (d). 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) (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).

4.2 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 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).

5. 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).

5.1 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).

5.2 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.

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 ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 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).

5.3 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).

6.

6.1 En l'occurrence, l'intimée nie toute causalité naturelle au-delà du 6 juillet 2023 en invoquant l'avis de son médecin-conseil, la Dre I_____.

Cette dernière retient essentiellement les diagnostics de brûlure au premier degré et de contusion posés par le Dr C_____, et explique que le premier n'est pas invalidant et que le second guérit en général en 2-4 semaines.

Quant au diagnostic d'allodynie des nerfs cubital et radial, elle estime qu'il n'est pas cohérent avec le traumatisme initial puisqu'apparemment, les nerfs n'ont été lésés, ni par une compression, ni par une lésion propre (lacération, section, par exemple). Le médecin-conseil ajoute que la description de l'événement (grille tombant sur le poignet) n'est pas non plus cohérente avec une atteinte neurologique et que si l'assurée avait développé un CRPS, celui-ci aurait dû englober toute la main et non seulement une partie (le nerf médian n'est apparemment pas touché). En outre, il n'a jamais été fait mention des critères de Budapest.

Cela étant, le Dr G_____ a posé le diagnostic d'allodynie des nerfs radial et cubital et la Dre H_____ celui de syndrome douloureux chronique du bras gauche.

6.2 La problématique doit ici essentiellement être appréhendée sous l'angle médical.

S'il est vrai que ni le Dr G_____, ni la Dre H_____ ne se prononcent sur l'existence d'un lien de causalité naturelle, force est de constater qu'ils n'ont pas été appelés à se déterminer précisément sur cette question, ni à motiver leur position.

Force est également de constater que tous deux retiennent des diagnostics d'allodynie versus syndrome douloureux que le médecin-conseil de l'intimée écarte rapidement, en les qualifiant de « non cohérents » avec le traumatisme initial. Or, le propre d'un CRPS est précisément de se développer après un événement dommageable et d'entraîner chez la personne concernée des douleurs

persistantes accompagnées de troubles du système nerveux végétatif, de la sensibilité et de la motricité. Il survient sans lésion nerveuse définie après un traumatisme relativement mineur sans rapport avec le territoire d'innervation d'un nerf. En outre, comme le fait remarquer la Dre I_____ elle-même, la question des critères de Budapest n'a pas été examinée.

Dans ces conditions, étant rappelé qu'en l'absence d'une expertise en bonne et due forme au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères, la Cour de céans considère qu'il existe un doute, même minime, sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance et qu'il se justifie donc de procéder à des investigations complémentaires, sous la forme d'une expertise, pour investiguer la question d'un éventuel CRPS.

Il n'incombe pas à la Cour de céans de trancher la question – médicale – de l'existence d'un lien de causalité naturelle. Il n'appartient en effet pas au juge de tirer des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 1080 du 13 avril 2007 consid. 4.2).

Or, il convient de déterminer si le diagnostic de CRPS versus allodynie versus syndrome douloureux chronique peut être posé en l'occurrence et si l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident peut être niée au-delà de la date du 6 juillet 2023 retenue par l'intimée.

6.3 Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 25 février 2025 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise et nouvelle décision.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 25 février 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire (mise sur pied d'une expertise) et nouvelle décision.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Une copie conforme du présent arrêt est transmise pour information à HELSANA (assureur-maladie).