

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Thalmann, et Mme Rossier, assesseur
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à Villeneuve, recourante, représentée par Me Laurent Etter,
avocat à Vevey,

et

O._____, à Zurich, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à
Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 2, art. 36 al. 1 LAA; art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. a) C._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, travaillait en qualité d'ouvrière pour le compte de l'entreprise Q._____ SA. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels auprès de l'O._____.

Le 11 septembre 2009, l'employeur de l'assurée a transmis à l'O._____ une déclaration de sinistre LAA concernant l'assurée. Il y était indiqué que le 9 septembre 2009 à 8h, elle s'était coupé l'index et le majeur de la main droite avec une machine. Elle a été opérée le jour même par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie de la main à la Clinique Y._____, qui a retenu dans un protocole opératoire du 9 septembre 2009 que l'assurée présentait une amputation de la houppe de D2 droit ainsi que des 2/3 de P3 D3 droit. Il a confectionné un moignon majeur droit et procédé à une réimplantation de la houppe de l'index avec suture du lit de l'ongle, un embrochage et une résection de la peau ainsi qu'un lambeau thénarien de l'index droit. L'assurée a présenté une incapacité de travail à 100%. Le cas a été pris en charge par l'O._____.

Dans un certificat médical LAA du 8 octobre 2009, le Dr F._____ a retenu que l'assurée s'était blessée en nettoyant une machine à saucisses qui était restée allumée. Il a constaté une amputation subtotale P3 du majeur droit, une perte de substance profonde en regard P3 de l'index droit et une amputation P3 proximale. Il a posé le diagnostic d'amputation P3 subtotale du majeur droit et a retenu une incapacité de travail de 100% à compter du 9 septembre 2009, proposant un traitement d'ergothérapie.

Dans un rapport médical du 20 janvier 2010, le Dr F._____ a fait état d'une bonne évolution mais a relevé que l'assurée était toujours sensible au froid. Il a maintenu l'incapacité de travail à 100% et le traitement d'ergothérapie.

Le 10 mars 2010, le Dr F._____ a fait savoir à l'O._____ que sa patiente pouvait reprendre le travail à partir de la semaine suivante, soit le 15 mars 2010, à 50%.

L'assurée a repris le travail à plein temps le 26 juillet 2010. Elle a été licenciée le 30 avril 2011 en raison d'une réorganisation interne.

b) Dans un rapport médical initial LAA du 10 novembre 2010, le Dr G._____, médecin praticien, a constaté des omalgies et une impotence fonctionnelle de l'épaule droite chez une droitère, puis posé le diagnostic de lésions ligamentaires et capsulaires. Il a retenu une capacité de travail de 100% depuis le 10 novembre 2010.

Le 12 novembre 2010, l'employeur de l'assurée a annoncé une rechute survenue le 10 novembre 2010.

Dans un rapport du 19 novembre 2010 au Dr G._____, le Dr H._____, radiologue, a retenu ce qui suit à la suite d'une arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 18 novembre 2010:

"Aspect légèrement effiloché du tendon du muscle sus-épineux avec minime extravasation du produit de contraste vers la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Ceci correspond à une déchirure partielle du rebord inférieur du tendon du muscle sus-épineux. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Pas de lésion osseuse ni dans le labrum. Le reste des structures faisant partie de la coiffe des rotateurs sont en ordre".

Le 7 décembre 2010, l'O._____ a informé l'assurée de son intention de refuser de prendre en charge le cas concernant l'épaule droite et le versement de prestations à partir du 11 novembre 2010. Cet assureur a retenu qu'il n'y avait aucun lien de causalité entre la lésion révélée par arthro-IRM et l'amputation subie par l'assurée au majeur droit, dans la mesure où il ne pouvait pas s'agir d'une conséquence traumatique de son accident à la main.

Dans un rapport médical intermédiaire du 6 janvier 2011, le Dr G._____ a posé les diagnostics de rechute avec omalgies droites et

impotence fonctionnelle de l'épaule et de déchirure partielle du rebord inférieur du tendon du sus-épineux. Il a retenu une amélioration du status de l'épaule entre les consultations des 10 et 25 novembre 2010. Comme thérapie, il s'est référé à un traitement d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs de durée probable jusqu'au 31 janvier 2011.

Dans un rapport du 11 janvier 2011, le Dr J._____, chirurgien orthopédique, a retenu le diagnostic de conflit sous-acromial sur lésion partielle du sus-épineux de l'épaule droite. Il a indiqué ce qui suit dans son appréciation du cas:

"On ne voit pas très bien comment le traumatisme du 09.09.2009 a pu entraîner la lésion de l'épaule droite. La patiente elle-même précise bien que ce jour-là seuls les doigts avaient été blessés et que l'épaule n'avait présenté aucune douleur. Même si l'on peut penser que les douleurs d'amputation ont pu masquer celles de l'épaule, ces dernières auraient dû apparaître au moins les jours suivants. Ce n'est pas le cas et ce n'est que quelques semaines plus tard que les douleurs et l'ankylose sont apparues ce qui suggère davantage un possible syndrome épaule-main. A mon sens, la lésion mise en évidence par l'a-IRM du 18.11.2010 ainsi que son traitement ne relèvent plus de la LAA. Le traitement reste en tous cas pour l'instant conservateur, de la physiothérapie comportant de la décoaptation et de la recherche des voies de passage peut encore s'avérer utile complétée le cas échéant par une ou plusieurs infiltrations de l'espace sous-acromial.

Pour l'instant donc je n'ai pas prévu de revoir cette patiente. Je ne me suis pas prononcé quant à sa capacité de travail".

Par décision du 21 février 2011, l'O._____ a refusé de prendre en charge la rechute annoncée le 10 novembre 2010 concernant le traumatisme de l'épaule droite de l'assurée. Elle a retenu qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre la problématique accidentelle de la main droite et les douleurs survenues à l'épaule droite et a partant maintenu son refus de prestations.

L'assurée, par son conseil, a formé opposition contre cette décision, sollicitant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Interpellé sur le choix de l'expert, l'assurée a, par écrit de son conseil du 20 mai 2011, donné son accord à la désignation du Dr D._____, chirurgien orthopédique.

Dans un courrier du 24 mai 2011, l'O._____ a demandé au Dr D._____ de se prononcer au sujet du lien de causalité et lui a soumis un questionnaire. Cet assureur a retenu les périodes d'incapacité de travail suivantes: 100% du 9 septembre 2009 au 14 mars 2010, 50% du 6 avril au 16 mai 2010 et 25% du 18 mai au 25 juillet 2010. La reprise du travail a été fixée au 26 juillet 2010.

Les questions que le mandataire de l'assurée a formées à l'attention de l'expert ont été communiquées à ce dernier le 7 juin 2011.

Le 14 juin 2011, l'assurée a été examinée par le Dr D._____. Dans son rapport d'expertise du 13 juillet 2011, ce spécialiste a posé les diagnostics de status après amputation des 2/3 distaux de P3 de D3 droit, de status après amputation de la houppe de l'index droit, de probable conflit sous-acromial sur lésion partielle du sus-épineux de l'épaule droite et de syndrome du tunnel carpien droit irritatif. Répondant aux questions des parties, ce médecin a retenu ce qui suit:

"5.1. Les atteintes à la santé, présentes à l'heure actuelle, sont-elles totalement ou partiellement dues à l'accident du 09.09.2009 ?

Le lien de causalité entre la lésion de l'index et la lésion du médius de la main droite est établi avec l'événement survenu le 09.09.2009.

Par contre, il est difficile d'admettre une relation de causalité entre l'événement du 09.09.2009 et la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite.

La lésion mise en évidence sur l'arthro-IRM du 18.11.2010 est d'origine mécanique et dégénérative, elle ne peut être en rapport avec l'événement traumatique de la main droite. Lors de cet accident, il n'y a rien eu de particulier au niveau de l'épaule droite.

L'immobilisation du bras droit au corps durant 5 semaines, selon les dires de la patiente, à la suite de l'opération de la main droite, est surprenante, car ce type de lésion ne nécessite pas une immobilisation. Le port d'une bretelle ou d'une écharpe, pour soutenir la main, est suffisant et permet la mobilisation du bras. Ceci était probablement le cas.

La possibilité d'un éventuel syndrome épaule-main post-accidentel n'est pas à retenir 21 mois après l'accident incriminé.

Par ailleurs, selon les mensurations effectuées, l'épaule droite présente une légère limitation de son amplitude. Toutefois, cette limitation n'est pas suffisante pour envisager la possibilité d'une capsulite rétractile invalidante, ni pour expliquer les plaintes totalement invalidantes formulées par Mme C._____.

A toutes fins utiles, je rappelle que lorsque l'assurée n'est pas sur ses gardes, elle présente une cinétique normale du membre supérieur droit. Ce qui est en contradiction avec les plaintes invalidantes qu'elle formule.

Par ailleurs, au vu du mécanisme de l'accident du 09.09.2009, il est difficile d'imaginer que celui-ci ait pu induire une lésion concomitante au niveau de l'épaule droite.

En conclusion sur la base de mon présent examen et des documents mis à ma disposition, j'estime que le rapport de causalité entre les douleurs de l'épaule droite et l'événement du 09.09.2009 n'est pas établi. Il est même difficile d'admettre qu'il puisse être seulement possible.

5.2. Dans le cas où des causes étrangères à l'accident jouent un rôle largement probable au moins aux troubles de la santé actuelle: Quelles causes étrangères à l'accident jouent un rôle ? Est-il hautement probable que les causes étrangères à l'accident soient seules en cause à partir d'un moment donné ? Le cas échéant à partir de quand ?

Au vu des lésions subies au niveau de la main droite, le statu quo ante/sine ne sera jamais atteint.

Au niveau de l'épaule droite, l'état préexistant, sous forme d'un conflit sous-acromial, joue un rôle déterminant.

Par ailleurs, je ne peux pas exclure qu'il existe des raisons non-médicales aux plaintes invalidantes de l'épaule droite formulées par Mme C._____.

Je partage l'avis du Dr J._____, lorsqu'il affirme:

- que l'état de la main droite est en relation avec l'accident du 09.09.2009 et qu'il prend fin le 26.07.2010, date de reprise du travail à 100%,

- que l'état de l'épaule droite de Mme C._____ n'est pas en rapport de causalité avec l'accident du 09.09.2009.

6. Un traitement médical complémentaire des conséquences de l'accident permettra-t-il d'obtenir une sensible amélioration de l'état de santé ?

Il n'y a plus de traitement à proposer pour la main droite.

L'examen neurologique effectué par le Dr P._____, FMH en neurologie, est normal. Une copie de ce rapport est en votre possession.

7. Questions concernant une incapacité de travail temporaire pendant la période de traitement et jusqu'à l'état final:

L'accident du 09.09.2009 a induit une incapacité totale de travail jusqu'au 05.04.2010.

Le 06.04.2010, le travail a été repris à 50%. Cette capacité a été augmentée à 75% le 18.05.2010 et à 100% le 26.07.2010. Ces capacités sont en relation avec la main droite et sont correctes.

L'arrêt de travail à 100% à partir du 10.11.2010 est en relation avec l'épaule droite.

Sur la base des considérations émises ci-dessus, la symptomatologie de l'épaule droite n'entre pas dans le cadre de l'assurance-accidents LAA et n'est pas en rapport de causalité avec le traumatisme du 09.09.2009.

En relation avec l'événement du 09.09.2009, j'estime que, actuellement, Mme C._____ est apte à travailler normalement, sans diminution de rendement, dans n'importe quelle activité en fonction de ses compétences professionnelles.

8. Questions concernant une restriction professionnelle durable dans le cadre d'une invalidité: Dans sa profession d'ouvrière en alimentation qu'elle exerçait jusqu'à présent ? Dans une autre activité ?

Mme C._____ ne présente pas de restriction durable et cela quelle que soit l'activité professionnelle effectuée.

Dans sa profession d'ouvrière en alimentation, profession exercée au moment de l'événement du 09.09.2009, Mme C._____ est apte à 100%, sans diminution de rendement.

Elle peut également vaquer à temps complet, sans diminution de rendement, dans toute autre activité.

[...]

1. Quand la lésion à l'épaule est-elle apparue?

Anamnestiquement, les douleurs de l'épaule droite sont apparues au début du mois d'octobre 2009.

2. Le traumatisme à la main a-t-il pu masquer les douleurs de l'épaule ?

Il n'y avait pas de douleur de l'épaule droite au moment de l'accident.

3. Les douleurs à l'épaule sont-elles apparues lorsque Mme C._____ était au travail ?

Non, selon l'assurée, les douleurs sont apparues après l'accident du 09.09.2009, lorsqu'elle était encore à l'incapacité totale de travail.

Cependant, aucun rapport médical, établi immédiatement après l'accident du 09.09.2009, ne fait état de douleurs de l'épaule.

Le Dr G. _____ mentionne que les douleurs de l'épaule droite sont apparues au début octobre 2009, c'est-à-dire lorsque Mme C. _____ était encore à l'arrêt total de travail.

4. L'épaule a-t-elle pu subir un choc lors de l'accident ?

&

5. En concours ou non avec un choc, un mouvement de retrait hyper violent a-t-il pu provoquer la lésion, respectivement aggraver une éventuelle lésion qui aurait existé avant l'accident ?

Cela ne ressort pas dans l'anamnèse.

Lors de l'interrogatoire, Mme C. _____ a nié tout choc ou mouvement exagéré lors de l'événement du 09.09.2009.

Par ailleurs, un mouvement de retrait sans contrainte ne peut pas, à priori, provoquer une lésion au niveau de l'épaule, même si ce mouvement devait être violent.

En règle générale, les lésions traumatiques, tendineuses ou/et musculaires, de l'épaule correspondent à un traumatisme en hyper-abduction, en rotation non contrôlée, un choc direct violent etc....

Au vu de ce qui précède, l'épaule droite ne semble pas avoir subi de choc lors de l'accident incriminé.

6. Si on admettait par hypothèse, une lésion avant l'accident, peut-on expliquer pourquoi elle n'était alors pas perceptible ?

Le syndrome sous-acromial peut se manifester à tout moment, même sans cause apparente.

L'immobilisation relative de l'épaule droite durant les 5 semaines qui ont suivi l'intervention du 09.09.2009 a pu entraîner une ankylose partielle de l'épaule. Et la rendre douloureuse par la suite.

Cependant, la lésion de l'épaule droite n'est pas en rapport avec les suites de l'accident du 09.09.2009.

Les plaintes actuelles émises par l'assurée sont en discordance importante avec la lésion minimale du sus-épineux objectivée lors de l'arthro-IRM.

Pour ces raisons, il pourrait exister des raisons non médicales qui expliqueraient ces douleurs invalidantes.

7. Si on admettait par hypothèse une lésion avant l'accident, quelle en serait la cause ?

La lésion du tendon du sus-épineux, mise en évidence sans traumatisme adéquat, est le reflet de lésions mécaniques en rapport avec le conflit sous-acromial. Cet état se voit souvent dans les épaules vieillissantes et soumises à des sollicitations répétitives, ce qui est le cas des personnes qui assument un travail manuel.

Ceci est le cas de Mme C. _____ et paraît être la cause la plus probable de l'état de l'épaule droite de Mme C. _____ qui se rapproche de la cinquantaine.

8. L'atteinte à la main peut-elle avoir une incidence sur la façon d'utiliser l'épaule, en d'autres termes les doigts ne pouvant plus être utilisés comme auparavant, l'épaule serait plus sollicitée ?

L'amputation du médus droit est distale, elle n'entrave pas la mobilité du membre supérieur droit, ni n'en modifie l'utilisation.

9. Quant aux questions n° 7.1, n° 8, n° 8.1.1, n° 8.1.2 et n° 8.2 du questionnaire, l'expert peut-il se prononcer à la fois "en raison des atteintes à la santé résultant de l'accident", mais encore en fonction de l'état de santé actuel de Mme C. _____ ?

Mes réponses à ces questions me paraissent explicites.

Suite aux lésions de la main droite, induites par l'accident du 09.09.2009, j'estime Mme C. _____ apte à travailler à 100%, sans restriction et sans limitation de rendement.

Le problème de l'épaule droite n'est pas en rapport de causalité avec l'événement du 09.09.2009.

La lésion minimale du sus-épineux sur conflit sous-acromial devrait permettre à l'assurée d'assumer, avec quelques allègements, tout emploi à 100%, sans diminution de rendement.

Sur la base de mon expérience médicale, j'ai la conviction que l'état de l'épaule droite de la patiente n'explique pas les plaintes totalement invalidantes dont fait état Mme C. _____.

En conclusion, il me paraît improbable que la lésion superficielle du tendon du sus-épineux de l'épaule droite puisse être en rapport de causalité avec l'événement subi le 09.09.2009".

Pour établir son expertise, le Dr D. _____ s'est adjoint les services du Dr P. _____, neurologue, qui a retenu ce qui suit dans un rapport du 12 juillet 2011:

"L'EMG [électroneuromyogramme] du nerf médian au poignet D est normal de même que la recherche d'une atteinte radiculaire de C5 à C7 D. Il semble que la patiente présente d'une part anamnesticquement un syndrome du tunnel carpien D purement irritatif et d'autre part une PSH D simple".

Le mandataire de l'assurée a formulé des remarques et des observations en relation avec l'expertise. Dans un complément d'expertise du 11 octobre 2011, le Dr D. _____ a relevé ce qui suit:

"1. [...]

Dans le cas de Mme C. _____ je n'ai trouvé aucun élément qui permette d'associer l'événement survenu le 09.09.2009 avec le problème de l'épaule droite que présente votre assurée. Pour cette raison, j'estime que le problème de l'épaule droite n'entre pas dans le cadre de l'assurance-accidents LAA.

2. [...]

A la page n° 3, sous point n°3, de mon expertise, j'ai noté " ... durant l'examen l'assurée retient son membre supérieur gauche et freine les mouvements. Observée lorsqu'elle est distraite, elle balance son membre supérieur droit de manière normale".

Ce fait est important, car le ballant naturel lors de la marche est coordonné. C'est-à-dire que le mouvement du bras droit est coordonné avec le mouvement de la jambe gauche, et vice-versa. Ceci contribue à l'équilibre de la marche.

Il suffit que la cinétique d'un seul membre sur les quatre membres soit perturbée pour que l'équilibre du mouvement soit rompu.

Lors de la marche, Mme C. _____ présente une cohérence de l'ensemble des mouvements, il n'y a aucune asymétrie notable. Ceci parle en faveur d'une situation non dramatique au niveau de l'épaule droite.

Ce fait objectif contredit les affirmations de l'assurée, lorsqu'elle déclare que la symptomatologie de l'épaule est totalement invalidante.

- Le rapport de l'arthro-IRM de l'épaule droite, effectuée par le Dr H. _____ en date du 18.11.2010, décrit "Aspect légèrement effiloché du tendon du muscle sus-épineux dans son tiers inférieur. Les petites irrégularités le long de la surface du tendon sont visibles sur le rebord inférieur. Petit épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoidienne pouvant être expliquée par la déchirure partielle de ce tendon. Le muscle sus-épineux est bien conservé. Il n'y a pas d'infiltration graisseuse, ni de déchirure sur celui-ci".

[...]

il s'agit d'une étiologie purement trophique et vasculaire chez les sujets d'âge mur.

Le fait que le muscle sus-épineux soit bien conservé, sans infiltration graisseuse, ni déchirure, démontre que ce muscle fonctionne normalement.

En médecine, comme en physique, un liquide qui s'extravase de manière minime ne peut le faire que par une minime ouverture/lésion. Si la déchirure est large, le liquide remplit toute la cavité.

Ceci n'est pas le cas de Mme C._____, il s'agit d'une minime extravasion.

[...]

3. [...] Mme C._____ a été catégorique, elle n'avait ni chuté, ni subi un choc au niveau de son épaule droite, lors de l'événement du 09.09.2009.

Le fait de noter que la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite a commencé au moment de l'accident, est en contradiction avec les annotations faites par le Dr G._____ dans son rapport du 12.04.2011. Dans ce document, le Dr G._____ mentionne que: "... début octobre, premières apparitions de douleurs de l'épaule droite. Ces douleurs ont bénéficié d'un traitement de physiothérapie, antidouleurs, anti-inflammatoires avec une bonne rémission des symptômes".

De même, dans son rapport daté du 31.01.2011, le Dr J._____ note: "Dans les semaines qui suivent (l'accident du 09.09.2009) [l'assurée] développe des douleurs dans son épaule droite, traitées par physiothérapie...".

Dans le relevé de l'anamnèse effectuée par plusieurs confrères, les omalgies sont réapparues au mois d'octobre 2009. Elles ont justifié une incapacité de travail totale, puis partielle. La patiente est traitée par des antidouleurs, des anti inflammatoires et des séances de physiothérapie.

Au vu de ce qui précède, on peut affirmer que les douleurs de l'épaule droite ont débuté environ un mois après l'événement du 09.09.2009.

Il est également important de relever que le traitement instauré par le Dr G._____ a été bénéfique, puisqu'il y a eu une rémission des symptômes jusqu'en octobre 2010.

Une telle évolution s'explique mal en présence d'une lésion traumatique. Par contre, elle est habituelle lors d'une symptomatologie douloureuse liée à des phénomènes dégénératifs, associés à un conflit sus-acromial. En effet, les poussées inflammatoires peuvent se déclencher à la suite de mouvements répétitifs et après des efforts.

- La tenue du bras au corps, instaurée après l'accident sur une durée de 5 semaines, n'était pas une immobilisation stricte. Il s'est agi d'une immobilisation relative.

On pourrait admettre que cette immobilisation relative ait pu influencer la mobilité de l'épaule. Il aurait même pu s'agir d'une ankylose. Chez Mme C._____, cette ankylose a bien répondu sous traitement de physiothérapie. Dans son rapport daté du 14.02.2011,

Le Dr G. _____ signale une rémission des symptômes douloureux au niveau de l'épaule droite après le traitement de physiothérapie.

Lors d'une immobilisation relative par port d'une écharpe, la mobilité redevient rapidement normale dès l'abandon de l'écharpe. Si le patient éprouve des difficultés, un traitement de physiothérapie résout ce problème.

Ceci a été le cas de Mme C. _____.

Dans le cas présent, il ne s'est pas agi d'une capsulite rétractile. Dans son rapport d'IRM, le Dr H. _____ note que la cavité articulaire est de morphologie normale, ce qui parle contre une capsulite rétractile, où la cavité articulaire est rétrécie.

Le dossier médical de Mme C. _____ était bien étayé. La lecture de celui-ci, la prise de l'anamnèse auprès de la patiente, l'examen clinique de Mme C. _____, ainsi que la lecture des radiographies, étaient suffisants pour m'autoriser à donner un avis d'expert dans ce cas.

Au vu de cela, je n'ai pas jugé nécessaire de pratiquer une enquête auprès du Dr F. _____, du Dr [...], du Dr [...], du Dr G. _____ et de Mme [...].

4. [...]

Le Dr G. _____ signale que cette symptomatologie douloureuse est apparue pour la première fois au début du mois d'octobre 2009. Mme C. _____ a confirmé cette information lors de son entretien avec le Dr J. _____.

Dans de telles conditions, on ne peut parler de manifestations douloureuses concomitantes à l'accident du 09.09.2009.

[...]

5. Le fait qu'il n'y a pas d'atrophie, ni de dégénérescence graisseuse est la preuve d'un bon fonctionnement du muscle sus-épineux. La déchirure partielle démontrée n'entrave pas la fonction du muscle et ne démontre pas une atteinte récente du tendon.

6. [...]

Or, il n'y a aucune notion de choc direct, ou indirect, subi au niveau de l'épaule droite lors de l'événement du 09.09.2009.

[...]

7. [...]

Le seul dommage objectivable et constaté en relation directe avec l'accident du 09.09.2009 est le status après amputation des 2 distaux de la phalange du médium droit et l'amputation de la houppette de l'index droit. Ces deux lésions ont une évolution excellente. Les moignons sont calmes et indolores. L'amputation de la houppette de l'index droit a cicatrisé sans séquelle.

[...]

La lésion que présente l'assurée au niveau de son épaule droite permet une activité à 100%, sans limitation de rendement, dans une occupation même physique.

11. Je confirme que je ne vois aucune limitation à une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

Mme C._____ peut reprendre normalement son occupation d'ouvrière en alimentation à 100%, sans diminution de rendement ou dans toute autre activité.

Les plaintes formulées par l'assurée n'ont aucun substrat anatomique et ne découlent pas des suites de l'accident du 09.09.2009.

12. Le syndrome épaule-main a été écarté par l'évolution anamnestique et par les examens cliniques ultérieurs.

[...]

J'estime avoir répondu de manière simple et précise aux seules conséquences de l'accident subi le 09.09.2009 par Mme C._____, c'est-à-dire la lésion du médius droit et de l'index droit.

Toute lésion qui ne concerne pas ces deux doigts de la main droite n'est pas en rapport de causalité avec l'événement incriminé et, de ce fait, relève de la caisse maladie".

Par décision sur opposition du 31 octobre 2011, l'O._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa précédente décision de refus de prise en charge. Se fondant sur les conclusions du Dr D._____, cet assureur a nié l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs de l'épaule droite et l'accident du 9 septembre 2009.

B. Par acte de son mandataire du 1^{er} décembre 2011, C._____ a recouru contre cette décision sur opposition à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut principalement à la prise en charge par l'O._____ de ses atteintes à l'épaule droite, ainsi que des suites qui y sont liées, dès le 10 novembre 2010, et à la constatation que la décision entreprise n'a pas d'effet sur ses droits éventuels du chef des atteintes subies à sa main droite lors de l'accident du 9 septembre 2009. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'O._____ pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle soutient qu'il y a un lien de causalité naturelle entre

l'accident qu'elle a subi le 9 septembre 2009, respectivement ses suites, et ses problèmes à l'épaule droite. Ce faisant, elle conteste l'avis de l'expert D._____, dont elle estime les motivations erronées respectivement insuffisantes, et se prévaut de l'avis des autres médecins, notamment de celui du Dr G._____. A titre de mesure d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 29 mars 2012, l'O._____ conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Elle soutient que les conclusions du Dr D._____, dans son expertise comme dans son complément d'expertise, sont convaincantes et claires, ce d'autant plus qu'elles rejoignent celles du Dr J._____. L'intimée en déduit qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre l'accident de septembre 2009 et les troubles scapulaires droits de l'assurée.

Par réplique du 9 juillet 2012, la recourante confirme ses conclusions, en réitérant notamment sa demande tendant à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que l'audition dans ce cadre des Drs F._____ et G._____, de ses physiothérapeutes et ergothérapeutes et la production de leurs dossiers. Elle produit un rapport médical du 25 avril 2012 du Dr G._____, qui a relevé ce qui suit:

"1- Date d'apparition des premières douleurs à l'épaule droite ?

Il m'est difficile de fixer la date précise d'apparition des premières douleurs à l'épaule droite chez cette patiente que je n'ai pas vue entre l'accident du 09 septembre 2009 et novembre 2010. Dans mon interrogatoire du 10 novembre 2010, il apparaissait clairement que les douleurs de cette épaule limitaient les capacités de la patiente depuis plusieurs mois, probablement début 2010, raison pour laquelle j'ai immédiatement décidé de faire réaliser l'arthro IRM de l'épaule droite et ordonné une incapacité de travail à 100%.

2- Nature exacte des lésions affectant l'épaule droite ?

En référence à l'arthro IRM réalisée le 19/11/2010, on retrouve une déchirure partielle du tendon du sus épineux droit. Le diagnostic retenu est donc celui de syndrome épaule-main avec déchirure partielle du tendon du sus épineux droit.

[...]

6- Mme C. _____ est-elle toujours au bénéfice d'une incapacité de travail (à quel pourcentage) en relation avec les suites de l'accident cité en marge et pour quelle affection (main ou épaule) ?

Oui, essentiellement du fait de la limitation du jeu articulaire de l'épaule droite (limitation de l'abduction) et des douleurs chroniques et aiguës qui s'y manifestent. De ce fait elle reste incapable d'assumer le travail qui était le sien au moment de l'accident d'ouvrière non qualifiée. Dans une profession adaptée, elle est capable de travailler à un taux compris entre 50 et 70%".

Par duplique du 3 octobre 2012, l'intimée a maintenu ses conclusions, en relevant que le dossier était suffisamment instruit.

Les 29 novembre 2012 et 7 janvier 2013 respectivement, la recourante et l'intimée ont maintenu leur position et leurs arguments.

C. Le dossier de l'assurée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a été produit. Il comprend en particulier les pièces suivantes:

- Une demande de prestations d'invalidité déposée par l'assurée auprès de l'OAI le 2 septembre 2011, tendant à l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles, à l'appui de laquelle l'assurée a fait état d'un mouvement du bras droit limité contre le haut, d'une perte de force et d'une perte de sensibilité dans les doigts, l'atteinte à la santé existant depuis l'accident survenu le 9 septembre 2009;

- Un rapport du 13 septembre 2011 du Dr G. _____, posant les diagnostics d'amputation partielle de l'index et du majeur droits et de déchirure partielle du sus-épineux droit. Il a retenu que l'assurée ne pouvait porter ou soulever de petites charges et qu'elle ne pouvait réaliser une abduction active au bras droit;

- Un rapport du 3 avril 2012 du Dr G. _____, retenant les diagnostics d'état anxio-dépressif durable depuis janvier 2011, de syndrome épaule/main avec omalgies droites chez une droitrière et de déchirure partielle du tendon du sus-épineux. Il a constaté une dévalorisation de soi, des troubles du sommeil et des bouffées d'angoisse

avec phobie, ainsi qu'une ankylose de l'épaule droite et des douleurs de l'épaule droite se majorant lors de poussées inflammatoires. Dans une activité adaptée, ce praticien a retenu une capacité de travail supérieure à 70%, en précisant que l'assurée ne pouvait pas se servir de son bras droit y compris pour le port de faibles charges;

- Un avis médical du 10 juillet 2012 du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) des Drs X. _____ et K. _____ proposant de soumettre l'assurée à un examen psychiatrique;

- Un formulaire de détection précoce du 22 septembre 2010 dans lequel il est précisé quant au problème de santé "amputation partielle index et majeur main droite";

- Un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 9 octobre 2012 des Drs Z. _____, spécialiste en médecine physique et en rhumatologie au SMR, et W. _____, psychiatre au SMR, qui ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit sous-acromial sur lésion partielle du sus-épineux droit. Ils ont également retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après confection d'un moignon du majeur droit pour status après amputation des deux tiers distaux de la troisième phalange du majeur droit et après réinsertion de la houppe de l'index droit, d'œdème distal du MID dans le cadre d'un status après opération du pied droit et après opération d'hallux valgus bilatérale et de troubles statiques des pieds. La capacité de travail a été évaluée à 100% depuis le 9 novembre 2010 dans une activité adaptée. Ces spécialistes ont noté ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Le 09.09.2009, l'assurée a eu un accident au travail où, en nettoyant une machine à faire les saucisses, sa main a été happée par la machine. Elle a alors présenté une amputation de la houppe de l'index D et des deux tiers distaux de la 3^{ème} phalange du majeur D. Le jour même, elle a bénéficié de la confection d'un moignon du majeur D, de la réimplantation de la houppe de l'index D avec suture du lit de l'ongle, embrochage et réfection de la peau ainsi que confection d'un lambeau thénarien de l'index D. Suite à cette

opération, l'assurée a présenté des douleurs de la main D assez longtemps. Actuellement, l'assurée ne présente plus de douleurs de la main D. Elle a par contre l'impression d'avoir la main D froide et présente des fourmillements qui surviennent de manière intermittente, surtout le matin. L'assurée a également noté une baisse de force de la main D. Par ailleurs, une semaine après l'accident, l'assurée a développé des douleurs de l'épaule D avec difficultés à surélever le bras D. Actuellement, ce qui la dérange le plus sont les douleurs de l'épaule D qui s'accompagnent d'une certaine limitation de la mobilité de l'épaule D. Par ailleurs, l'assurée ne supporte pas le décubitus latéral D en raison de ses douleurs. Depuis plusieurs années, l'assurée présente également une tuméfaction du pied D, augmentant en été. L'assurée ne serait cependant pas connue pour avoir présenté une thrombose du MID. Elle a cependant déjà été opérée en 1995 pour un hallux valgus bilatéral par le Dr [...] et a bénéficié également d'une autre opération du pied D pour un probable «problème de veine bouchée», selon ce que nous a dit l'assurée. La tuméfaction du pied D existait déjà avant cette opération. Actuellement, elle présente des douleurs au pied D, surtout s'il fait chaud. A noter encore que la main D n'a plus jamais été enflée depuis l'opération de la main D.

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, normocarde, normotendue. L'assurée présente un discret excès pondéral avec un BMI à 26. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatosplénomégalie, sans masse palpable. L'assurée présente un oedème du pied D, de la cheville D et de la partie distale de la jambe D avec une différence du périmètre de la cheville D qui mesure 27 cm contre 25 cm à G. Le périmètre du mollet est par contre symétrique à 37 cm ddc. Cet oedème entre dans le cadre d'un status après opérations du pied D, notamment pour hallux valgus bilatéral et pour une autre pathologie qui aurait consisté en une veine bouchée, opérée par le Dr [...], selon les dires de l'assurée.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, l'assurée marche pieds nus dans la salle d'examen normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe du pied et sur le talon est possible ddc. L'accroupissement est limité. Il entraîne des douleurs de la cheville D. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est normal.

La mobilité lombaire est un peu diminuée, surtout à la flexion lombaire. La mobilisation lombaire est par contre indolore. La mobilité cervicale est bien conservée. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mise à part la mobilité de l'épaule D qui est limitée, surtout en actif. La DPC7 est également augmentée à D par rapport au côté G. L'épreuve de Hawkins est positive à D, signant la possibilité d'un conflit sous-acromial. Les autres épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont par contre négatives. La mobilité des poignets et des doigts des deux mains est conservée.

L'assurée présente un status après confection d'un moignon du majeur D après amputation des deux tiers distaux de la 3^{ème} phalange du majeur D. Elle présente également un status après réinsertion de la houppe de l'index D. La fonction de la main D

semble être bien conservée. Il n'y a pas de trouble sensitif objectif. L'assurée présente par ailleurs des troubles statiques des pieds modérés avec status après cure d'hallux valgus bilatérale. Il n'y a pas de douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie, ce diagnostic ne pouvant donc pas être retenu.

Une arthro-IRM de l'épaule D du 18.11.2010 a mis en évidence un aspect légèrement effiloché du tendon du muscle sus-épineux avec minime extravasation du produit de contraste vers la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Ceci correspond à une déchirure partielle du rebord inférieur du tendon du muscle sus-épineux. Il n'y a par contre pas d'atrophie musculaire, pas de lésion osseuse, ni dans le labrum. Le reste des structures faisant partie de la coiffe des rotateurs est en ordre. Il n'y a par ailleurs pas d'argument pour une capsulite rétractile. D'ailleurs, cliniquement, nous n'avons aucun élément pour une capsulite rétractile, ni pour un syndrome épaule-main, l'assurée ne présentant pas de signe d'algoneurodystrophie du MSD et notamment de la main D et la mobilité de l'épaule D étant pratiquement normale en passif, si l'on fait abstraction de l'importante résistance volontaire qu'exerce l'assurée à l'abduction passive de l'épaule D, qui entraîne une discrète diminution de l'abduction passive.

Malheureusement, l'assurée ne nous a pas amené les RX de la main D. Dans cette situation, nous lui avons demandé de nous les faire parvenir au plus vite, ce qu'elle n'a pas fait.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics sus-mentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle d'ouvrière chez Q. _____ SA, cette activité nécessitant le lever de charges et la surélévation du bras et de l'épaule D. Dans cette situation, l'incapacité de travail est totale dans cette activité. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune indication biomécanique à attester une incapacité de travail et dans une telle activité, la capacité de travail est tout à fait complète, comme le relève d'ailleurs le Dr D. _____. Nous ne retenons pas une capacité de travail totale dans l'activité habituelle comme le Dr D. _____, l'assurée devant lever des charges avec les MS et surélever les bras pour crocher des saucissons relativement lourds.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée de 44 ans, d'origine portugaise, entrée en Suisse en 1990, mariée, deux enfants, sans formation, qui s'est trouvée en incapacité de travail durable à partir du 09.09.2009 suite à un accident de travail (amputation accidentelle de la troisième phalange du médius de la main D). L'assurée s'est trouvée en incapacité de travail totale jusqu'au 14.03.2010, puis à 50% du 15.03.2010 au 17.05.2010, et à 25% du 18.05.2010 au 25.07.2010. Une recrudescence des douleurs a entraîné une nouvelle incapacité de travail totale à partir du 11.11.2010. L'assurée a été licenciée par l'employeur le 30.04.2011. Elle a vécu ce licenciement comme une injustice.

Dans son rapport médical du 03.04.2012, le Dr G. _____, médecin traitant de l'assurée, évoque un «état anxio-dépressif durable depuis

janvier 2011». Une médication antidépressive et anxiolytique a été prescrite (dont nous n'avons pas le détail), que l'assurée dit avoir interrompue d'elle-même il y a environ six mois, par peur d'une dépendance. L'assurée a effectué deux stages dans le cadre du chômage, le premier au début de l'année 2012, chez [...], durant deux mois et demi. D'après l'assurée, ce stage s'est bien passé. L'assurée a bénéficié d'un nouveau stage chez [...], en août 2012, qui a duré un mois (deux semaines dans l'habillement et deux semaines dans le rayon chaussures). Là encore, l'assurée déclare que ce stage s'est bien passé, mais qu'elle a été «déçue de ne pas avoir de place» à l'issue du stage. L'assurée précise qu'elle dormait bien durant ces périodes de stages, et elle ajoute: «si j'ai le travail, tout va bien».

L'examen psychiatrique de ce jour n'objective aucun trouble psychiatrique. En particulier, il n'existe pas d'épisode dépressif. Les trois critères majeurs de la dépression sont en effet absents: il n'existe pas d'abaissement de l'humeur caractérisé, pas de diminution de l'intérêt et du plaisir ni de réduction de l'énergie. Les critères mineurs de la dépression sont eux aussi absents: il n'y a pas de diminution de la concentration ou de l'attention, l'assurée déclare avoir confiance en elle, il n'y a pas d'idéation suicidaire, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée déclare en souriant qu'elle se voit déjà vendeuse, «c'est des rêves, je me vois dans la vente»). Enfin, tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression sont absents, hormis une diminution de l'appétit et de la libido.

A la fin de l'entretien, l'assurée déclare, «*Le travail, ça me motive, je me vois dans la vente. Si j'ai le travail, tout va bien*».

Du point de vue psychiatrique, l'assurée n'a donc jamais connu d'incapacité de travail durable.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes:

MSD: pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule D à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le MSD.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 09.11.2010.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté complet depuis lors dans l'activité d'ouvrière chez Q. _____ SA. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète depuis cette date";

- Un rapport final de l'OAI du 21 février 2013, qui a retenu que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assurée pouvait travailler à 100% et réaliser un salaire excluant tout préjudice économique.

Les parties se sont déterminées sur le dossier de l'OAI. Le 15 avril 2013, l'intimée a notamment fait valoir que ce n'était que le 12 novembre 2012 que l'assurée avait annoncé son atteinte à l'épaule droite, dès lors qu'elle ne s'y était pas référée dans sa demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans ses observations du 15 mai 2013, la recourante a fait valoir que les douleurs de l'épaule droite étaient apparues après l'accident et qu'elles étaient déjà traitées en 2009. Elle a pour le surplus réitéré ses conclusions et a à nouveau développé ses arguments.

Les 12, 31 juillet, 26 août et 25 octobre 2013, l'intimée et la recourante ont confirmé leurs conclusions.

L'OAI a, par décision du 29 juillet 2013, refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, en retenant qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé depuis le 9 octobre 2011, ce qui excluait tout préjudice économique.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 31 octobre 2011, à refuser de reprendre le service de ses prestations d'assurance à la suite de la rechute annoncée le 10 novembre 2011 par la recourante, singulièrement s'il existe une relation de causalité naturelle entre les troubles à l'épaule droite dont se plaint la recourante et l'événement du 9 septembre 2009.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et

les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). 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 se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul 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). 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de la vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; 119 V 338 consid. 1). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (TF 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire,

cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références citées). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un profit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) En vertu de l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine* ou *ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.3; TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

d) Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). 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; 119 V 335 consid. 1; 117 V 359 et les références citées).

e) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4. En l'espèce, il s'agit de déterminer si les troubles annoncés en novembre 2010 sont en lien de causalité avec l'événement de septembre 2009.

Le 9 septembre 2009, la recourante s'est blessée au niveau de la main droite dans le cadre de son travail, alors qu'elle nettoyait une machine, ce qui a conduit le même jour à une amputation subtotale P3 de

l'index droit et une amputation P3 proximale (cf. protocole opératoire du 9 septembre 2009 du Dr F. _____). L'assurée a ensuite bénéficié d'un suivi par le Dr F. _____, qui a fait état d'une bonne évolution dans son rapport du 20 janvier 2010, puis a fait savoir à l'intimée le 10 mars 2010 que sa patiente pouvait reprendre le travail à 50% le 15 mars 2010. L'assurée a finalement repris le travail à plein temps le 26 juillet 2010.

Durant son suivi, le Dr F. _____ n'a pas fait état de lésion au niveau de l'épaule droite.

Le 10 novembre 2010, le Dr G. _____ a constaté des omalgies et une impotence fonctionnelle de l'épaule droite de sa patiente et une rechute de l'événement du 9 septembre 2009 a été annoncée à l'intimée. A la suite d'une arthro-IRM de l'épaule droite du 19 novembre 2010, le Dr H. _____ a constaté une déchirure partielle du rebord inférieur du tendon du muscle du sus-épineux, diagnostic repris par le Dr G. _____ dans son rapport médical du 6 janvier 2011. Le Dr J. _____ s'est ensuite prononcé sur le cas de l'assurée, en particulier sur le lien de causalité éventuelle entre l'événement du 9 septembre 2009 et les lésions à la main droite qu'il avait générées, et les troubles de l'épaule droite annoncés le 10 novembre 2010. Dans son rapport médical du 11 janvier 2011, ce spécialiste a noté qu'il ne voyait pas très bien comment le traumatisme du 9 septembre 2009 avait pu entraîner la lésion de l'épaule droite (savoir une lésion partielle du sus-épineux de l'épaule droite), en relevant que la patiente elle-même précisait bien que ce jour-là (soit le 9 septembre 2009) seuls les doigts avaient été blessés et que l'épaule n'avait présenté aucune douleur. Pour le Dr J. _____, la lésion mise en évidence par l'arthro-IRM de novembre 2010 et son traitement ne relevaient dès lors pas de la LAA.

Une expertise a ensuite été confiée à un expert indépendant, le Dr D. _____, qui a examiné l'assurée le 14 juin 2011. Dans son rapport du 13 juillet 2011, ce spécialiste a posé les diagnostics de status après amputation des 2/3 distaux de P3 de D3 droit, de status après amputation de la houppes de l'index droit, de probable conflit sous-acromial sur lésion

partielle du sus-épineux de l'épaule droite et de syndrome du tunnel carpien droit irritatif. Invité à répondre en particulier à la question de savoir si les atteintes à la santé présentes à l'heure actuelle étaient dues totalement ou partiellement à l'accident du 9 septembre 2009, le Dr D._____ a relevé que le lien de causalité entre la lésion de l'index et celle du médius de la main droite avec l'accident du 9 septembre 2009 était établi. Par contre, il était difficile d'admettre une relation de causalité entre l'événement du 9 septembre 2009 et la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite. Pour le Dr D._____, la lésion mise en évidence sur l'arthro-IRM du 18 novembre 2010 était d'origine mécanique et dégénérative et ne pouvait être en rapport avec l'événement traumatique de la main droite, dès lors qu'il n'y avait rien eu de particulier au niveau de cette épaule lors de l'accident du 9 septembre 2009. Il relevait encore que la possibilité d'un éventuel syndrome épaule-main post-accidentel n'était pas à retenir 21 mois après l'accident incriminé. Le Dr D._____ notait encore que la limitation d'amplitude de l'épaule droite n'était pas suffisante pour envisager la possibilité d'une capsulite rétractile invalidante, ni pour expliquer les plaintes totalement invalidantes formulées par l'assurée, cette dernière, quand elle n'était pas sur ses gardes, présentant au demeurant une cinétique normale du membre supérieur droit en contradiction avec ses plaintes. Le Dr D._____ a ajouté que vu le mécanisme de l'accident du 9 septembre 2009, il était difficile d'imaginer que celui-ci ait pu induire une lésion concomitante au niveau de l'épaule droite. Pour lui, le rapport de causalité entre l'événement du 9 septembre 2009 et les douleurs de l'épaule droite n'était pas établi, et il lui était même difficile d'admettre qu'il puisse seulement être possible. Il expliquait ainsi que c'était l'état préexistant qui jouait un rôle déterminant, avec la précision que le syndrome sous-acromial pouvait se manifester à tout moment, même sans cause apparente, la lésion du tendon du sus-épineux mise en évidence sans traumatisme adéquat étant le reflet de lésions mécaniques en rapport avec le conflit sous-acromial, cet état se voyant souvent dans les épaules vieillissantes et soumises à des sollicitations répétées. Le Dr D._____ a encore précisé que les douleurs de l'épaule droite étaient apparues anamnestiquement en octobre 2009, observant dans ce cadre qu'aucun

rapport médical établi immédiatement après l'accident du 9 septembre 2009 ne faisait état de douleurs de l'épaule. Il a enfin noté que l'amputation du médus droit était distale et n'entravait dès lors pas la mobilité du membre supérieur droit ni n'en modifiait l'utilisation.

Pour établir son rapport du 13 juillet 2011, le Dr D._____ s'est adjoint les services du Dr P._____, qui a constaté que l'EMG du nerf médian au poignet droit était normal de même que la recherche d'une atteinte radiculaire de C5 à C7 D. On ne peut à cet égard faire grief au Dr D._____ de ne pas avoir pris contact avec l'ergothérapeute et les physiothérapeutes de la recourante, dans la mesure où celui-ci a pris connaissance de l'entier du dossier constitué auprès de l'intimée et s'est estimé, ainsi qu'il l'a expliqué, suffisamment renseigné sur son état pour pouvoir établir son rapport d'expertise en connaissance de cause, après avoir examiné l'assurée.

Le Dr D._____ a au demeurant complété son rapport d'expertise le 11 octobre 2011, répondant aux questions du conseil de la recourante. Dans ce cadre, il a répété qu'il ne trouvait aucun élément qui permette d'associer l'événement survenu le 9 septembre 2009 avec le problème de l'épaule droite de l'assurée, notant en particulier qu'il n'y avait aucune notion de choc direct ou indirect subi au niveau de l'épaule droite lors de l'accident du 9 septembre 2009. Il a précisé que l'assurée, quand elle était distraite, balançait son membre supérieur droit de manière normale, ce qui était important car le ballant naturel lors de la marche était coordonné. Il a observé qu'elle présentait une cohérence de l'ensemble des mouvements lors de la marche. Il a encore noté que le traitement instauré par le Dr G._____ avait été bénéfique, puisqu'il y avait eu une rémission des symptômes jusqu'en octobre 2010. Or une telle évolution s'expliquait mal en présence d'une lésion traumatique. Par contre, elle était habituelle lors d'une symptomatologie douloureuse liée à des phénomènes dégénératifs, associés à un conflit sous-acromial.

Le rapport du Dr D._____ du 13 juillet 2011 et son complément du 11 octobre 2011 procèdent d'une étude fouillée du cas de

la recourante. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et le rapport se fonde sur des examens complets. L'anamnèse y est posée, et les plaintes de la recourante retranscrites. Les conclusions du Dr D._____, qui exclut tout lien de causalité entre l'événement du 9 septembre 2009 et la symptomatologie de l'épaule droite présentée par l'assurée, sont claires et dûment motivées. Dans ces circonstances, il convient de lui reconnaître pleine valeur probante. Ce rapport n'est au surplus pas contredit par le Dr J._____, qui admet également ne pas voir comment le traumatisme du 9 septembre 2009 aurait pu entraîner une lésion de l'épaule droite.

Au plan diagnostique, il n'est pas contesté que la recourante présente une lésion partielle du sus-épineux de l'épaule droite (cf. rapport d'arthro-IRM du 19 novembre 2010, rapport médical du Dr G._____ du 6 janvier 2011, rapport médical du Dr J._____ du 11 janvier 2011, expertise du Dr D._____ du 13 juillet 2011). Toutefois, cette lésion n'est pas en lien avec l'événement du 9 septembre 2009, ainsi que l'explique de façon précise le Dr D._____. A cela s'ajoute que le Dr G._____ admet dans son rapport médical du 25 avril 2012 ne pas avoir vu sa patiente entre l'accident du 9 septembre 2009 et novembre 2010, expliquant qu'il lui est dès lors difficile de fixer la date précise d'apparition des premières douleurs à l'épaule droite. A l'appui de son rapport du 25 avril 2012, le Dr G._____ expose avoir fait réaliser l'arthro-IRM du 19 novembre 2010 et constater que l'on y retrouve une déchirure partielle du sus-épineux droit, expliquant que "le diagnostic retenu est donc celui de syndrome main-épaule avec déchirure partielle du tendon du sus-épineux droit". Or le Dr G._____ est le seul médecin à poser - compte tenu de la lésion, admise, du tendon du sus-épineux - le diagnostic de syndrome main-épaule (rapports médicaux des 3 et 25 avril 2012). Le Dr G._____ n'explique cependant pas pour quelles raisons il retient un tel diagnostic et ne s'exprime pas non plus sur un éventuel lien entre cette lésion et l'événement du 9 septembre 2009. Dans ce cadre, il y a lieu d'observer que dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire du 9 octobre 2012 du SMR, les Drs Z._____ et W._____ ont noté que l'arthro-IRM du 18 novembre 2010 avait mis en évidence un aspect légèrement effiloché du

tendon du muscle sus-épineux avec minime extravasation du produit de contraste vers la bourse sous-acromio-deltoïdienne, ce qui correspondait à une déchirure partielle du rebord inférieur du tendon du muscle du sus-épineux. Il n'y avait par contre pas d'atrophie musculaire, de lésion osseuse ni dans le labrum. Le reste des structures faisant partie de la coiffe des rotateurs était en ordre et il n'y avait pas d'argument pour une capsulite rétractile, ni pour un syndrome épaule-main, dans la mesure où l'assurée ne présentait pas de signe d'algoneurodystrophie du membre supérieur droit et notamment de la main droite, la mobilité de l'épaule droite étant pratiquement normale en passif, si l'on faisait abstraction de l'importante résistance volontaire qu'exerçait l'assurée à l'abduction passive de l'épaule droite, qui entraînait une discrète diminution de l'abduction passive. Les médecins du SMR ont ainsi expliqué de façon détaillée pour quels motifs ils ne retiennent pas le diagnostic de syndrome épaule-main posé par le Dr G._____. Ils sont en outre d'avis que la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité adaptée, celle-ci ne présentant pour le surplus aucun diagnostic incapacitant au plan psychiatrique.

Finalement, le rapport d'examen du SMR ne remet pas en question les conclusions du Dr D._____, étant précisé que les médecins du SMR ne se sont pas prononcés sur le lien de causalité entre la lésion de l'épaule et l'événement du 9 septembre 2009, mais ont procédé à un examen global du cas de l'assurée.

On relèvera enfin que l'allégation de la recourante selon laquelle elle n'aurait pas présenté de douleurs à l'épaule droite avant l'événement du 9 septembre 2009 procède du raisonnement "post hoc, ergo propter hoc", et ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'événement du 9 septembre 2009 pour ce qui a trait à la symptomatologie de l'épaule. La recourante a en outre pu reprendre son activité à 50% dès le 15 mars 2010, puis à 75% du 18 mai au 25 juillet 2010, et enfin à 100% le 26 juillet 2010.

En dernier lieu, il convient encore de préciser que quand bien même le diagnostic de déchirure partielle du rebord inférieur du tendon du muscle du sus-épineux mis en évidence à l'occasion de l'arthro-IRM du 18 novembre 2010 figure dans la liste - exhaustive - des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, il n'en demeure pas moins que, comme on l'a vu, rien ne permet d'établir que la recourante aurait subi un choc à l'origine de la lésion en cause le 9 septembre 2009. Il y a lieu également dans ce contexte de rappeler, comme l'a expliqué le Dr D._____ dans son expertise - qui a valeur probante - que cette lésion est d'origine mécanique et dégénérative et qu'elle se voit souvent dans les épaules vieillissantes et soumises à des sollicitations répétitives, comme c'est le cas de la recourante.

Par ailleurs, les douleurs de l'assurée à l'épaule droite ne sont apparues que bien après l'accident du 9 septembre 2009. Elles ne sont survenues que quelques semaines plus tard (rapport du 11 janvier 2011 du Dr J._____), respectivement au début du mois d'octobre 2009 (expertise du Dr D._____, qui renvoie à l'avis du Dr G._____), voire au plus tôt une semaine après l'accident (rapport d'examen du SMR du 9 octobre 2012 des Drs Z._____ et W._____). Il y a donc lieu de retenir, au vu des rapports versés au dossier, que l'accident du 9 septembre 2009 est sans incidence sur la lésion de l'assurée à son épaule droite et qu'il n'appartient pas à l'intimée d'assumer les conséquences médicales résultant de cette lésion.

5. Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telles, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 119 V 335 consid. 3c).

En l'occurrence, l'instruction du dossier étant suffisante, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée, de même que les requêtes tendant à la production des dossiers complets des Drs G. _____ et F. _____ ainsi que des physiothérapeutes et ergothérapeutes, les éléments au dossier étant clairs et permettant à la Cour de céans de statuer.

6. a) Il s'ensuit que l'intimée n'est pas tenue à prestations pour les troubles présentés par l'assurée à son épaule droite. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Laurent Etter a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. Après examen détaillé, la quotité des opérations listées paraît toutefois trop importante par rapport à la complexité de la cause. De même, une durée de 5.2 heures pour l'étude du dossier et la préparation des explications complémentaires semble excessif. Ainsi, le temps indiqué de 26.2 heures dans ladite liste paraît disproportionné par rapport à celui qu'aurait consacré un mandataire diligent, de sorte que la durée des opérations doit être réduite à 18 heures. Il convient dès lors d'allouer la somme de 3'607 fr. 20 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (18 heures de travail au tarif horaire de 180 fr. de l'heure, débours par 100 fr. et TVA à 8%).

c) La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de

le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

d) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le présent arrêt est rendu sans dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 31 octobre 2011 par l'O. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Laurent Etter, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'607 fr. 20 (trois mille six cent sept francs et vingt centimes), TVA comprise.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Laurent Etter, avocat à Vevey (pour C. _____)
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'O. _____)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :