

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 juin 2016

---

Composition : M. NEU, juge unique

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Marc Mathey-Doret,  
avocat, à Genève,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 6, 10 et 16 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante serbe née en 1962, exerçait l'activité de préparatrice en denrées alimentaires avant d'émigrer à l'assurance-chômage en mars 2011.

Depuis lors, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**B.** En date du 26 mai 2012, se trouvant en vacances en Serbie, elle a été victime d'un accident de la circulation en tant que passagère, au cours duquel elle a été blessée à la main droite.

La déclaration de sinistre, complétée le 3 juillet 2012, fait état d'une « entorse/torsion » de la main droite sous suite d'incapacité totale de travail depuis le 27 mai 2012.

A la demande de la CNA, l'assurée lui a adressé un tirage des rapports médicaux établis en Serbie consécutivement aux premiers soins dispensés, lesquels relatent une « blessure [de l']avant-bras [et de la] main », ainsi que des « contusion et œdème de la main d[roite] » ayant nécessité la pose d'une attelle et la prescription d'analgésiques (cf. rapports médicaux des 27 mai 2012 et 1<sup>er</sup> juin 2012).

A son retour en Suisse, l'assurée a été prise en charge par la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et chirurgie auprès du Centre médico-chirurgical E. \_\_\_\_\_, qui a prononcé un arrêt total de travail du 4 juin 2012 au 15 juillet 2012. Cette praticienne a par ailleurs adressé un rapport médical à la CNA en date du 17 juillet 2012, retenant les diagnostics de « déchirure du ligament collatéral interne et externe [de la] métacarpo-phalangienne du 5<sup>ème</sup> doigt » conformément aux résultats d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du

20 juin 2012. Compte tenu d'une « évolution lente et insuffisante », sa patiente était orientée vers la consultation de la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et chirurgie de la main au sein du Centre de chirurgie H.\_\_\_\_\_. L'incapacité totale de travail se poursuivait, suite à une tentative infructueuse de reprise d'activité à 50%.

Le 15 août 2012, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a communiqué un rapport à la CNA, attestant des diagnostics de « douleurs et impotence fonctionnelle du 5<sup>ème</sup> rayon de la main droite », « status après contusion-entorse sévère de la MCP [réd. : articulation métacarpo-phalangienne] du 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> rayon de la main droite, avec déchirure du ligament interne et externe de la MCP du 5<sup>ème</sup> rayon ». Elle a préconisé des traitements d'ergothérapie et d'anti-inflammatoires, le port d'un anneau de syndactylie, ainsi que la poursuite de l'incapacité totale de travail, précisant ce qui suit :

« [...] J'ai examiné [l'assurée] une seule fois le 17 juillet 2012, elle se plaint de douleurs et impotence fonctionnelle de sa main droite dominante. A l'inspection et à la palpation, l'articulation MCP du 5<sup>ème</sup> rayon est très sensible et on constate un œdème global sans gradient thermique. La mobilité est la suivante : extension-flexion MCP 0-0-68, IPP [réd. : articulation inter-phalangienne proximale] 0-16-80, IPD [réd. : articulation inter-phalangienne distale] 0-0-50. La force au dynamomètre de Jamar est de 8kg/cm<sup>2</sup> (28 à gauche), la force au Key Pinch est de 5kg/cm<sup>2</sup> à droite (7.5 à gauche). »

Un nouveau rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2012, adressé à un assureur tiers et ne figurant pas au dossier de la CNA, a relaté une « évolution lente, mais satisfaisante » en dépit de la persistance de douleurs et d'une impotence fonctionnelle de la main droite.

Un rapport médical intermédiaire a été établi par la Dresse D.\_\_\_\_\_ à l'attention de la CNA le 29 octobre 2012, lequel est notamment libellé en ces termes :

« [...] Lors de la dernière consultation du 23 octobre 2012, j'ai pu constater encore une amélioration tant sur le plan subjectif qu'objectif, grâce à une ergothérapie de rééducation intensive. La patiente se plaint toujours de quelques douleurs résiduelles,

aggravées lors de gestes de préhension et aux changements de temps. Elle est surtout gênée par un manque de force globale de la main droite, dominante. La mobilité du 5<sup>ème</sup> rayon est la suivante : extension-flexion MCP 0-0-86, IPP 0-0-92, IPD 0-0-78. La force au dynamomètre de Jamar est de 18kg/cm<sup>2</sup> à droite (28 à gauche), la force au Key Pinch est de 6kg/cm<sup>2</sup> à droite (7.5 à gauche).

[...] La patiente va terminer les séances d'ergothérapie prescrites. Je propose un examen par le médecin d'arrondissement pour réévaluer un rendement réel et la possibilité d'une reprise d'un travail adapté.

[...] Vu l'évolution globalement favorable, je lui ai proposé une reprise de travail adapté (sans effort du membre supérieur droit) pour une durée de 2 mois, qu'elle a malheureusement refusée. Pour cette raison, un examen par le médecin conseil serait souhaitable et ce dans les plus brefs délais. »

L'incapacité totale de travail a finalement été maintenue, tandis que de nouvelles séances d'ergothérapie ont été prescrites à compter du 4 décembre 2012.

**C.** Le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à un examen clinique de l'assurée le 20 février 2013 et établi son rapport à cette même date. Après avoir pris note des plaintes de l'assurée, ce spécialiste a fait part des constats et appréciation suivants :

**« Constatations**

[...] Le déshabillage n'est pas entravé.

L'examen de la main D [réd. : droite] ne montre aucune tuméfaction, ni rougeur, ni chaleur. La température et la transpiration des deux mains est équivalente. L'enroulement des doigts est complet au niveau de la main D. L'articulation métacarpo-phalangienne du 5<sup>ème</sup> rayon ne montre aucune instabilité. La palpation de cette région entraîne le retrait de la main de la part de l'assurée.

Le poignet D montre une mobilité complète en flexion-extension 60-0-70°, amplitudes équivalentes au côté G [réd : gauche]. L'inclinaison radio-cubitale est mesurée, à droite, à 15-0-50° contre 20-0-50° à gauche.

Au testing de la force par le jamar, on obtient du côté D, 12-12-12kg contre 32-27-28kg à gauche. Au Key Pinch, on obtient à droite, 3,5-2,5 et 3kg contre 8,5-6,5 et 8,5kg à gauche. [...]

**Appréciation**

[...] Subjectivement, la patiente déclare manquer de force au niveau de sa main D. Les douleurs irradient proximale en direction du coude. Des douleurs nocturnes sont évoquées avec des réveils et les plaintes sont péjorées à l'exposition au froid. La main D aurait tendance à enfler après l'effort.

Objectivement, la main D ne montre aucun signe inflammatoire. L'enroulement des doigts est complet. L'articulation métacarpo-phalangienne du 5<sup>ème</sup> rayon de la main D est parfaitement stable.

Nous sommes maintenant à près de 9 mois de l'accident et, compte tenu de ce qui précède, on peut déclarer notre assurée apte à reprendre le travail à 100% dès le 01.03.2012 [recte : 2013]. »

La CNA a informé l'assurée des conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_ en termes de capacité de travail par communication du 21 février 2013, indiquant que les prestations d'assurance seraient servies jusqu'à 28 février 2013.

**D.** L'assurée a sollicité un tirage du rapport du médecin d'arrondissement, ainsi que la notification d'une décision formelle munie des voies de droit auprès de la CNA, tout en lui signalant consulter prochainement un spécialiste au sein du Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_ [recte : de la Policlinique L.\_\_\_\_\_], compte tenu de la persistance des douleurs de sa main droite. Elle a ajouté bénéficiaire du suivi du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique (cf. courriers de l'assurée des 1<sup>er</sup>, 6 et 13 mars, 30 avril et 7 mai 2013, ainsi que courriels des 22 mars et 9 avril 2013).

L'assurée s'est rendue à la consultation du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, à la demande du Dr K.\_\_\_\_\_, le 17 avril 2013. Le rapport du même jour de ce spécialiste a mis en exergue une « légère neuropathie cubitale droite au coude », susceptible d'expliquer « les troubles sensitifs du 5<sup>ème</sup> doigt, mais pas les douleurs de la main droite ».

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a communiqué à la CNA une copie de la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), déposée par l'assurée le 30 mai 2013 au motif de douleurs et manque de force de la main droite, ainsi que d'un cancer du sein droit.

La Policlinique L.\_\_\_\_\_, sous la plume des Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante, a rédigé un rapport médical à l'attention de la CNA en date du 10 juin 2013. L'évolution du cas de l'assurée a été relatée comme suit :

« [...] **a) Evolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif) :**

Sur le plan subjectif, [l'assurée] note l'absence d'évolution depuis son accident en mai 2012, elle reste toujours très gênée et handicapée sur le plan fonctionnel, avec l'incapacité à porter des casseroles, à tenir des objets en faisant le poing, et faire le ménage est quasiment impossible, [l'assurée] demandant de l'aide à sa famille pour le faire. Les douleurs sont permanentes, avec une augmentation des douleurs le soir et la nuit, des réveils nocturnes, des dysesthésies de type fourmillements, prenant surtout les quatrième et cinquième doigts de la main droite, jusqu'au poignet, parfois, prenant toute la main, et les douleurs irradient du quatrième et cinquième, surtout au niveau de la cinquième MCP de la main, jusqu'à la face interne du coude. Il n'y a pas de raideur matinale décrite, elle porte la journée son attelle faite en ergothérapie, avec une syndactylie des doigts quatre et cinq de la main droite, décrivant qu'une abduction de la MCP du cinquième doigt de la main droite ravive fortement les douleurs. Les douleurs sont plutôt d'allure mécanique, augmentées après les efforts et le ménage. La patiente est droitière.

Sur le plan objectif, il nous est difficile de nous prononcer quant à l'évolution, n'ayant vu [l'assurée] qu'à une reprise le 9 avril 2013, jusqu'à présent. Nous n'avons pas noté de tuméfaction importante de la main droite, la flexion des doigts montre la possibilité de fermer le poing, qui est cependant source de douleurs à l'examen clinique.

Sur le plan ostéo-articulaire du membre supérieur, nous n'avons pas d'argument pour une autre origine comme une épicondylite ou autre tendinopathie. Les cervicales montrent l'absence de raideur, la lordose est conservée, il n'y a pas de douleur à la percussion du rachis cervical. La mobilité est conservée et symétrique, avec une antéflexion de 1 cm, et une extension libre et indolore, les inclinaisons latérales sont symétriques et indolores, de même que les rotations.

Sur le plan neurologique, la force est de type M4+ au membre supérieur droit, mis à part la fermeture du poing de la main droite à M3+, et les ROT [réf. : réflexes ostéo-tendineux] sont vifs et symétriques.

A noter que sur le plan thymique, la patiente a remarqué l'apparition de troubles du sommeil, avec des réveils précoces, des difficultés d'endormissement, des baisses de moral, avec des idées noires, sans idéations suicidaires, mais perte d'espoir en l'avenir, perte de motivation, difficultés à se concentrer. Elle décrit des rappels de l'image de l'accident qui lui reviennent comme des flashes, avec des images, une peur importante à retourner dans une voiture comme passagère depuis l'accident, et des appréhensions importantes, sans éviction complète de ces situations, qui sont cependant marquées par une importante anxiété. A noter que ces symptômes sont décrits dans les suites de l'accident, et se seraient progressivement instaurés depuis mai 2012, sans autre notion de facteur déclenchant.

**b) Pronostic :**

Le pronostic nous semble très réservé, les douleurs étant chronifiées depuis maintenant une année ; la recherche d'une autre explication aux douleurs actuelles est indiquée dans ce cadre, et nous avons

dans ce but, demandé un avis neurologique au Dr P.\_\_\_\_\_, neurologue à [...], avec EMG [réd. : électromyogramme], ainsi qu'un deuxième avis en chirurgie de la main à la Clinique S.\_\_\_\_\_. Le Dr P.\_\_\_\_\_ retient une composante sur neuropathie ulnaire au MSD [réd. : membre supérieur droit] sans pouvoir expliquer l'entier de la symptomatologie.

A noter que l'année 2012 a été marquée également pour cette patiente par un diagnostic de cancer du sein, cependant, le pronostic reste favorable, avec une attitude curative, comprenant de la chirurgie, de la radiothérapie et de l'hormonothérapie.

**c) Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.) ? Si oui, lesquelles ? :**

Oui. Au vu d'un état actuel de trouble dépressif majeur, voire d'un possible syndrome de stress post-traumatique, dans le cadre de l'accident de voiture, en mai 2012, ceci rend le processus plus long. [...] »

En outre, à l'issue d'un rapport médical du 18 juin 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de « status post-traumatisme du coude, poignet et main droits », « neuropathie ulnaire droite au coude » et « ténosynovite des fléchisseurs des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts à droite », signalant une évolution « lente, mais bonne », du fait de l'amélioration des douleurs. Une consultation fixée dix jours plus tard permettrait de déterminer les résultats de l'immobilisation du coude par le biais d'une attelle. Etaient au surplus annexés les rapports neurologiques émanant du Dr P.\_\_\_\_\_.

Appelé à se prononcer sur les récentes pièces médicales versées au dossier de l'assurée, le Dr J.\_\_\_\_\_ a communiqué son appréciation le 3 juillet 2013, estimant que « les constatations effectuées à la Policlinique L.\_\_\_\_\_ rejoign[aient ses] observations cliniques ». L'examen neurologique du Dr P.\_\_\_\_\_ s'avérait normal, à l'exception d'une « discrète neuropathie ulnaire au niveau du coude dont le lien avec l'accident du 26.05.2012 n'[était] que possible ». Le Dr J.\_\_\_\_\_ a en conséquence maintenu ses conclusions du 20 février 2013, à savoir que l'assurée était dotée d'une capacité de travail entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2013.

Par décision du 9 juillet 2013, reprenant les termes de sa communication du 21 février 2013, la CNA a mis un terme à l'allocation de ses prestations avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2013, compte tenu d'une capacité de travail pleinement recouvrée depuis cette date selon l'appréciation de son médecin-conseil.

**E.** Représentée par son avocat en la personne de Me Marc Mathey-Doret, l'assurée s'est formellement opposée à la décision de la CNA précitée par correspondance du 22 juillet 2013, se proposant de compléter cette écriture à réception de son dossier et observant a priori que la cessation de la prise en charge du cas dès mars 2013 se trouvait en contradiction avec l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_.

L'assurée a complété son opposition le 30 octobre 2013, concluant à l'annulation de la décision du 9 juillet 2013. Elle a fait valoir que la CNA n'avait nullement démontré le recouvrement d'une capacité de travail \_\_\_\_\_ entière \_\_\_\_\_ dès \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> mars 2013, alors que les avis médicaux versés à son dossier démontraient la non-stabilisation de son état de santé et la persistance d'une incapacité de travail, maintenue selon divers certificats établis par le Dr K.\_\_\_\_\_. Elle a en outre estimé que l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2013 était contradictoire en ce qu'elle reprenait les constats effectués à la Polyclinique L.\_\_\_\_\_ sans prendre en compte l'évaluation de sa capacité de travail exprimée par les Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_. Des troubles de la sensibilité de la main et des douleurs du poignet avaient en outre été mis en exergue tant par la Polyclinique L.\_\_\_\_\_ que par \_\_\_\_\_ le Dr K.\_\_\_\_\_. Le dossier constitué par la CNA s'avérait enfin incomplet puisqu'il ne contenait pas l'avis sollicité par la Polyclinique L.\_\_\_\_\_ auprès de la Clinique S.\_\_\_\_\_.

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 13 décembre 2013, rejetant l'opposition de l'assurée et confirmant sa décision du 9 juillet 2013. Après avoir rappelé les règles légales et jurisprudentielles applicables au cas d'espèce, elle a estimé que l'opinion du Dr J.\_\_\_\_\_,

fondée sur des constats cliniques analogues à ceux consignés par la Polyclinique L.\_\_\_\_\_, légitimait la teneur de la décision entreprise. Son médecin-conseil avait en outre pris en compte les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_, la problématique observée au coude de l'assurée n'étant en lien de causalité ni vraisemblable, ni probable avec l'accident du 26 mai 2013. Il n'y avait en définitive aucun élément médical déterminant qui permettrait de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_.

**F.** L'assurée, assistée de Me Mathey-Doret, a déféré la décision sur opposition du 13 décembre 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 31 janvier 2014, concluant à son annulation et à l'allocation des prestations d'assurance au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2013, singulièrement à l'octroi d'indemnités journalières du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 juillet 2013, compte tenu d'une incapacité totale de travail attestée jusqu'à cette dernière date. Elle a reproché à l'intimée d'avoir fondé sa décision sur opposition exclusivement sur l'opinion exprimée à deux reprises par son médecin-conseil, le Dr J.\_\_\_\_\_, selon laquelle elle aurait recouvré une capacité totale de travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2013. Elle a estimé que cette analyse ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante, \_\_\_\_\_ alors \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ le Dr K.\_\_\_\_\_ avait maintenu une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 juillet 2013. Elle a en outre rappelé la teneur des rapports établis par la Polyclinique L.\_\_\_\_\_ et le Dr P.\_\_\_\_\_, où étaient prises en compte les douleurs alléguées et une légère neuropathie cubitale droite au coude, écartées à son sens sans justification par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son appréciation \_\_\_\_\_ du 3 juillet 2013. Elle a considéré que la CNA aurait dû en définitive suivre les explications des différents spécialistes consultés, en particulier celles du Dr K.\_\_\_\_\_, tant en termes de diagnostics que d'appréciation de la capacité de travail, pour la mettre au bénéfice d'indemnités journalières pour \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ période \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 juillet 2013. Etait joint à son écriture de recours un nouveau rapport médical, établi le 27 janvier 2014 par le Dr K.\_\_\_\_\_, libellé notamment comme suit :

« [...] 2. Les diagnostics après investigation sont :

Déchirure de ligaments interne et externe de l'articulation métacarpo-phalangienne du 5<sup>ème</sup> doigt D.

Légère neuropathie ulnaire droite au coude D.

Tendosynovite [des] fléchisseurs 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts.

Les lésions ligamentaires sont sûrement la conséquence de l'accident.

Les lésions ténosynoviales des 2 derniers doigts de la main droite pourraient être également la conséquence du traumatisme malgré les délais écoulés depuis le jour de l'accident.

Pour la neuropathie ulnaire au coude D décrite comme légère selon l'ENMG, se pose la question suivante : Légère amélioration par rapport à un état sévère depuis l'accident ? Ou légère par rapport à un état identique d'avant l'accident ?

Anamnestiquement, [l'assurée] ne se souvient pas avoir eu de tels symptômes avant l'accident. A-t-elle consulté pour cela avant l'accident ? En ce qui me concerne, je n'ai en ma possession aucun document prouvant ou infirmant cela.

3. Je ne peux évaluer que les traitements ordonnés lors de ma consultation.

Le 29.4.2013 je procède à une infiltration cortisonique des gaines des fléchisseurs des doigts 4 et 5 à droite.

Au contrôle, les douleurs aux deux derniers doigts ont disparu. Le coude est mis au repos complet dans une attelle confectionnée à 120° durant six semaines, Les paresthésies ont nettement régressé.

4. J'ai reconnu une incapacité de travail à 100% jusqu'à la fin juillet 2013.

5. L'état de santé de [l'assurée] est stabilisé. Aucune suite de traitement n'est prévue à ma consultation. Les pathologies évoquées sont guérissables. [...] »

La CNA a produit sa réponse au recours le 8 avril 2014, en proposant le rejet. Elle a souligné que les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_ reposaient sur des éléments objectivement constatés lors de l'examen clinique du 20 février 2013, lesquels n'étaient pas sérieusement remis en question par les rapports médicaux subséquents. S'agissant du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2014, ce praticien n'était pas en mesure d'attester un lien de causalité entre les lésions ténosynoviales, la neuropathie ulnaire et l'accident incriminé. Ce document ne justifiait donc pas d'écarter l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_. Qui plus est, un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » n'avait pas valeur de preuve en matière d'assurance-accidents

La recourante a répliqué le 5 mai 2014, réitérant pour l'essentiel ses arguments et persistant dans les conclusions prises aux termes de son mémoire de recours. Elle a suggéré subsidiairement la mise

en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à statuer sur la durée de l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 26 mai 2012.

Par duplique du 26 mai 2014, l'intimée a indiqué ne pas avoir de remarques supplémentaires à formuler, de sorte que la cause a été gardée à juger.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents pour une durée limitée à cinq mois (du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 juillet 2013), la valeur litigieuse s'avère ex lege inférieure à 30'000 fr., de sorte que la cause peut être tranchée par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**d)** En l'espèce, le recours a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin

d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

**b)** Le litige est circonscrit par les décisions du 9 juillet 2013 et la décision sur opposition du 13 décembre 2013. Il porte en conséquence

exclusivement sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimée dès le 1<sup>er</sup> mars 2013, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre la symptomatologie présentée par l'assurée à son membre supérieur droit au-delà de cette date et l'accident du 26 mai 2012.

La recourante conteste pour l'essentiel l'appréciation des pièces médicales versées à son dossier, estimant que la CNA ne pouvait se baser sur les déterminations du Dr J.\_\_\_\_\_, dénuées de valeur probante, mais aurait dû prendre en compte l'opinion du Dr K.\_\_\_\_\_ et de la Polyclinique L.\_\_\_\_\_ pour retenir une incapacité totale de travail jusqu'au 31 juillet 2013. Elle conclut dès lors au versement d'indemnités journalières du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 juillet 2013, sans revendiquer d'autres prestations de la part de l'intimée.

Quant à cette dernière, fondée sur les conclusions de son médecin-conseil qu'elle qualifie de pleinement probantes, elle considère que le lien de causalité entre l'incapacité de travail présentée par l'assurée et l'accident du 26 mai 2012 est rompu avec effet au 28 février 2013.

Vu les arguments respectifs des parties, il s'agira en premier lieu, après avoir rappelé les règles légales et jurisprudentielles pertinentes pour trancher le cas d'espèce, d'examiner si les pièces médicales à disposition permettent de statuer à satisfaction sur le droit litigieux.

Cas échéant, il y aura lieu, dans un second temps, de déterminer si l'état de santé somatique de la recourante, soit la symptomatologie de son membre supérieur droit, justifie le maintien d'une incapacité totale de travail jusqu'au 31 juillet 2013, en corrélation avec l'accident du 26 mai 2012.

**c)** On relèvera que la recourante ne se prévaut d'aucun diagnostic du registre psychique lié à l'accident incriminé, tandis que la

CNA n'a pas davantage mentionné une telle problématique dans la décision sur opposition litigieuse.

Or, les spécialistes de la Policlinique L.\_\_\_\_\_ ont retenu un diagnostic secondaire de « probable trouble dépressif majeur » apparemment consécutif à l'accident en cause selon la description des symptômes émanant de l'assurée (cf. rapport de la Policlinique L.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2013, p. 1 et 2).

Cet aspect ne fait toutefois partie ni de l'objet de la contestation, ni de l'objet du litige, faute d'argument soulevé par la recourante à cet égard, de sorte qu'il échappe à l'examen du tribunal de céans.

Cela étant, indépendamment de ce constat, il ne fait pas de doute qu'un lien de causalité adéquate entre les symptômes psychiques éventuellement présentés par la recourante et l'accident du 26 mai 2012, lequel s'apparente à un accident de peu de gravité, aurait de toute manière dû être nié.

En effet, ainsi que l'a énoncé le Tribunal fédéral dans une jurisprudence constante, un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident de peu de gravité doit être nié d'emblée, qui plus est en l'absence de toutes circonstances particulières entourant l'événement (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2).

**3.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**4. a)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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

le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

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 (non-application du raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert

est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

**b)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

**c)** Eu égard spécifiquement au diagnostic de « maladie de Sudeck », « algodystrophie » ou « syndrome douloureux régional complexe (SDRC) », le Tribunal fédéral a eu l'occasion de définir des critères cumulatifs justifiant l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une telle pathologie, à savoir :

- la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
  - l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique ;
  - une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines
- (TF 8C\_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 ; 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 ; U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1).

**5.** In casu, préalablement, il y a lieu de déterminer si un complément d'instruction médicale se justifie, ainsi que l'a suggéré la recourante à l'issue de sa réplique du 5 mai 2014.

**a)** L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre

parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

**c)** Si l'administration 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 d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

**d)** En l'espèce, l'intimée a fondé l'appréciation de la situation somatique de l'assurée essentiellement sur les conclusions communiquées le 20 février 2013, maintenues le 3 juillet 2013, par son médecin d'arrondissement, le Dr J.\_\_\_\_\_. Ce dernier s'est prononcé en toute connaissance de cause, après analyse de l'ensemble des avis spécialisés sollicités par la recourante, soit tant ceux communiqués par la Policlinique L.\_\_\_\_\_ que ceux des Drs K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_.

**da)** Dans ce contexte, le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2014 n'apporte aucun élément sensiblement nouveau par rapport à ses précédentes explications, adressées directement à la CNA. En effet, en termes diagnostiques, ce praticien avait évoqué précédemment une « neuropathie ulnaire du coude droit » et une « ténosynovite des fléchisseurs des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main droite » qu'il a réitérées dans son ultime rapport au mandataire de la recourante, pour partie sur la base des constats du Dr P.\_\_\_\_\_. Il s'est au surplus limité à confirmer avoir prononcé une incapacité totale de travail au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2013, limitée au 31 juillet 2013, ainsi qu'à exposer les traitements mis en œuvre auprès de la recourante et leur succès (cf. rapports de ce praticien des 18 juin 2013 et 27 janvier 2014).

**db)** Quant à l'analyse de la Policlinique L.\_\_\_\_\_, ainsi que l'a observé le Dr J.\_\_\_\_\_, les constats strictement objectifs rapportés par les Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ de la Policlinique L.\_\_\_\_\_ rejoignent ceux retenus à l'issue de son propre examen du 20 février 2013. En particulier, tout comme le Dr J.\_\_\_\_\_, les médecins de la Policlinique L.\_\_\_\_\_ mentionnent l'absence de « tuméfaction importante de la main droite », alors que « la flexion des doigts montre la possibilité de fermer le poing » en dépit des douleurs alléguées par l'assurée (cf. rapport de la Policlinique L.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2013, p. 2).

S'il est certes fait état d'investigations complémentaires diligentées auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, on ne voit pas que de nouveaux diagnostics, ignorés ou inconnus du Dr J.\_\_\_\_\_, eussent été révélés par

l'examen neurologique lors de la rédaction de l'appréciation médicale du 3 juillet 2013.

S'agissant du nouvel avis, requis par la Policlinique L. \_\_\_\_\_ auprès de la Clinique S. \_\_\_\_\_, dont l'éventuel rapport n'a pas été versé au dossier de la CNA, ni davantage produit par le recourante auprès du tribunal de céans, on notera que la Policlinique L. \_\_\_\_\_ a indiqué à cet égard que cette clinique aurait envisagé un diagnostic différentiel, à savoir celui de « maladie de Sudeck ». Cela étant, ainsi qu'il sera exposé infra sous considérant 6c, une telle problématique demeure sans incidence sur l'examen du lien de causalité entre l'accident incriminé et les troubles allégués au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2013.

**dc)** Ainsi, il y a lieu de considérer que le rapport d'examen du Dr J. \_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante et fonder la position de l'autorité intimée. Singulièrement, le médecin précité a procédé à un examen clinique minutieux du cas, opérant en sus une analyse complète des pièces du dossier. Les éléments pertinents de l'anamnèse et les plaintes alléguées ont par ailleurs été relevés exhaustivement, tandis que le Dr J. \_\_\_\_\_ a communiqué son opinion sur l'impact de l'ensemble des diagnostics évoqués dans le cas particulier. Ses conclusions, exemptes de contradictions, s'avèrent ainsi parfaitement convaincantes.

Aussi, en l'absence d'élément concret susceptible de faire douter de l'exhaustivité des examens opérés et d'ébranler les observations du Dr J. \_\_\_\_\_, on ne voit pas qu'une mesure d'instruction complémentaire puisse fournir un éclairage nouveau sur l'état de santé somatique de la recourante.

En conséquence, il y a lieu de considérer que le présent litige est en l'état d'être tranché sans mesure d'instruction complémentaire.

**6.** A ce stade, reste à se prononcer sur le lien de causalité éventuel entre la symptomatologie somatique présentée par la recourante

et l'accident du  
26 mai 2012 pour la période s'étendant du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 juillet  
2013.

Il y a lieu de se rallier à la position de l'intimée, singulièrement  
du  
Dr J.\_\_\_\_\_, pour retenir que le statu quo sine vel ante a été atteint au  
plus tard le  
28 février 2013, les séquelles somatiques de l'accident du 26 mai 2012  
devant être considérées comme amendées au plus tard depuis lors.

**a)** En effet, ainsi que l'a observé le Dr J.\_\_\_\_\_, les constats  
strictement objectifs ressortant de l'examen des Drs M.\_\_\_\_\_ et  
N.\_\_\_\_\_ de la Polyclinique L.\_\_\_\_\_ sont superposables à ceux  
consignés dans le rapport d'examen final du médecin-conseil de la CNA.  
Faute d'élément clinique susceptible de justifier le maintien d'une  
incapacité de travail au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2013, il s'agit de déduire que l'on  
a affaire de la part de la Polyclinique L.\_\_\_\_\_ et du  
Dr K.\_\_\_\_\_ à une appréciation différente d'une même situation.

**b)** Par ailleurs, eu égard aux diagnostics mis en exergue par  
les  
Drs K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, soit ceux de « légère neuropathie ulnaire au  
coude droit » et « ténosynovite des fléchisseurs des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de  
la main droite », force est de remarquer que le lien de causalité entre  
ceux-ci et l'accident incriminé est qualifié uniquement de « possible », et  
non pas de « probable », ce qui est insuffisant pour reconnaître le droit à  
des prestations de l'intimée (cf. jurisprudence citée supra sous considérant  
4a et en particulier le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du  
27 janvier 2014).

On ajoutera que le Dr K.\_\_\_\_\_, aux termes de son rapport du  
27 janvier 2014, a procédé d'un raisonnement « post hoc ergo propter  
hoc » en évoquant l'absence de plaintes de sa patiente antérieurement à  
l'accident. Or, un tel raisonnement demeure impropre à démontrer la

réalisation d'un lien de causalité, en l'absence d'autres critères médicaux déterminants (cf. également jurisprudence citée plus haut sous considérant 4a).

**c)** Concernant enfin le diagnostic différentiel de « maladie de Sudeck », qui aurait été évoqué par la Clinique S.\_\_\_\_\_, on ne peut que constater que celui-ci, envisagé à près d'un an de l'accident du 26 mai 2012, ne remplit pas les conditions posées par la jurisprudence fédérale rappelée sous considérant 4c supra.

**d)** En définitive, il s'agit de considérer que la recourante n'a pas fourni d'élément qui aurait été écarté à tort par le Dr J.\_\_\_\_\_ pour se prononcer sur sa capacité de travail. L'intimée était ainsi fondée à considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint au plus tard le 28 février 2013 et, partant, à refuser de prendre en charge les conséquences financières de l'incapacité totale de travail prononcée dans le cas de la recourante du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 juillet 2013.

**7.** Vu les considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**a)** La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice  
(cf. art. 61 let. a LPGA).

**b)** Par ailleurs, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens. Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part de la recourante. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce. En outre, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose par ailleurs d'un service

juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (ATF 134 V 340).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 13 décembre 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Marc Mathey-Doret, à Genève (pour B. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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).

La greffière :