

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 mars 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, président  
Mme Röthenbacher et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Séverine Berger, avocate  
à Lausanne,

et

**S.**\_\_\_\_\_, à Zurich, intimée, représentée par Me Nadine Mounir Broccard,  
avocate à Sierre.

---

**Art. 4, 7, 8 et 43 LPGA ; art. 6 al. 1, 10, 16, 18, 19 et 24 LAA ; art.  
11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 en qualité de secrétaire, à raison de 37 heures hebdomadaires, auprès de Q. \_\_\_\_\_ SA à [...], lorsqu'elle a été victime, le 22 mars 2008, d'un accident, le couvercle d'un container métallique lui étant tombé sur l'index de la main droite.

Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA complétée le 31 mars 2008 par l'employeur, la partie du corps atteinte était l'index de la main droite avec un os fissuré, légèrement détaché.

Par certificat du 10 juin 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin au [...] SA à [...], a posé les diagnostics de « contusion IPD + P3 doigt II D avec milli arrachement marginal P3 » et d'« arthrose IPD II D ». La radiographie effectuée le 18 juin 2008 par ce médecin a relevé la « présence d'un fragment osseux millimétrique détaché de la base de P3 » et d'un « pincement articulaire de l'IPD avec troubles dégénératifs marqués ». Le traitement médical a pris fin le 14 mai 2008.

Les suites de cet accident, à savoir un traitement conservateur, ont été prises en charge par P. \_\_\_\_\_ SA, laquelle a été reprise le 2 novembre 2011 par N. \_\_\_\_\_ SA. En septembre 2011, cette société a cédé son portefeuille dans le domaine de l'assurance maladie et accidents à deux compagnies d'assurances, dont S. \_\_\_\_\_ (ci-après : S. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

A compter du 3 septembre 2012, l'assurée a été engagée comme secrétaire juridique à plein temps par l'étude d'avocats C. \_\_\_\_\_ & associés à [...].

**B.** Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 7 février 2013, le Dr A. \_\_\_\_\_, neurologue FMH à [...], a annoncé une rechute de l'accident du 22 mars 2008. L'assurée avait été adressée à ce neurologue

par son médecin traitant pour effectuer un électroneuromyogramme (ENMG) en raison de fourmillements de la main droite et d'une insensibilité de l'index droite. Cet examen avait également confirmé la présence d'un syndrome du tunnel carpien droit.

Dans un certificat médical du 18 mars 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie de la main de la [...] SA à [...], a relevé que l'assurée souffrait d'arthrose au niveau de l'articulation interphalangienne proximale et distale de l'index droite et a proposé une arthrodèse « IPD D2 D ». Il a simultanément préconisé une cure du tunnel carpien droit.

Par lettre du 30 avril 2013, l'assurée a été licenciée de son poste de secrétaire juridique avec effet au 31 mai 2013.

Le 3 juin 2013, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin praticien, spécialiste en médecine manuelle et médecin-conseil de l'intimée, a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique IPD II à droite consécutive à une fracture intra-articulaire et de syndrome du tunnel carpien, bilatéral.

Il a recommandé la prise en charge par l'intimée de l'arthrodèse « IPD D2 D », dans la mesure où cette opération relevait des suites de l'accident du 22 mars 2008, au contraire du syndrome du tunnel carpien.

L'assurée a dès lors été opérée le 11 février 2014 par le Dr F.\_\_\_\_\_ à la [...] SA pour une arthrodèse « IPD D2 Droite » par vis 2.0 titane.

A teneur de certificats établis les 11 et 24 février, 11 mars et 9 avril 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100% de sa patiente dès le jour de l'intervention avec une durée probable jusqu'au 16 mai 2014.

S.\_\_\_\_\_ a pris en charge le coût de l'opération précitée ainsi que les frais médicaux postérieurs. L'assureur-accidents a également servi des indemnités journalières à l'assurée dès le 11 février 2014.

Au vu de l'évolution post-opératoire, le Dr F.\_\_\_\_\_ a requis une scintigraphie osseuse. Au terme de son rapport du 9 mai 2014 d'examen scintigraphique osseux partiel avec complément tomoscintigraphique du 23 avril 2014, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire FMH à l' [...] à [...], a conclu ce qui suit :

“Absence d'argument scintigraphique formel pour un SDRC [syndrome douloureux régional complexe] évolutif de la main droite. On sait toutefois que ce diagnostic repose en dernier recours sur la clinique. Il n'y a en tout cas pas d'anomalie pouvant évoquer une composante hémodynamique particulièrement active. L'hyperfixation de faible intensité de IPP D2 pourrait éventuellement s'intégrer dans un SDRC limité au 2<sup>ème</sup> doigt de la main droite. L'hyperfixation de IPD D2 est vraisemblablement majoritairement en rapport avec la persistance de phénomènes d'ostéoformation.”

Dans un nouveau certificat du 14 mai 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a encore attesté une incapacité de travail à 100% de l'assurée probablement jusqu'au 30 juin suivant.

Dans son rapport du 6 juin 2014 à l'intimée, qui lui avait communiqué le rapport opératoire et l'examen scintigraphique précités et fait part de l'incapacité de travail à 100% attestée jusqu'au 16 mai 2014 par le Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ a observé que la scintigraphie excluait un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et n'expliquait pas l'incapacité de travail jusqu'au 16 mai 2014. Cet examen avait cependant été sollicité en raison d'entrave à la guérison. Quand bien même cette entrave était discrète, l'incapacité de travail était encore attestée à 100%. «Unter dem Strich» (au bout du compte), le Dr T.\_\_\_\_\_ recommandait l'acceptation de cette incapacité de travail. Par ailleurs, le Dr T.\_\_\_\_\_ a évalué à 5% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), retenant que l'arthrodèse d'une articulation équivalait à la perte de cette articulation.

Dans un rapport du 10 juin 2014 à sa patiente, le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'à la suite de son arthrodèse du 11 février 2014, elle

présentait une algodystrophie digitale ayant abouti à l'exclusion de son index droite du schéma corporel. La situation actuelle démontrait une consolidation de l'arthrodèse ainsi qu'une inflammation digitale « radiologiquement limitée aux deux dernières phalanges ». Selon le Dr F.\_\_\_\_\_, la réintégration de l'index droite n'était pas garantie et un état séquellaire permanent pouvait être attendu dans le pire scénario.

Par décision du 17 juin 2014, S.\_\_\_\_\_ a signifié à l'assurée qu'après examen de son dossier, l'exercice d'une activité adaptée était exigible de sa part à 100% à compter du 17 mai 2015 (recte : 2014) et que les indemnités journalières lui étaient versées à bien plaisir jusqu'au 18 juin 2014. Momentanément, les frais médicaux continuaient d'être pris en charge.

Dans un rapport du 4 juillet 2014 adressé à l'assureur-accidents, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme il suit sur l'évolution de la situation depuis l'arthrodèse pratiquée le 11 février 2014 :

"[...]

L'évolution post-opératoire était défavorable avec persistance de douleurs, tuméfaction, rougeurs et développement d'une algodystrophie clinique de l'index droit.

La scintigraphie osseuse a mis en évidence une hyper captation de l'index, remontant sur l'articulation inter-phalangienne proximale. Le radiologue conclut que l'hyper-intensité IPP D2 pourrait éventuellement s'intégrer dans un syndrome d'algodystrophie de l'index.

Le suivi en ergothérapie montre qu'actuellement, il n'y a plus d'amélioration de la situation clinique avec l'exclusion complète du doigt et la situation conflictuelle avec votre assurance n'arrange malheureusement pas la situation non plus.

Actuellement, la capacité de travail adaptée peut être envisagée dans une activité adaptée, mais la patiente a perdu son travail et se retrouve en recherche d'emploi rendant la situation plus compliquée. Il persiste donc une atteinte à l'intégrité actuellement qui vraisemblablement va se prolonger et qui peut être estimée à environ 10%."

A teneur de certificats établis les 24 juin, respectivement 15 juillet 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100% de sa patiente.

Dans son rapport du 24 juillet 2014 à l'intimée, le Dr T. \_\_\_\_\_ a observé entre autres que le Dr F. \_\_\_\_\_ ne préconisait pas d'autre traitement et considérait que l'état de sa patiente était définitif. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a précisé ne pouvoir juger à distance si cette appréciation était correcte ou non. Néanmoins, il estimait qu'un autre avis ne s'imposait pas dès lors que pour le Dr F. \_\_\_\_\_, la situation était claire. En outre, le médecin-conseil évaluait le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 6%.

Dans un rapport du 9 septembre 2014 à l'intention de son confrère le Dr F. \_\_\_\_\_, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin responsable du [...] à [...], a relevé une propension de l'assurée à développer des douleurs neuro-inflammatoires suite aux interventions et traumatismes, avant d'énumérer les différentes approches thérapeutiques possibles, à discuter avec l'intéressée après obtention d'une image bio-psycho-sociale de la situation.

Par lettre du 9 septembre 2014, S. \_\_\_\_\_ a répondu à l'assurée que sa prise de position du 17 juin 2014 restait inchangée et qu'une décision lui parviendrait prochainement en lien avec l'évaluation de l'IPAI.

Sur la base de nouveaux certificats médicaux, dont en particulier deux des 18 août et 17 septembre 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail de l'assurée à 100% jusqu'au 30 novembre 2014.

Dans sa décision du 30 octobre 2014, S. \_\_\_\_\_ a confirmé ses prises de position antérieures, soit considéré qu'une activité à 100%, adaptée aux capacités de l'assurée, était exigible dès le 17 mai 2014 et cessé le versement des indemnités journalières dès le 19 juin 2014. La prise en charge de toutes autres prestations prenait fin au 1<sup>er</sup> décembre 2014 et l'atteinte à l'intégrité était chiffrée à 6%, donnant ainsi droit à une indemnité de 7'560 francs.

Le 8 novembre 2014, l'assurée a formé opposition à la décision précitée. Elle contestait la stabilisation de son état de santé, observant qu'elle était encore suivie médicalement compte tenu de complications post-opératoires. Elle a fait part d'un rendez-vous prévu dans le courant novembre 2014 à la consultation du Professeur I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main. L'opposante a dès lors requis une prolongation afin de compléter son argumentaire.

Dans sa motivation complémentaire du 5 février 2015, l'assurée, dès lors représentée par son conseil en la personne de Me Séverine Berger, a indiqué en premier lieu qu'au terme d'une consultation du 11 novembre 2014 à la Clinique de [...] à [...], le Professeur I.\_\_\_\_\_ avait posé un diagnostic oral contredisant celui retenu par le Dr T.\_\_\_\_\_. Elle a en outre fait part de consultations des 17 novembre et 19 décembre 2014 auprès du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, lequel avait prolongé son incapacité de travail à 100% jusqu'au 28 février 2015 en lui prescrivant des séances d'ergothérapie et de physiothérapie. Dans ce contexte, le conseil de l'opposante a requis de l'assureur, à titre de mesure d'instruction complémentaire et préalablement au prononcé d'une décision sur opposition, l'interpellation du Professeur I.\_\_\_\_\_ et du Dr K.\_\_\_\_\_ afin de leur soumettre à chacun un questionnaire rédigé par ses soins, subsidiairement, de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante, pour détermination de la date du *statu quo sine*.

Le 7 mai 2015, S.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée, sans donner suite aux mesures d'instruction complémentaire requises. Sous l'aspect du droit aux indemnités journalières, l'assureur-accidents a considéré sur la base du rapport du 4 juillet 2014 du Dr F.\_\_\_\_\_ que la situation était stabilisée, ce qu'avait confirmé le Dr T.\_\_\_\_\_ dans son avis du 24 juillet 2014. Ces documents médicaux étaient probants. L'intimée a par ailleurs estimé qu'il incombait à V.\_\_\_\_\_ de produire à

l'appui de son acte d'opposition, au plus tard avec son complément du 5 février 2015, les rapports des médecins consultés par elle-même en novembre et décembre 2014. Cela étant, S.\_\_\_\_\_ a confirmé sa décision du 30 octobre 2014 de mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet dès le 19 juin 2014.

Cet assureur a également confirmé, sur la base des rapports médicaux précités, sa décision de prendre en charge le paiement des frais de traitements médicaux et des thérapies jusqu'au 30 novembre 2014. S.\_\_\_\_\_ s'est encore exprimée comme il suit s'agissant de l'évaluation du montant de l'IPAI :

**"3.4. Indemnité pour atteinte à l'intégrité**

[...]Selon les tables de la SUVA concernant les atteintes à l'intégrité, en particulier table 3 intitulé[e] « atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou de plusieurs segments des membres supérieurs », le taux d'atteinte résultant de l'exclusion d'un doigt s'élève à 6%, ce qui correspond à un montant d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de Fr. 7'560.-. Ce montant, qui n'a d'ailleurs pas fait l'objet de contestation, est par conséquent confirmé.[...]"

**C.** Par acte de son conseil déposé le 4 juin 2015, V.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à l'annulation de la décision querellée en ce sens que S.\_\_\_\_\_ est condamnée à prendre en charge toutes les prestations d'assurance LAA suite à l'accident du 22 mars 2008, notamment l'opération du 6 mai 2015 et le versement d'indemnités journalières jusqu'à ce jour, subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction et/ou nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a notamment produit à l'appui de son recours un courrier du Dr K.\_\_\_\_\_ du 21 mai 2015 à son conseil faisant état d'une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 6 mai 2015 afin d'exclure une infection lente. Ce praticien relevait une légère amélioration clinique consécutivement à cette intervention et estimait le cas non stabilisé car nécessitant encore de la physiothérapie et de l'ergothérapie en vue d'améliorer la situation. Se prévalant d'une part de ce rapport et d'autre part de ce que le Dr T.\_\_\_\_\_ n'avait pas confirmé les constatations de son confrère le Dr F.\_\_\_\_\_ mais s'en était simplement

remis à son appréciation, de surcroît sans maîtriser la langue française et sans examen clinique de l'assurée, la recourante considère que l'avis du médecin-conseil doit être écarté et que son état de santé n'est pas stabilisé. Elle relève par ailleurs la contradiction consistant à se fonder sur les indications du Dr F.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2014 pour retenir une capacité de travail à 100% alors que ce même praticien a attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 30 novembre 2014, de surcroît prolongée jusqu'au 25 février 2015 par le Dr K.\_\_\_\_\_. La recourante invoque encore une violation de l'art. 43 LPGA au motif que l'intimée n'a pas donné suite à ses réquisitions de mesures d'instruction. Elle critique l'évaluation de l'IPAI, prématurée en l'absence de stabilisation de l'état de santé, et reproche à l'intimée d'avoir préféré sans raison l'appréciation de son médecin-conseil à celle du Dr F.\_\_\_\_\_, lequel avait estimé une atteinte à l'intégrité à hauteur de 10% environ, et ce sur la base d'un examen clinique, au contraire du Dr T.\_\_\_\_\_. Elle requiert en dernier lieu la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 6 juillet 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle conteste les critiques émises à l'encontre du Dr T.\_\_\_\_\_ et observe que le constat de stabilisation de l'état de santé est corroboré par les nombreux rapports relatifs aux thérapies et examens effectués. L'ensemble des rapports au dossier permet de retenir une pleine capacité de travail, nonobstant les certificats d'incapacité délivrés ultérieurement au 17 mai 2014. Réfutant tout manquement à son obligation légale d'instruire au sens de l'art. 43 LPGA, l'intimée précise que contrairement à ce qu'elle allègue, la recourante s'est uniquement prévalué dans son courrier du 5 février 2015 d'un diagnostic contradictoire du Professeur I.\_\_\_\_\_, sans plus d'information. L'intimée qualifie enfin la fixation de l'IPAI à 6% par son médecin-conseil d'entièrement justifiée.

Au terme d'un second échange d'écritures des 21 août et 22 octobre 2015, les parties ont chacune maintenu leurs conclusions respectives, la recourante produisant par ailleurs copie d'un rapport médical adressé le 13 août 2015 par la Dresse X.\_\_\_\_\_ à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), ainsi que différentes

pièces attestant de la poursuite de son incapacité de travail et du suivi d'un traitement auprès du [...], à [...].

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; 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 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)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique 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 let. a LPA-VD).

En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment) ; il est donc recevable.

**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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel de la recourante au versement d'indemnités journalières au-delà du 18 juin 2014, à la prise en charge des prestations de soins et remboursement de frais au-delà du 30 novembre 2014 ainsi que sur la fixation de l'IPAI pour les séquelles de l'accident non professionnel survenu le 22 mars 2008.

**3. a)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le principe inquisitoire n'est cependant pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. à cet égard art. 28 al. 1 et 2 LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF [Tribunal fédéral] I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

**b)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas

entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

**c)** Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction.

**4. a)** 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 LPGGA).

**b)** Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue

médical (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, 2ème éd., no 153 p. 895; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274 et 372).

**c)** Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 sv.; 133 V 57 consid. 6.6.2 p. 64).

**d)** En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138; 118 V 293 consid. 2c p. 296).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils 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, en se conformant à la règle du

degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**6. a)** En l'occurrence, il existe une rechute de l'accident du 22 mars 2008, à l'origine d'une arthrolyse de l'index droite pratiquée le 11 février 2014, entraînant une incapacité totale de travail. La recourante conteste en premier lieu l'existence d'une stabilisation de son état de santé à la date du 17 mai 2014 et sur ce point, reproche plus particulièrement à l'intimée une violation de la maxime d'office.

Etant rappelé que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées), il convient de déterminer si à la date du 7 mai 2015, l'intimée pouvait considérer que

l'état de santé de l'assurée était stabilisé, plus particulièrement qu'il l'était depuis le 17 mai 2014.

**b)** Dans son rapport du 10 juin 2014 à la recourante, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que la réintégration de l'index droite n'était pas garantie et réservait un possible état séquellaire permanent. Son rapport du 4 juillet 2014 à l'intimée était plus précis, en ce sens que selon le Dr F.\_\_\_\_\_, le suivi en ergothérapie démontrait qu'il n'y avait plus d'amélioration de la situation clinique. À ce stade de l'instruction administrative, l'intimée était ainsi fondée à considérer qu'il ne pouvait plus être attendu de sensible amélioration de l'état de l'index droite, d'autant que son médecin-conseil avait validé l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_. Aucun autre rapport médical au dossier ne permettait de s'écarter de cette appréciation. Quant au nouveau traitement d'ergothérapie prescrit par le Dr F.\_\_\_\_\_ dès le 23 juillet 2014, il était ciblé sur l'allodynie mécanique, définie comme « une douleur résultant d'un stimulus en provoquant normalement pas ». Or, on ne saurait déduire de la seule persistance de douleurs qu'un état de santé ne serait pas stabilisé. De même, on ne saurait inférer de la prescription de séances d'ergothérapie qu'il y avait lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de l'état de santé de la recourante. Le Dr F.\_\_\_\_\_ ne le soutient pas. La délivrance par le Dr F.\_\_\_\_\_ de certificats d'incapacité de travail postérieurement au 4 juillet 2014 est également sans incidence sur la question de savoir si une amélioration sensible de l'état de santé de sa patiente pouvait encore être attendue. Tout au plus, ces certificats pouvaient-ils constituer un indice d'aggravation de l'état de santé ou d'une autre atteinte à la santé dans la mesure où dans son rapport du 4 juillet 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ considérait sa patiente capable de travailler dans une activité adaptée. Aucune information n'accompagnait cependant ces certificats qui aurait dû inciter l'intimée à revoir son appréciation de la stabilisation de l'état de l'index droite de son assurée. Quant au rapport du 9 septembre 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_, il ne permet pas de retenir une absence de stabilisation de l'état de santé. Au demeurant, ce praticien propose une analyse bio-psycho-sociale préalablement au choix de l'approche thérapeutique, que l'on ne saurait

prendre en compte, le droit des assurances sociales s'en tenant à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, in SVR 2010 IV 58 p. 177).

Dans un tel contexte, le grief de motivation sommaire formé en relation avec le rapport du médecin-conseil du 24 juillet 2014 demeure sans incidence dans la mesure où il n'existait aucun élément permettant d'interpréter différemment les seuls rapports pertinents au dossier, soit ceux du Dr F.\_\_\_\_\_.

**c)** En revanche, dans le cadre de la procédure d'opposition, plus exactement au stade de la motivation complémentaire du 5 février 2015, l'intimée s'est vu porter à sa connaissance de nouveaux éléments. L'opposante évoquait des complications post-opératoires, des consultations auprès d'un nouveau médecin, soit celles des 17 novembre et 19 décembre 2014 auprès du Dr K.\_\_\_\_\_, assorties de la prescription de séances de physiothérapie et d'ergothérapie, une prochaine consultation auprès du Professeur I.\_\_\_\_\_, le questionnaire à l'attention de ce praticien ayant trait à sa préconisation d'une amputation de l'index droite. L'évocation d'un tel acte chirurgical comme la mention de complications post-opératoires étaient on ne peut plus significatives de la nécessité d'investiguer plus avant la question de la stabilisation de l'état de santé. L'intimée ne pouvait ainsi pas s'abstenir d'une interpellation du Dr K.\_\_\_\_\_ et du Professeur I.\_\_\_\_\_ sans violer le principe inquisitoire. Par ailleurs, en présence de questionnaires destinés au Dr K.\_\_\_\_\_ et au Professeur I.\_\_\_\_\_, soit d'une requête de mesures d'instruction, respectivement d'une offre de preuves de la recourante, l'intimée se devait, si elle n'entendait pas administrer cette preuve elle-même, d'impartir un délai à la recourante pour produire les rapports requis. Cette omission est constitutive d'une violation du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101), lequel comporte le droit pour les parties de produire des preuves concernant les faits de nature à influencer sur la décision contestée et d'obtenir de l'autorité qu'elle donne suite aux offres de preuves

pertinentes (cf. ATF 132 V 368 consid. 3.1), laquelle violation se confond ici avec celle de la maxime inquisitoire. Enfin, même s'il devait être admis que le devoir de collaboration de l'assurée allait jusqu'à l'obligation de produire d'office des rapports du Dr K. \_\_\_\_\_ et du Professeur I. \_\_\_\_\_, il aurait alors incombé à l'intimée de lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et dans le respect des principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst., ATF 124 II 265 consid. 4a).

**7.** Dans un autre moyen, la recourante critique l'appréciation de sa capacité de travail par l'intimée.

Le rapport du 4 juillet 2014 du Dr F. \_\_\_\_\_ est peu détaillé quant à la capacité de travail de sa patiente. Il ne se prononce pas expressément sur son taux. Le Dr F. \_\_\_\_\_ fait mention d'une activité adaptée sans que l'on connaisse les limitations fonctionnelles présentées par sa patiente. A cela s'ajoute qu'il a continué à attester parallèlement d'une incapacité de travail totale sans que l'on sache si elle est inhérente à l'atteinte à l'index ou à d'autres pathologies. Quant au Dr T. \_\_\_\_\_, il retient une capacité de travail dans une activité adaptée sans la quantifier, ni préciser non plus les limitations fonctionnelles. La décision querellée s'avère ainsi lacunaire en ce sens que même dans l'hypothèse où une stabilisation de l'état de santé aurait pu être admise, l'intimée n'aurait pas été en mesure, faute d'estimation médicale circonstanciée de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, de calculer le revenu exigible dans une activité adaptée et par conséquent de déterminer si l'on est en présence d'un degré d'invalidité ouvrant ou non le droit à une rente au sens de l'art. 18 al. 1 LAA.

**8. a)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29

mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** Dès lors, au vu des lacunes dans l'instruction menée par l'intimée, à qui il appartient en premier chef d'instruire, la décision doit être annulée. La cause est ainsi renvoyée à l'assureur-accidents pour complément d'instruction, l'intimée étant plus particulièrement invitée, sur la base de rapports circonstanciés à requérir auprès du Dr K. \_\_\_\_\_ et du Professeur I. \_\_\_\_\_, à préciser l'évolution de l'état de santé de l'index droite de la recourante et des soins prescrits à partir du 17 mai 2014 ainsi

qu'à statuer sur la prise en charge de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 6 mai 2015 et ses suites. Cas échéant, il lui incombera, après estimation médicale circonstanciée de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles éventuelles, de compléter l'instruction par le calcul du revenu exigible de la recourante dans une activité adaptée et de déterminer si l'on est en présence d'un degré d'invalidité ouvrant ou non le droit à une rente.

**9.** La détermination de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est également litigieuse.

Aux termes de l'art. 24 al. 2 LAA, cette indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé.

En l'espèce, ce *dies a quo* ne peut encore être fixé et l'évaluation de l'IPAI est ainsi prématurée.

**10.** Vu ce qui précède, le recours est admis, la décision sur opposition du 7 mai 2015 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'intimée.

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

- I.** Le recours déposé le 4 juin 2015 par V. \_\_\_\_\_ est admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 mai 2015 par S. \_\_\_\_\_ est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV.** S. \_\_\_\_\_ versera à V. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Séverine Berger (pour V. \_\_\_\_\_),
- Me Nadine Mounir Broccard (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :