

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 janvier 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Bidivile et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante,

et

C._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 16 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en [...], a travaillé à 100 % en qualité de serveuse auprès de [...] jusqu'au 31 mars 2018. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accident auprès de C._____ SA (ci-après : C._____ SA ou l'intimée). Le 27 janvier 2018, alors qu'elle se dirigeait vers sa voiture, l'assurée a glissé sur une plaque de glace ce qui lui a causé de multiples fractures du radius au poignet droit. Elle s'est rendue le jour même à [...] où le diagnostic de fracture de l'extrémité distale du radius droit a été posé.

C._____ SA a pris en charge le cas.

Le 28 janvier 2018, l'assurée a subi une réduction ouverte et ostéosynthèse de l'extrémité distale par plaque palmaire du radius droit [...]. Il ressort ce qui suit du protocole opératoire rédigé le 29 janvier 2018 par les Drs E._____ et C._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur :

« [...] Mise en place d'une plaque palmaire. Fixation de la plaque dans le trou oblong. Contrôle scopique de face et de profil nous montrant que nous devons distaliser une plaque. Reméchage et remise en place de la vis vissée en elle-même qui casse la tête de vis. Reméchage et mise en place d'une autre vis. Filetage de la vis restée dans l'os mais ne gênant pas ».

Dans leur rapport du 30 janvier 2018, les Drs E._____, C._____ et B._____ ont indiqué que l'intervention s'était déroulée sans complication et que les radiographies de contrôle post-opératoire étaient satisfaisantes. Les cicatrices étaient propres lors de la réfection du pansement et les douleurs bien contrôlées par une antalgie simple.

Dans un rapport du 2 mai 2018, le Dr C._____ a rendu compte de la consultation du 13 mars 2018. Il a indiqué que l'assurée allait bien. L'examen clinique montrait une mobilité en flexion-extension 40/0/28° pour 65/0/40° du côté controlatéral ; la pronosupination était

encore déficitaire surtout l'inclinaison cubitale et radiale. Le médecin ne constatait pas de trouble neuro-vasculaire. La cicatrice était calme et fine, légèrement indurée. La radiologie ne montrait pas de déplacement secondaire et pas encore de signe de consolidation. Le spécialiste proposait l'ablation totale de l'attelle et la poursuite du massage cicatriciel et de la physiothérapie ainsi que quelques séances d'ergothérapie.

Dans un rapport du 9 mai 2018 faisant suite à la consultation du 24 avril 2018, le Dr C._____ a indiqué que l'assurée avait récupéré quasiment toutes ses amplitudes articulaires. La radiologie montrait un début de consolidation de la fracture. L'intéressée n'était pas gênée par le matériel d'ostéosynthèse qui n'était pas palpable. Une reprise du travail pouvait avoir lieu le 16 mai 2018, dans la restauration.

Le 18 mai 2018, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-consultant auprès d'C._____ SA, a indiqué qu'une exigibilité pouvait être attendue dans un travail léger deux à trois mois après l'opération, dès la fin du mois d'avril 2018.

Par courrier du 28 mai 2018, C._____ SA a indiqué à l'assurée qu'elle lui verserait des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2018 dès lors que, dès le 1^{er} juin 2018, une incapacité de travail n'était plus médicalement justifiée.

Dans un rapport daté du 28 mai 2018, le Dr M._____, médecin traitant de l'assurée, a indiqué que lors de sa dernière consultation du 30 mai 2018, le poignet était calme et normo-mobile. Il persistait cependant des douleurs au niveau des tendons extenseurs des doigts. Le médecin a préconisé la reprise du travail à 100 % à partir du 26 juin 2018. Il a rédigé un certificat médical en ce sens le 31 mai 2018.

Par courriel du 30 juin 2018, l'assurée a contesté le courrier du 28 mai 2018 d'C._____ SA. Elle a indiqué ressentir encore des douleurs et être dans l'incapacité de porter des charges ou d'effectuer certains

mouvements, exprimant son choix de laisser son poignet au repos. Elle a demandé à percevoir des indemnités journalières jusqu'à la fin du mois de juin 2018, conformément aux prescriptions du Dr M._____.

Par avis du 12 juillet 2018, le Dr P._____ a estimé que le degré et la durée de l'incapacité de travail attestée jusqu'au 30 juin 2018 n'étaient pas justifiés et que l'assurée avait recouvré une exigibilité dès le 16 mai 2018, comme l'avait indiqué le Dr C._____ le 9 mai 2018.

Par décision du 16 août 2018, C._____ SA a confirmé qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières au 31 mai 2018.

Par courrier du 1^{er} septembre 2018, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a indiqué souffrir de douleurs parfois intenses à son poignet, ce qui avait justifié le maintien par le Dr M._____ de son arrêt de travail jusqu'à la fin du mois de juin 2018.

Dans un courrier du 1^{er} janvier 2019, l'assurée a indiqué à C._____ SA que dix ans auparavant, à la suite d'un accident de ski, son bassin avait présenté de multiples fractures et qu'elle avait été reconnue par la [...] comme travailleur handicapé. Quelque temps après, elle s'était faite piquer par une tique et avait attrapé le virus de la borréliose. Elle a joint à son envoi une notification de la [...] du 15 septembre 2014 ainsi qu'un « [...]» rédigé le 29 décembre 2018 par le Dr L._____, médecin généraliste. Aux termes de ce certificat, le médecin a indiqué que l'assurée présentait des douleurs à son poignet droit. Il a relevé comme « ralentissement fonctionnel et/ou relationnel » que la marche rapide était impossible et que, sur le plan émotionnel, l'assurée présentait une tendance dépressive. Le médecin a estimé que cette situation avait un effet sur la recherche d'emploi en raison d'une baisse de la force musculaire, les travaux pénibles et les mouvements répétitifs étant impossibles.

Par décision sur opposition du 10 janvier 2019, C._____ SA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé la décision du 16 août 2018. Elle a notamment considéré que les rapports des Drs C._____, M._____ et P._____ contenaient des constatations médicales rassurantes en contradiction avec les plaintes de l'assurée. C._____ SA a relevé que la prolongation de l'incapacité de travail par le Dr M._____ ne reposait sur aucun argument scientifique mais paraissait fondée sur les plaintes de l'assurée quant à des douleurs résiduelles au niveau des tendons extenseurs des doigts. Ces considérations, par essence subjectives, étaient insuffisantes à justifier une incapacité de travail plus longue que celle ressortant du certificat médical du 9 mai 2018 du Dr C._____.

Par courrier du 15 janvier 2019, C._____ SA a informé l'assurée qu'elle n'était pas en mesure d'intervenir pour les atteintes à la santé ne découlant pas de l'événement du 27 janvier 2018.

B. a) Par acte du 10 février 2019, T._____ a déféré la décision du 10 janvier 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation. Elle a fait valoir que cette décision ne respectait pas la prescription médicale du Dr M._____, qu'elle violait l'art. 7 de la « législation du travail » ainsi que le protocole à suivre en cas de litige entre le médecin expert et le médecin traitant. La recourante a indiqué que l'opération du 28 janvier 2018 s'était mal passée, une vis s'étant cassée dans son radius. Elle a encore indiqué que le matériel d'ostéosynthèse la dérangeait et qu'elle souhaitait son ablation. A l'appui de son recours, la recourante a produit :

- un certificat médical du 1^{er} février 2019 du Dr L._____ relevant la présence de douleurs neuropathiques, avec, comme conséquences, des « soins (sans arrêt de travail) jusqu'au 30.04.2019 » ;
- un courrier du 1^{er} février 2019 Dr L._____ indiquant que sa patiente présentait des douleurs neuropathiques, une diminution de la force musculaire de la main et peut-être une note

d'algodystrophie et notant que le matériel d'ostéosynthèse était en place avec une vis cassée.

b) Dans un rapport du 13 février 2019, le Dr D._____, chirurgien de la main, a indiqué que la recourante l'avait consulté pour les suites de sa fracture du poignet droit avec la possibilité d'un syndrome neuroalgodystrophique. Il a précisé avoir constaté des douleurs résiduelles diffuses mais pas de signe de compression canalaire. Il proposait la consultation d'un algologue, l'ablation de la plaque étant à discuter.

Par avis du 25 février 2019, le Dr P._____ a indiqué que l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe n'avait pas été démontrée. Il a relevé que les clichés post-opératoires ne montraient pas de vis cassée mais que ceux-ci avaient été pris immédiatement après l'intervention du 28 janvier 2018.

Par décision du 26 mars 2019, C._____ SA a refusé de prendre en charge « l'incapacité de travail dès le 1^{er} février 2019 » ainsi que les traitements médicaux n'étant pas en relation avec l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet droit, dont celui de l'algologue, mais a admis la prise en charge les consultations du 1^{er} février 2019 chez le Dr L._____ et du 13 février 2019 chez le Dr D._____ ainsi que l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse et ses suites directes.

c) Dans un courrier daté du 26 mars 2019 à la Cour des assurances sociales, la recourante a indiqué que ses douleurs dans le poignet étaient dues à l'accident et à la multi-fracture de son radius. Elle a produit un rapport du 4 janvier 2019 d'[...] attestant du résultat négatif d'analyses de sang quant à la borrélioase ainsi qu'un compte-rendu de sa visite médicale auprès du [...] du 19 mars 2019. Aux termes de ce rapport, la Dre J._____, [...], a indiqué ce qui suit :

« Présence des douleurs dans les suites opératoires, d'aggravations progressives avec un maximum au mois de mars 2018.

La patiente évoque la présence à ces moments de troubles trophiques à types de rougeurs, chaleurs, accompagnés d'impotences fonctionnels (sic), la douleur irradiant au niveau de la main et des doigts, sans investigations supplémentaires. (scintigraphie).

A ce moment la patiente a bénéficié de séances de physiothérapies et d'ergothérapies qui n'ont pas amélioré les douleurs.

Actuellement, présence de douleurs au niveau du poignet irradiant dans l'avant-bras et dans la main, d'allure mécanique, douleurs présentes lors des mouvements ; uniquement la journée.

Les douleurs sont aggravées par le port des charges ; conduite automobile et utilisation du bras.

Les douleurs sont calmées par le repos.

Les douleurs actuelles sont à type de compression, écrasement, parfois étirement, fatiguant et gênant selon la patiente.

La patiente ne prend pas de traitement antalgique.

[...]

L'examen clinique ne montre pas de trouble trophique, pas d'œdème, mobilité du poignet libre et souple.

Présence des douleurs chroniques d'allures mécaniques ».

Le 12 avril 2019, C._____ SA, sous la plume de son représentant, a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique datée du 8 mai 2019, la recourante a confirmé ses précédents écrits. Elle a précisé qu'à la suite d'une chute survenue 11 ans auparavant, elle avait pu bénéficier, grâce à la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, d'une reconversion professionnelle qui lui avait permis d'être formée dans le métier de technicienne orthoprothésiste, poste permettant d'alterner la station debout et assise. Elle a conclu à « la prise en charge des soins ainsi que des indemnités compensatrices pour les périodes de soins et d'incapacité physique à pouvoir travailler », à la reconnaissance de sa « condition physique dégradée », à un accès à un dispositif de formation pour un reclassement professionnel ainsi qu'à une indemnité à titre de réparation du tort moral. La recourante a produit différentes pièces, soit notamment :

- un certificat du 25 avril 2019 de R._____, thérapeute en ostéopathie, indiquant que le 5 mars 2018, il avait constaté un œdème prononcé sur le poignet de la recourante, qui avait gonflé et rougi, la peau étant luisante et que, quelques semaines plus tard, il

avait observé que l'œdème s'était résorbé bien que l'assurée se soit encore plainte de douleurs ;

- une fiche de sortie physiothérapie du 19 juin 2018 établie par U._____, ostéopathe, relevant des réactions inflammatoires soudaines du poignet dès mi-avril 2018 sans cause particulière ;
- deux certificats médicaux signés par la Dre G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant d'une incapacité de travail de 100 % entre le 23 avril et le 31 mai 2019 ;
- un rapport du 24 avril 2019 de la Dre G._____ indiquant notamment que la recourante présentait une ténosynovite des fléchisseurs au poignet droit sur une plaque débordante status post ostéosynthèse en janvier 2018 ;
- un compte-rendu opératoire du 3 mai 2019 afférant à une intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 2 mai 2019 effectuée aux [...].

Par courrier du 8 août 2019, la recourante a produit un certificat médical établi le 31 juillet 2019 par la Dre G._____, indiquant notamment ce qui suit :

« [J'ai vu la recourante] pour la première fois le 23.04.2019. [...]

Elle a bénéficié d'une radiographie du poignet qui mettait en évidence une consolidation de sa fracture du poignet avec cependant une plaque débordante sur le versant palmaire de 5 mm.

On comprend pourquoi la patiente a développé dans le post opératoire des douleurs avec une ténosynovite au niveau des fléchisseurs l'empêchant (sic) toute activité professionnelle et ce même en juin 2018 ».

Par duplique du 14 août 2019, l'intimée a persisté dans ses précédents moyens et conclusions. Elle a produit plusieurs pièces en lien avec l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 2 mai 2019 et

la prise en charge de différents frais médicaux et de l'incapacité de travail ayant découlé de cette intervention, soit notamment :

- un avis du 3 avril 2019 du Dr P._____ indiquant que des radiographies montraient une fracture pluri fragmentaire déplacée du radius distal. Le status post opératoire était excellent avec une congruence articulaire correcte. Il y avait bien une vis cassée en post opératoire qui n'avait pas été recherchée mais qui ne jouait aucun rôle quant à la stabilisation de la fracture. Le cas était ainsi stabilisé pour le poignet.
- une décision du 29 mai 2019 d'C._____ SA mettant un terme à la prise en charge de l'incapacité de travail de la recourante au 31 mai 2019, des suites de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 2 mai 2019, seule une incapacité de travail post-opératoire de trois à quatre semaines au maximum étant justifiée.
- un décompte d'indemnités journalières du 13 juin 2019 faisant état d'une indemnisation selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) à 100 % du 2 au 31 mai 2019.
- une opposition du 14 juin 2019 à la décision du 29 mai 2019, la recourante sollicitant l'indemnisation pour toute la durée de l'incapacité arrêtée par la Dre G._____, soit du 23 avril au 21 juin 2019.
- un rapport du 31 juillet 2019 de la Dre G._____ indiquant qu'elle avait vu la patiente la première fois le 23 avril 2019, qui, après le 21 juin 2019, avait pu reprendre une activité, l'évaluation clinique étant toute à fait satisfaisante.

d) Le 14 mai 2019, l'assurée a déposé une demande d'assistance judiciaire. Cette demande a été rejetée par décision du 8 juillet 2019 de la précédente juge instructrice.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur la question de savoir si C._____ SA était légitimée à mettre fin aux prestations d'assurance au 31 mai 2018 pour les suites de l'événement du 27 janvier 2018.

c) Les prétentions en tort moral articulées par la recourante dans sa réplique – pour autant qu'elles soient fondées – sont irrecevables.

En effet, il n'appartient pas au juge des assurances sociales de statuer sur une telle indemnité, matière qui est de la compétence du juge civil (art. 49 CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]). De même, les prétentions tendant à l'obtention de mesures d'ordre professionnel sont irrecevables, de telles prestations ne relevant pas de la LAA. Au demeurant, ces questions n'ont pas été tranchées par la décision de l'intimée de sorte qu'elles ne sauraient faire l'objet de la contestation litigieuse.

S'agissant enfin des prétentions formulées par la recourante à partir du 1^{er} février 2019, elles se rapportent à une rechute, respectivement aux séquelles de l'accident du 27 janvier 2018. Elles ne sont dès lors pas recevables et font l'objet de décisions séparées des 26 mars et 29 mai 2019 (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

3. 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. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

b) 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. 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, le Tribunal fédéral a considéré que trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références citées) :

- a) 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 ;
- b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;
- c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

e) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). 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 la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 exprimées par 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent

un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2 et les références citées). Il n'existe par ailleurs pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a ; TF 9C_694/2014 précité).

5. En l'espèce, l'intimée est d'avis que l'incapacité de travail de la recourante n'était médicalement plus justifiée dès le 1^{er} juin 2018, de sorte que les indemnités journalières ne devaient plus être allouées au-delà du 31 mai 2018. La recourante conteste cette appréciation.

a) Il ressort des pièces au dossier qu'à la suite de l'accident, l'assurée a présenté une fracture de l'extrémité distale du radius droit. Elle a subi une réduction ouverte et ostéosynthèse de l'extrémité distale dudit radius le 28 janvier 2018. La recourante estime que cette opération s'est mal déroulée, dès lors qu'une vis cassée est restée dans son radius. Cette situation a cependant été jugée sans conséquence par les spécialistes (rapports du 30 janvier 2018 des Drs E._____, C._____ et B._____ ; des 2 et 9 mai du Dr C._____ ; du 3 avril 2019 du Dr P._____).

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, les rapports rendus à la suite de l'opération du 28 janvier 2018 attestent du fait que celle-ci s'est bien remise. L'ensemble des médecins l'ayant examinée ont ainsi relevé que la cicatrice était calme et propre et que la mobilité du poignet était retrouvée (rapports du Dr C._____ des 2 et 9 mai 2018 ; de la Dre J._____ du 19 mai 2019). Tous les rapports médicaux rendus ensuite de cette première intervention indiquent une absence de limitation fonctionnelle résultant de l'accident dès le mois de mai 2018. Fondé sur ces constatations, le Dr C._____ a estimé qu'une reprise du travail était possible dès le 16 mai 2018. Cette appréciation rejoint l'avis exprimé par

le Dr P._____ le 18 mai 2018. A cet égard, force est de constater que l'affirmation péremptoire du médecin-conseil selon laquelle une exigibilité pouvait être retrouvée deux à trois mois après l'opération pour un travail léger n'était pas suffisante au vu des circonstances et qu'on pouvait attendre de lui qu'il examine l'intéressée. Cela étant, les autres pièces au dossier sont claires et dénuées de contradictions, de sorte que cette carence est sans effet.

Se distançant de l'appréciation des spécialistes, le Dr M._____ a quant à lui fixé une incapacité de travail jusqu'à la fin du mois de juin 2018. A cet égard, il convient de relever que, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). L'appréciation du Dr M._____ ne repose sur aucun argument objectif mais sur les seules plaintes subjectives de l'assurée. Or l'élément déterminant n'est pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si l'on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 ; TF 9C_793/2008 du 18 mai 2009 consid. 2.4). Dans la mesure où les plaintes de la recourante ne sont corroborées par aucune constatation clinique, il ne peut être tenu compte de l'appréciation du Dr M._____.

b) La recourante semble en outre considérer qu'elle a développé une algodystrophie à la suite de l'accident du 27 janvier 2018. Elle se fonde à cet égard sur les rapports du 1^{er} février 2019 du Dr L._____ et du 13 février 2019 du Dr D._____. Or dans leurs rapports, ces médecins ont évoqué qu'une algodystrophie était seulement possible et non pas certaine. Ces observations ne sont toutefois pas suffisantes pour que l'existence de cette atteinte à la santé soit considérée comme établie (cf. consid. 3 *supra*). C'est le lieu de relever que dans son rapport du 19 mars 2019, la Dre J._____ n'a pas retenu d'algoneurodystrophie.

c) Le certificat médical établi le 31 juillet 2019 par la Dre G._____ évoque une ténosynovite et atteste d'une incapacité de travail de l'assurée déjà en juin 2018, tout en indiquant une première consultation le 23 avril 2019. La remise d'un certificat médical rétroactif n'est pas d'emblée caduque, mais n'est pas sans poser de problèmes. Un médecin ne peut en effet juger qu'avec une certitude limitée si la prétendue incapacité de travail existait déjà avant l'examen (Roland Müller, *Arztzeugnisse in arbeitsrechtlichen Streitigkeiten*, Pratique juridique actuelle [PJA], 2010, p. 172). Un tel certificat doit au moins contenir la date du début de l'incapacité de travail, sa date d'établissement, ainsi que la date du premier traitement. La durée de la rétroactivité du constat ne devrait de plus pas être trop longue (cf. Roland Müller/Caroline von Graffenried, *Unterschiede zwischen privatrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Anstellung*, recht - Zeitschrift für juristische Weiterbildung und Praxis, 2011, p. 166). Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 360 consid. 5b et les références ; TF B 9/07 du 27 novembre 2007 consid. 5.2). En l'occurrence, l'affirmation de la Dre G._____ selon laquelle la recourante se trouvait en incapacité de travail en juin 2018 déjà ne repose sur aucune observation objective. La valeur probante d'un tel document, établi rétroactivement et à la demande de la recourante, est sujette à caution. Cela est d'autant plus vrai qu'au cours des mois de mars à juin 2018, la recourante a consulté plusieurs médecins et spécialistes et qu'aucun d'entre eux n'a évoqué de ténosynovite. Ainsi, même si les explications de la Dre G._____ paraissent convaincantes du point de vue médical, force est de constater qu'elles sont insuffisantes à établir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la recourante se trouvait, en juin 2018, en incapacité de travail totale (cf. consid. 4b *supra*).

d) Il découle de ce qui précède que c'est à bon droit que l'intimée a considéré que l'incapacité de travail de la recourante n'était médicalement plus justifiée dès le 1^{er} juin 2018.

6. a) Le recours, en tant qu'il est recevable, doit dès lors être rejeté et la décision du 10 janvier 2019 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de 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, dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision rendue le 10 janvier 2019 par C. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- T. _____,
- Me Alexandre Lehmann (pour C. _____ SA),
- 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).

La greffière :