

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 janvier 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Séverine Berger, avocate
à Lausanne,

et

S._____ **AG**, à [...], intimée, représentée par Me Nadine Mounir Broccard,
avocate à Sierre.

Art. 29 al. 2 Cst ; art. 56 al. 2 LPG.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1956, secrétaire de profession, a été victime d'un accident le 22 mars 2008, le couvercle d'un container métallique lui étant tombé sur l'index de la main droite. Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA du 31 mars 2008, l'os était fissuré, légèrement détaché.

Par certificat médical initial LAA du 10 juin 2008, le Dr D._____, médecin au Centre médical H._____ à [...], a posé le diagnostic de « contusion IPD + P3 doigt II D avec milli arrachement marginal PA » et d'« arthrose IPD II D ». Dans un rapport radiologique du 18 juin 2008, ce médecin a relevé la « présence d'un fragment osseux millimétrique détaché de la base de la P3 » et un « pincement articulaire de l'IPD avec troubles dégénératifs marqués ».

Les suites de cet accident ont été prises en charge par S._____ AG (ci-après : S._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 7 février 2013, le Dr L._____, spécialiste en neurologie, a annoncé une rechute de l'accident du 22 mars 2008. L'assurée avait consulté ce spécialiste en raison de fourmillements de la main droite et d'une insensibilité de l'index droit.

Par courrier du 25 février 2013, l'assurée a informé S._____ que le Centre médical H._____ n'avait pas pu lui remettre les radios faites après son accident, en raison d'une inondation survenue à la permanence de l'établissement.

Le Dr F._____, spécialiste en chirurgie de la main, a repris le traitement médical de l'assurée. Par certificat médical intermédiaire LAA du 18 mars 2013, il a relevé qu'elle souffrait d'arthrose au niveau de l'articulation interphalangienne proximale et distale de l'index droit et a

proposé une arthrodèse « IPD D2 D ». Il a également préconisé une cure du tunnel carpien droit.

Dans un rapport du 3 juin 2013, le Dr T._____, spécialiste en médecine manuelle et médecin-conseil de S._____, 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'assurance-accidents de l'arthrodèse « IPD D2 », dans la mesure où cette opération relevait des suites de l'accident du 22 mars 2008, contrairement au syndrome du tunnel carpien.

Par courrier du 2 septembre 2013, S._____ a informé l'assurée que l'opération d'arthrodèse de l'index droit était en relation avec l'accident du 22 mars 2008 et pouvait ainsi être réalisée, au contraire du traitement du syndrome du tunnel carpien qui n'était pas en relation avec l'accident.

Le 11 février 2014, l'assurée a été opérée par le Dr F._____. S._____ a pris en charge les coûts de cette opération et a versé des indemnités journalières depuis cette date.

Le Dr F._____ a attesté une incapacité de travail à 100 % de l'assurée dès le jour de l'intervention avec une durée probable jusqu'au 16 mai 2014, prolongée jusqu'au 30 juin 2014 puis jusqu'au 30 novembre 2014.

Dans un rapport du 10 juin 2014, le Dr F._____ a indiqué que l'assurée présentait, à la suite de son arthrodèse du 11 février 2014, une algodystrophie digitale (ci-après également : SDRC, Syndrome Dououreux Régional Complexe) ayant abouti à l'exclusion de son index droit du schéma corporel. La situation démontrait alors une consolidation de l'arthrodèse ainsi qu'une inflammation digitale « radiologiquement limitée aux deux dernières phalanges ». Selon le praticien, la réintégration de

l'index droit n'était pas garantie et un état séquellaire permanent pouvait être attendu dans le pire scénario.

Dans un rapport du 4 juillet 2014, le Dr F. _____ a fait état d'une évolution post-opératoire défavorable ; le suivi en ergothérapie montrait en effet qu'il n'y avait plus d'amélioration de la situation clinique avec exclusion complète du doigt. Selon le praticien, une capacité de travail pouvait être envisagée dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 24 juillet 2014, le Dr T. _____ a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis du Dr F. _____, qui ne préconisait pas d'autre traitement et considérait que l'état de l'assurée était définitif. Le médecin conseil a en outre évalué le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 6 %.

Par décision du 30 octobre 2014, S. _____ a considéré qu'une activité à 100 % adaptée aux capacités de l'assurée était exigible dès le 17 mai 2014, que les indemnités journalières cessaient d'être versées dès le 19 juin 2014, que la prise en charge de toutes les autres prestations prenait fin au 1^{er} décembre 2014 et que l'atteinte à l'intégrité était chiffrée à 6 %, donnant droit à une indemnité d'un montant de 7'560 francs.

Le 8 novembre 2014, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, au motif qu'elle présentait des complications post-opératoires et qu'une consultation était prochainement prévue avec le Professeur I. _____, spécialiste en chirurgie de la main. L'intéressée a dès lors requis une prolongation afin de compléter son argumentaire. Dans une motivation complémentaire du 5 février 2015, l'assurée, désormais représentée par Me Séverine Berger, a allégué avoir consulté un nouveau médecin en la personne du Dr K. _____, spécialiste en chirurgie de la main. Celui-ci considérait qu'elle était incapable de reprendre une activité et avait ainsi prolongé son incapacité de travail jusqu'au 28 février 2015. L'assurée a ajouté que le Prof. I. _____, consulté en novembre 2014,

avait posé un diagnostic oral contredisant celui du Dr T._____ et devait se prononcer sur l'éventualité d'une amputation.

Le 6 mai 2015, le Dr K._____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, afin d'exclure une infection lente. Depuis l'intervention, le praticien a pu constater une légère amélioration clinique de sa patiente, précisant encore que son état n'était pas stabilisé et attestant ainsi une incapacité de travail totale.

Par décision sur opposition du 7 mai 2015, S._____ a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que les Drs F._____ et T._____ avaient constaté l'absence d'amélioration de la situation clinique et considéraient qu'une activité adaptée pouvait être exigée de l'assurée.

B. Par acte du 4 juin 2015, V._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Statuant par arrêt du 8 mars 2016 (AA 59/16 - 30/2016), la Cour de céans a admis le recours de l'assurée, annulé la décision sur opposition du 7 mai 2015 et renvoyé la cause auprès de l'assureur-accidents pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le présent tribunal a retenu qu'il existait une rechute de l'accident du 22 mars 2008 à l'origine d'une arthrodèse de l'index droit pratiquée le 11 février 2014, entraînant une incapacité totale de travail (cf. consid. 6a). S'agissant de la stabilisation de l'état de santé de l'assurée au 17 mai 2014, la juridiction cantonale a observé que l'intéressée avait évoqué des éléments nouveaux dans son opposition et son écriture complémentaire du 5 février 2015, notamment l'éventualité d'une amputation et les complications post-opératoires. Ces éléments auraient dû conduire S._____ à investiguer la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assurée (cf. consid. 6c). La Cour de céans a encore relevé que les rapports médicaux sur lesquels l'assureur-accidents s'était fondé pour rendre sa décision étaient imprécis. Le rapport du 4 juillet 2014 du Dr F._____ était peu détaillé quant à la capacité de travail de l'assurée et ne se prononçait pas sur le taux. De son

côté, le Dr T._____ avait retenu une capacité de travail dans une activité adaptée sans la quantifier ni préciser les limitations fonctionnelles. La décision querellée était ainsi lacunaire en ce sens que, même dans l'hypothèse où une stabilisation de l'état de santé aurait pu être admise, S._____ n'était pas 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 était en présence d'un degré d'invalidité ouvrant ou non le droit à une rente au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) (cf. consid. 7). La cause a dès lors été renvoyée à S._____ pour complément d'instruction, notamment pour préciser l'évolution de l'état de santé de l'index droit de l'assurée, sur la base de rapports à requérir auprès du Dr K._____ et du Prof. I._____, pour statuer sur la prise en charge de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 6 mai 2015 et ses suites, pour calculer le revenu exigible de l'assurée dans une activité adaptée, après estimation médicale circonstanciée de sa capacité de travail et des limitations fonctionnelles, et enfin pour déterminer le degré d'invalidité (cf. consid 8). S'agissant de l'IPAI, la Cour de céans a jugé que son évaluation était prématurée (cf. consid. 9).

C. A la suite de l'arrêt précité, S._____ a requis de la Caisse de compensation auprès de laquelle l'assurée était affiliée qu'elle lui transmette une copie de son dossier, par courrier du 29 mars 2016.

Par courriel du 17 mai 2016, S._____ a informé le conseil de l'assurée qu'elle avait requis auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) la production de son dossier - l'intéressée ayant déposé une demande de prestations en 2015 - et qu'elle la recontacterait aussi vite que possible.

D. Il ressort du dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) de l'assurée que, dans un avis du 6 septembre 2016, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise de chirurgie

orthopédique de la main par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie de la main, afin d'être fixé avec précision quant à l'état de santé de l'assurée et quant aux retombées fonctionnelles de l'atteinte à son index en termes d'activité professionnelle exigible. L'OAI l'a ordonnée le 8 septembre 2016. Elle en a informé l'assurée et S._____ par courrier du même jour.

Par courriel du 29 septembre 2016, S._____ a annoncé à l'assurée qu'elle rendrait une nouvelle décision, en application de l'arrêt du 8 mars 2016, aussitôt l'expertise de l'OAI en sa possession.

Le 21 décembre 2017, l'OAI a transmis à l'expert un CD-ROM contenant les « radiographies originales réalisées le 22 août 2008 », qu'il avait précédemment requises auprès du Centre médical H._____.

Le Dr R._____ a rendu son rapport le 22 mai 2018, après avoir rencontré l'assurée les 7 novembre 2016 et 29 mars 2018. L'expert a exclu le diagnostic d'arthrose post-traumatique de l'articulation interphalangienne après avoir consulté « le cliché original effectué à la permanence du [Centre médical H._____] en 2008 », observant que l'articulation du doigt accidenté présentait une arthrose dégénérative marquée qui avait continué à évoluer sans que le traumatisme subi lors de l'accident ne l'aggrave. Il a considéré qu'il y avait un statu quo sine et que l'assureur-accidents n'aurait pas dû prendre en charge les frais consécutifs à l'arthrodèse. L'expert a ensuite analysé le contexte psychiatrique, estimant que les plaintes douloureuses persistantes de l'assurée laissaient envisager un syndrome douloureux somatoforme persistant qui devrait faire l'objet d'une expertise psychiatrique. Enfin, il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle, au vu de l'aggravation du syndrome douloureux remontant désormais jusqu'à l'épaule et au dos.

Après avoir pris connaissance des conclusions du rapport d'expertise précité, le SMR a préconisé, par avis du 9 juillet 2018, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. L'OAI l'a ordonnée le 3 août 2018

et l'a confiée au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 14 novembre 2018, le Dr P._____ a conclu à l'absence de psychopathologie incapacitante et à une utilisation du membre supérieur compatible avec l'exercice d'une activité adaptée, au vu de l'utilisation régulière que faisait l'assurée de son bras droit au quotidien. L'expert a certes constaté une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une accentuation de traits de personnalité histrionique mais n'a conféré aucune valeur incapacitante à ces éléments.

Par avis du SMR du 4 décembre 2018, le Dr Q._____ a relevé que, bien que les experts aient un avis contradictoire s'agissant de l'état de santé de l'assurée, le rapport du Dr R._____ n'emportait pas la conviction puisque le praticien s'était hasardé dans des domaines qui échappaient à son domaine de compétence.

Le 4 décembre 2018, le SMR a communiqué un extrait du rapport psychiatrique au Dr R._____ et l'a invité à préciser quelles limitations fonctionnelles déterminaient les activités exigibles de l'assurée et leur taux, sur la base de ses seules constatations objectives et indépendamment de questions relatives au diagnostic et/ou de considération d'ordre psychologique ou psychique.

Par courrier du 20 décembre 2018, le Dr R._____ a répondu que l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle et que sa capacité de travail dans les activités professionnelles exigibles était de 100 %.

Par avis du SMR du 21 mai 2019, le Dr Q._____ a relevé que l'expert psychiatre avait indiqué que son observation clinique de l'assurée attestait à son avis une utilisation « normale » de son membre supérieur droit, ceci échappant toutefois à son cadre de compétence absolu. Le Dr Q._____ a également noté que l'expertise du Dr R._____ n'échappait

pas non plus à toute critique au vu de l'extrême étalement chronologique de l'appréciation et en raison d'un poids excessif accordé à des considérations qui n'appartenaient pas au domaine de compétence de l'expert. Il a enfin considéré que le revirement d'appréciation relatif à la capacité de travail, nulle selon l'expertise du 22 mai 2018 et pleine selon le complément du 20 décembre 2018, intervenu sans réexamen de l'assurée et sur simple interpellation du SMR, était critiquable.

E. Entre temps, l'assurée a interpellé S._____ à plusieurs reprises s'agissant de l'avancement de la procédure d'instruction et la date à laquelle l'expertise serait rendue (cf. courriers des 2 novembre 2016, 24 janvier et 25 avril 2017). S._____ a indiqué qu'elle attendait de recevoir une copie de dite expertise avant de rendre une nouvelle décision (cf. courriers des 26 janvier et 3 mai 2017) et s'est enquis de l'avancement de l'instruction auprès de l'OAI, respectivement l'a sommé de lui faire parvenir une copie de l'expertise ordonnée (cf. courriers des 10 avril 2017 et 24 avril 2018).

Par courrier du 18 juillet 2018, l'assurée, par son conseil, a adressé une copie de l'expertise du Dr R._____ à S._____. Rappelant les mesures d'instruction requises par l'arrêt de renvoi du 8 mars 2016, l'intéressée a relevé que le rapport d'expertise était peu détaillé, contradictoire et ne répondait pas aux questions pertinentes ; en ce sens, il était proprement inexploitable. Elle a ajouté que ce rapport remettait en question le diagnostic d'arthrose post-traumatique unanimement admis par les praticiens ainsi que par l'assureur-accidents lui-même et retenu par l'autorité de recours dans son arrêt. Ce diagnostic ne pouvait dès lors pas être remis en question à ce stade. Après avoir relevé que selon l'expertise du 22 mai 2018, son état de santé s'était encore aggravé et qu'elle était toujours incapable de travailler, l'assurée a requis l'instruction rapide de la question d'une rente d'invalidité et d'une IPAI.

Par courrier du 3 août 2018, l'OAI a transmis à S._____ une copie du rapport d'expertise du 22 mai 2018 du Dr R._____.

Par décision du 19 septembre 2018, S._____ a suspendu les prestations d'assurance à compter du 6 mai 2015 (date de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse), au vu de l'absence de lien de causalité naturelle constatée par le Dr R._____ dans son rapport d'expertise du 22 mai 2018. Elle a relevé que la Cour de céans, dans son arrêt du 8 mars 2016, n'avait pas remarqué que les frais de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avaient été pris en charge par ses soins, de sorte que cette question était réglée. S._____ a ajouté que la question de l'évaluation d'une possible invalidité et du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité était caduque, en raison de l'absence de causalité naturelle. Elle a relevé que le Dr R._____ ne mentionnait pas la date exacte à laquelle le statu quo sine avait été atteint mais que, sur la base des éléments fournis, elle considérait que le traitement en relation avec l'accident n'était au maximum que de quelques semaines, tout au plus de quelques mois. Elle avait ainsi pris à tort en charge le traitement jusqu'au 6 mai 2015. Elle a cependant renoncé à toute demande de remboursement des prestations injustement fournies, sans reconnaissance d'obligation légale et sans préjudice d'une procédure ultérieure.

Le 15 octobre 2018, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée. Elle a reproché à S._____ d'avoir fondé sa décision sur le rapport d'expertise du 22 mai 2018 du Dr R._____ qui n'emportait pas la conviction. Selon l'assurée, le rapport d'expertise avait été établi à l'attention de l'assurance-invalidité, avait été rendu plus de deux ans après la nomination de l'expert, n'était pas étayé sur le plan médical et contenait des constatations contraires à celles de tous les autres médecins intervenus jusqu'alors. Ce rapport ne répondait en outre pas aux questions posées par l'OAI et était ainsi incomplet. Il contenait également d'importantes considérations psychiatriques, domaine dans lequel le Dr R._____ n'était pas spécialisé. Compte tenu de ces éléments, S._____ ne pouvait dès lors pas fonder sa décision sur ce rapport. Cette décision ne respectait en outre pas l'arrêt du 8 mars 2016 reconnaissant l'existence d'une rechute de l'accident du 22 mars 2008 à l'origine d'une arthrodèse de l'index pratiquée le 11 février 2014, ayant entraîné une incapacité totale de travail. Dans la mesure où l'autorité de recours avait

statué sur la question du lien de causalité entre la rechute et l'accident, ce lien ne pouvait être remis en question. L'assurée a enfin relevé que S._____ n'avait pas donné suite aux injonctions figurant dans l'arrêt du 8 mars 2016, ce qui relevait du déni de justice.

Par décision sur opposition du 6 février 2019, S._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 19 septembre 2018. Réitérant ses arguments, S._____ a ajouté que l'expert mandaté devait répondre aux mêmes questions intéressant l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents, qu'il avait vu et examiné la patiente en 2016 et 2018 et qu'il était en possession de l'ensemble des rapports médicaux et pièces du dossier de l'OAI. L'assureur-accidents a indiqué à cet égard que les radiographies de contrôle effectuées à la permanence du Centre médical H._____ lors la première consultation après l'accident avaient été remises à l'expert. En outre, émanant d'un médecin spécialisé dans la chirurgie de la main, neutre et indépendant, le rapport était clair et sans équivoque et ne laissait aucun doute quant à la causalité. Il n'y avait dès lors pas de raisons sérieuses et objectives de s'écarter de ce rapport d'expertise. Au vu des conclusions de ce rapport, des mesures d'investigation supplémentaires étaient en outre devenues obsolètes. S._____ a encore relevé que les plaintes psychologiques mentionnées dans le rapport du Dr R._____ n'avaient pas de lien de causalité naturelle et adéquate avec « l'annonce de l'accident du 31 mars 2018 (sic) » et relevaient exclusivement de l'assurance-invalidité.

F. Par acte du 8 mars 2019, V._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociale du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée soit condamnée à prendre en charge toutes les prestations d'assurance-accidents consécutives à l'accident du 22 mars 2008, respectivement la rechute annoncée le 7 février 2013, au-delà du 6 mai 2015, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante a requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle a reproché à l'intimée de

n'avoir procédé à aucune des mesures d'instruction imposées par l'arrêt du 8 mars 2016, de s'être contentée d'attendre l'expertise sollicitée par l'OAI et de n'avoir ordonné aucun complément d'expertise malgré ses sollicitations. Selon l'intéressée, l'intimée a ainsi commis un déni de justice et a violé son droit d'être entendue. La recourante a ajouté que le lien de causalité entre l'accident et l'arthrodèse avait été admis par l'intimée - sur la base de l'avis de son médecin conseil - et confirmé par l'autorité de recours. Aucun élément nouveau ne permettait de revenir sur cet élément de fait qui était dès lors acquis ; les radiographies réalisées au Centre médical H. _____ le 18 juin 2008 étaient du reste connues lorsque la première décision sur opposition avait été rendue. L'assurée a encore relevé que les radiographies de 2008 sur lesquelles le Dr R. _____ s'était entièrement fondé ne figuraient pas en annexe de son rapport. En outre, selon les pièces du dossier de l'OAI, ces clichés dataient du 22 août 2008, tandis que selon les documents émanant de l'intimée, ils dataient du 18 juin 2008. L'assurée a quant à elle allégué que les radiographies pertinentes avaient été effectuées le 24 mars 2008. La recourante a enfin réitéré ses critiques à l'encontre du rapport d'expertise du Dr R. _____.

Par réponse du 30 avril 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a tout d'abord contesté avoir commis un déni de justice ; elle a précisé à cet égard avoir sollicité, immédiatement après l'entrée en force de l'arrêt du 8 mars 2016, la consultation du dossier de la caisse de compensation et de l'OAI, mais que l'examen de ce dernier avait pris du temps au vu de son volume et de sa complexité. S. _____ a ajouté qu'elle avait décidé, d'entente avec la recourante, d'attendre le résultat de l'expertise demandée par l'OAI, laquelle devait répondre aux mêmes questions que celles intéressant l'assurance-accidents. Dite expertise ne laissait d'ailleurs pas de doute quant à ses conclusions. L'intimée a relevé que l'accident du 22 mars 2008 n'avait en outre engendré aucune incapacité et avait vite été oublié, celui-ci n'apparaissant pas dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique X. _____ de 2010. Revenant sur la critique formulée à l'égard des radiographies de 2008 analysées par l'expert, l'intimée a indiqué que ces clichés étaient connus des parties et figuraient au dossier.

Répliquant le 23 mai 2019, la recourante a maintenu ses conclusions, ajoutant qu'il convenait de se focaliser sur le contexte de la rechute de 2013, à partir de laquelle il y a eu incapacité de travail. Elle a encore relevé que l'expertise pluridisciplinaire de 2010 avait pour objet un autre accident et ne pouvait de toute évidence pas mentionner la rechute liée à l'accident de 2008 dans la mesure où celle-ci est intervenue postérieurement, en 2013.

Par duplique du 11 juin 2019, l'intimée a maintenu ses conclusions, précisant encore que l'expert R. _____ n'avait pas réalisé sa propre analyse de l'état psychiatrique de l'assurée, mais s'était appuyé sur les examens et rapports figurant au dossier, dont l'expertise pluridisciplinaire de 2010.

Par courrier du 17 juin 2019, la recourante a ajouté que l'expertise pluridisciplinaire de 2010 ne saurait être utilisée dans la présente affaire au motif que les expertises réalisées par la clinique en question avaient été jugées caduques.

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 [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 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 ; BLV 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).

c) 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 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 le droit aux prestations de la recourante consécutivement à l'accident du 22 mars 2008 et à la rechute annoncée le 7 février 2013, au-delà du 6 mai 2015, y compris le droit à une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. La recourante reproche tout d'abord à l'intimée un déni de justice.

a) L'art. 29 al. 1 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit à toute personne le droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Une décision rendue dans un délai raisonnable est également, en règle générale, un préalable nécessaire en procédure administrative suisse pour garantir à toute

personne de pouvoir faire entendre sa cause dans un délai raisonnable par un tribunal indépendant et impartial au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 46 ad art. 56 LPGA).

Le refus de statuer sur une demande ou la violation de l'obligation de statuer dans un délai raisonnable constitue un déni de justice formel. L'art. 56 al. 2 LPGA ouvre une voie de recours pour s'en plaindre devant le tribunal cantonal des assurances qui serait compétent pour statuer sur le recours contre la décision attendue. Si l'autorité rend finalement la décision attendue avant que le tribunal ne se prononce, le recours pour déni de justice devient sans objet (Métral, op. cit., n° 37 ad art. 56 LPGA).

b) En l'occurrence, l'intimée avait déjà rendu la décision sur opposition lorsque le recours pour déni de justice a été déposé, le 8 mars 2019. Le recours sur ce point était ainsi sans objet.

4. La recourante invoque également une violation du droit d'être entendu.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse

d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées).

b) En l'espèce, la recourante fait grief à l'intimée de ne pas avoir donné suite aux injonctions contenues dans l'arrêt de renvoi du 8 mars 2016 de la Cour de céans. Ce grief se confond avec le grief de violation de l'obligation d'instruire (art. 43 LPGA), lequel sera examiné au considérant suivant.

La recourante reproche également à l'intimée de ne pas l'avoir interpellée à réception du rapport d'expertise du Dr R. _____ et de ne pas avoir réagi à ses objections contre ce rapport. L'assurée l'a toutefois transmis personnellement à l'intimée et a formulé spontanément des griefs à son égard. Elle s'est ainsi exprimée librement. Par ailleurs, en reprochant à l'intimée une violation du droit d'être entendu en relation avec l'appréciation de l'expertise du Dr R. _____, la recourante soulève un grief se confondant avec celui de la constatation manifestement inexacte des faits pertinents, qui sera examiné avec le fond du litige. La recourante a en outre eu l'occasion de s'exprimer largement devant l'autorité de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen, à l'occasion d'un double échange d'écritures. Ainsi, même à admettre une violation du droit d'être entendu, celle-ci serait de peu d'importance et devrait être considérée comme réparée au stade de la procédure judiciaire.

5. **a)** Le présent arrêt intervient à la suite d'un arrêt de renvoi du 8 mars 2016 aux termes duquel l'intimée avait pour injonction de compléter l'instruction, notamment en précisant l'évolution de l'état de santé de l'index droit de l'assurée, sur la base de rapports à requérir auprès du Dr K. _____ et du Prof. I. _____, en statuant sur la prise en charge de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 6 mai

2015 et ses suites, en complétant l'instruction par une estimation médicale circonstanciée de la capacité de travail de l'assurée et des limitations fonctionnelles, cas échéant par le calcul du revenu exigible de l'assurée dans une activité adaptée en vue de déterminer le degré d'invalidité.

b) Selon un principe applicable dans la procédure administrative en général, lorsqu'une autorité de recours statue, explicitement ou implicitement, par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours, sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. par exemple TF 9C_350/2011 du 3 janvier 2012 consid. 4.1).

Des faits "nouveaux" importants, qui existaient déjà avant l'arrêt de renvoi mais ont été découverts subséquemment par l'administration (faux nova), peuvent rompre l'autorité attachée à l'arrêt de renvoi (TF 8C_152/2012 du 3 août 2012 consid. 4.1 et 4.2).

c) En l'espèce, dans son arrêt du 8 mars 2016, la Cour de céans a renvoyé le dossier à l'intimée pour qu'elle procède à des mesures d'instruction complémentaires et rende une nouvelle décision. Cette décision – qui peut être qualifiée de décision incidente (ATF 133 V 477 consid. 4.2) – contenait des instructions claires qui liaient l'intimée. Elle était tenue de les respecter.

Or, force est de constater que l'intimée n'a pas requis de rapports auprès du Dr K. _____ et du Prof. I. _____, n'a pas investigué la question de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, n'a pas estimé sa capacité de travail ni ses limitations fonctionnelles, n'a pas

complété l'instruction par le calcul du revenu exigible de l'assurée dans une activité adaptée, ni n'a déterminé si le degré d'invalidité présenté ouvrait le droit à une rente. Si l'intimée s'est acquittée des frais de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse, elle n'a toutefois pas statué sur la prise en charge des suites de cette intervention.

L'intimée ne peut au demeurant se prévaloir d'aucun faux nova l'autorisant à se distancier de l'autorité attachée à l'arrêt de renvoi. Les radiographies prises en 2008 et sur lesquelles le Dr R. _____ s'est basé pour rendre son expertise ne sont pas de nouvelles pièces qu'il aurait découvertes. Il est vrai que la recourante a relevé une anomalie s'agissant de la date des clichés transmis par le Centre médical H. _____ à l'OAI puis au Dr R. _____ ; les clichés auraient été pris le 22 août 2008 alors que l'assurée dit n'avoir subi aucun examen à cette date. L'expert indique toutefois avoir analysé les radiographies réalisées en 2008 juste après l'accident à la permanence du Centre médical H. _____. Selon la lecture de ces documents par l'expert, l'assurée présentait alors une arthrose dégénérative marquée de l'articulation. Les clichés analysés par l'expert correspondent, selon toute vraisemblance, aux radiographies qui ont fait l'objet du rapport du 18 juin 2008 du Dr D. _____. Ce médecin avait en effet observé le même phénomène d'arthrose sur ces images. En outre, il ne ressort pas du dossier que d'autres radiographies auraient été effectuées en 2008 dans cet établissement. Le Dr R. _____ a par conséquent analysé les mêmes clichés que le Dr D. _____ à l'époque. Il n'y a dès lors pas de fait nouveau à cet égard, ce que l'intimée a d'ailleurs concédé dans sa réponse du 30 avril 2019.

d) Vu ce qui précède, l'intimée n'a pas donné suite aux instructions contenues dans l'arrêt de renvoi du 8 mars 2016, alors qu'elle y était tenue. Pour ce premier motif, il y a déjà lieu d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'intimée, d'autant plus que l'intimée ne saurait se prévaloir de l'expertise du Dr R. _____ pour renoncer à l'instruction médicale ordonnée par ce tribunal, cet acte n'ayant pas de valeur probante, comme il sera exposé ci-dessous.

6. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr R. _____ qui a servi de fondement à la décision de l'intimée.

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales, 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'auteur du rapport 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).

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir

particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

b) A titre liminaire, on peut relever que ce n'est pas l'intimée, mais bien l'OAI, qui a ordonné une expertise orthopédique de la main et qui l'a confiée au Dr R._____. Ce praticien devait ainsi répondre aux questions spécifiques qui se posent en matière d'assurance-invalidité, lesquelles diffèrent de celles relatives à l'assurance-accidents. Plus particulièrement, l'assureur-accidents investiguera les atteintes à la santé en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident (art. 6 al. 1 LAA et 4 LPGA) alors que l'invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) et 8 al. 1 LPGA n'est pas limitée à un seul facteur dès lors que l'incapacité peut résulter certes d'un accident, mais aussi d'une infirmité congénitale et d'une maladie. Si l'intimée pouvait, sur le principe, concevoir que cette expertise répondrait aux questions qui se posaient à elle, il lui incombait toutefois de vérifier la valeur probante du rapport et son exhaustivité sous l'angle des critères prévalant en assurance-accidents avant de faire intégralement siennes les conclusions de l'expert.

Dans son rapport d'expertise, le Dr R._____ a consacré un chapitre entier de sa discussion à une analyse du contexte psychiatrique, sortant ainsi de son domaine de compétence qui est la chirurgie de la main. Cette digression affaiblit déjà considérablement la fiabilité de son expertise.

Par ailleurs, le Dr R._____ est arrivé à la conclusion, dans son rapport d'expertise du 22 mai 2018, que la capacité de travail de la recourante demeurait nulle en raison de l'aggravation de ses douleurs à l'index qui remontaient alors jusqu'à l'épaule et au dos. Toutefois, sur simple lecture d'un extrait de l'expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI

et sans réexamen de la recourante, le Dr R._____ a conclu, dans son rapport complémentaire du 20 décembre 2018, que l'intéressée était totalement capable de travailler, sans autre développement, ce alors que le SMR requérait expressément des précisions sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée. Ces conclusions contradictoires, non objectivées, enlèvent également toute force probante à l'expertise.

7. a) Dans sa décision sur opposition du 6 février 2019, l'intimée, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr R._____, a considéré qu'elle ne devait prendre en charge le traitement que tout au plus quelques mois après l'accident et a nié le droit à une rente ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité faute de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte subsistante. Elle a ainsi remis en cause le lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 mars 2008 et les séquelles annoncées le 7 février 2013 alors même que ce point n'était pas litigieux dans le cadre de la procédure ayant débouché sur l'arrêt de renvoi du 8 mars 2016. Cet arrêt statue implicitement sur le rapport de causalité naturelle, soit sur une question de fait, sur laquelle l'autorité inférieure n'a en principe plus aucune latitude de jugement, sous réserve de faits nouveaux révélés par le complément d'instruction requis (cf consid. 5b ci-dessus).

b) En l'espèce, le Dr R._____ a nié tout rapport de causalité entre l'accident et l'arthrose de l'articulation interphalangienne distale de l'index droit. L'expert explique être arrivé à cette conclusion après l'analyse des radiographies effectuées en 2008 à la permanence du Centre médical H._____, desquelles il ressort une arthrose dégénérative marquée de l'articulation. Ces clichés correspondent cependant aux radiographies qui ont fait l'objet du rapport du 18 juin 2008 du Dr D._____ (cf. consid. 5c in fine). Ces images étaient ainsi connues des parties, figuraient au dossier de l'intimée et ont conduit les Drs F._____ et T._____ à poser le diagnostic d'arthrose post-traumatique (cf. rapports des 18 mars et 3 juin 2013). Le Dr R._____ a en conséquence procédé à une appréciation différente d'un état de fait déjà connu, sans expliquer en outre pourquoi les diagnostics des Drs F._____ et T._____

seraient erronés. Il ne fait que substituer son point de vue aux leurs. Or, pour justifier de revenir sur une décision, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Notamment, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b). Ainsi, en l'absence de faits nouveaux, la Cour de céans ne saurait revenir sur le constat d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 mars 2008 et les séquelles annoncées le 7 février 2013.

c) On précisera, pour être exhaustif, que l'expertise pluridisciplinaire de 2010 mentionnée par les parties dans leurs écritures n'est pas pertinente dans le cas d'espèce, celle-ci ayant pour objet un accident différent de celui du 22 mars 2008 et ayant été réalisée avant la rechute objet du présent litige, de surcroît par la Clinique X._____, dont la validité des rapports a été remise en question par le Tribunal fédéral (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2).

d) Compte tenu des éléments qui précèdent, l'expertise du Dr R._____ est dépourvue de toute force probante. L'intimée ne pouvait en conséquence pas fonder sa décision sur cette expertise. Pour ce second motif, la cause sera renvoyée à l'intimée afin qu'elle se conforme aux instructions figurant dans l'arrêt du 8 mars 2016.

Il appartiendra ainsi à l'intimée de compléter l'instruction, soit plus particulièrement de préciser l'évolution de l'état de santé de l'index droit de la recourante et des soins prescrits à partir du 17 mai 2014, sur la base de rapports circonstanciés à requérir auprès du Dr K._____ et du Prof. I._____. Demeure ici expressément réservée la faculté pour l'intimée de mettre en œuvre une expertise, dans l'hypothèse où les informations recueillies auprès des médecins susmentionnés s'avéraient insuffisantes. Il incombera encore à l'intimée, si l'état de santé est stabilisé, de procéder à une 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. Il lui reviendra également de statuer sur une éventuelle IPAI.

8. Vu ce qui précède, le recours est admis, la décision sur opposition du 6 février 2019 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. et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours déposé le 8 mars 2019 par V._____ est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 6 février 2019 par S._____ AG est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. S._____ AG versera à V._____ un montant de 2'500 fr.
(deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

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._____ AG),
- 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 :