

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 décembre 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Bonard et Mme Silva, assesseurs
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

P. _____, à [...] (France), recourante, représentée par Me Philippe Rossy,
avocat à Lausanne,

et

L. _____ SA, à Lausanne, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 16 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. Née en [...], P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) était employée à plein temps comme agente de banque par B._____ SA (ci-après : l'employeur), depuis le 15 juin 2020. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de L._____ SA (ci-après : L._____ ou l'intimée).

Le 21 septembre 2020, l'assurée s'est coupée au niveau du pouce gauche en coupant du pain à son domicile, ce que l'employeur a annoncé à L._____ par formulaire de déclaration d'accident complété le 23 septembre 2020. Elle a consulté un service d'urgences hospitalières, où sa plaie a été suturée, sans exploration.

L'employeur a annoncé une rechute à L._____, au 1^{er} octobre 2020.

Par rapport du 12 octobre 2020, le Dr G._____, médecin à [...] (France) a fait savoir à L._____ qu'il avait été consulté par l'assurée pour une plaie partielle du long abducteur ainsi que du nerf collatéral dorsal et radial du pouce. Le 1^{er} octobre 2020, il avait réalisé une suture tendineuse et nerveuse (chirurgie ambulatoire).

L'assurée a été en incapacité de travail en raison de cette atteinte (les 21 et 22 septembre, puis du 1^{er} au 18 octobre, puis du 10 au 17 novembre 2020). L._____ a pris en charge l'événement au titre de l'assurance-accidents obligatoire.

Répondant à un questionnaire de L._____ sur son état actuel, l'assurée a indiqué le 19 février 2021 que le traitement de sa coupure au pouce avait pris fin le 8 octobre 2020, mais qu'elle bénéficiait de séances de kinésithérapie deux à trois fois par semaine.

Par courrier du 22 juillet 2021, L._____ a informé l'assurée qu'elle avait clos son cas le 31 mars 2021.

Le 5 juillet 2021, l'assurée a bénéficié d'une nouvelle intervention chirurgicale de son pouce gauche, à savoir une ténolyse, pratiquée par le Dr G._____. Ce dernier a indiqué dans un rapport du 3 juin 2021 que l'opération du 1^{er} octobre 2020 avait permis des sutures tendineuses sur le long abducteur du pouce gauche. L'évolution avait toutefois été marquée par un enraidissement et un déficit de flexion sur cette colonne du pouce, ce qui l'avait poussé à envisager de réaliser une ténolyse, qui devrait être suivie d'un programme de rééducation soutenu.

Interpellée par L._____, l'assurée a complété un formulaire en cas de rechute le 9 août 2021, dans lequel elle a indiqué que l'évolution de l'état de son pouce n'était pas « nette », qu'elle suivait des séances de kinésithérapie prescrites par son chirurgien et qu'elle avait rendez-vous avec ce dernier le 27 août suivant.

Par rapport du 24 août 2021, le Dr G._____ a informé L._____ qu'il avait réalisé une ténolyse le 5 juillet 2021, nécessitant de la rééducation et une orthèse dynamique. Il estimait que le traitement serait terminé au début du mois de septembre 2021 et prescrivait un arrêt de travail du 5 juillet au 31 août 2021. Il a joint à son envoi les protocoles opératoires des 1^{er} octobre 2020 et 5 juillet 2021.

Par rapport d'appréciation du 30 août 2021, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil auprès de L._____, a estimé que la reprise chirurgicale pour enraidissement post-plaie était due, de manière grandement probable, à la coupure accidentelle du 21 septembre 2020. Il fallait attendre au moins trois mois après l'opération pour évaluer l'état de santé.

Par courriel du 15 septembre 2021, l'assurée a informé L._____ que son arrêt de travail avait été prolongé de deux mois par son chirurgien traitant et qu'elle n'avait ainsi pas repris son activité.

Par courriel du 8 octobre 2021, l'employeur a fait savoir à L._____ que le contrat de travail de l'assurée prendrait fin le 30 novembre 2021.

Sur mandat de L._____, qui souhaitait obtenir un second avis médical, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assurée et évalué sa capacité de travail. Dans son rapport du 18 octobre 2021, le Dr N._____ a relevé que selon les déclarations de l'assurée, dix jours après sa prise en charge aux urgences, elle était allée consulter son médecin traitant pour retirer les fils de suture et que ce médecin l'avait référée au Dr G._____, en raison du lâchage de la cicatrice. Le Dr G._____ avait ensuite réalisé la première intervention, de suture tendineuse et nerveuse, qu'il avait dû reprendre par la suite, par une ténolyse. Le Dr N._____ a constaté que la main gauche était calme, que l'enroulement des doigts était complet et que la force de préhension de la main était satisfaisante. Il évaluait la capacité de travail dans l'activité habituelle comme entière et exigible dès le 1^{er} novembre 2021, le traitement de kinésithérapie pouvant être pris en charge jusqu'à six mois après la reprise chirurgicale du 5 juillet 2021, date après laquelle des progrès ne seraient plus attendus. Le Dr N._____ retenait des limitations fonctionnelles pour les travaux exigeant une importante force de préhension de la main gauche ; l'activité d'employée de banque respectait pleinement ces limitations.

Par décision du 19 octobre 2021, L._____ a mis un terme au versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire au 31 octobre 2021.

Par rapport d'appréciation du 25 octobre 2021, le Dr H._____ a retenu que les lésions tendino-nerveuses étaient stabilisées à la fin de

l'année 2021 et qu'on pouvait escompter une reprise totale du travail par l'assurée dès le 1^{er} novembre 2021.

Par courrier du 17 novembre 2021, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a produit un rapport du 29 octobre 2021 du Dr G._____, dans lequel il indiquait que son état de santé nécessitait la poursuite des soins de rééducation de la main gauche et la prolongation de son arrêt de travail jusqu'au 31 décembre 2021. Elle a en outre expliqué devoir effectuer des exercices quotidiens, une fois par heure, à l'aide d'une orthèse adaptée. Elle avait également exposé que le Dr N._____ lui avait parlé d'une reprise du travail à la fin de l'année, pas avant.

Par décision sur opposition du 4 février 2022, L._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision de fin de prestations du 19 octobre 2021.

B. Par courrier du 14 mars 2022, P._____, désormais représentée par son conseil Me Philippe Rossy, avocat à Lausanne, a déclaré former recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec suite de frais et dépens à son annulation et au renvoi de la cause à L._____ pour nouvelle décision. Elle a fait valoir son incapacité à reprendre son activité habituelle jusqu'au 31 décembre 2021, telle qu'attestée par le Dr G._____ le 29 octobre 2021. Elle a requis la production du dossier de la cause, la mise en œuvre d'une expertise médicale, et s'est réservé la possibilité de motiver son acte plus avant à réception du dossier.

Par courrier du 23 mars 2022, après interpellation de la juge instructrice, L._____ a produit le suivi postal de l'envoi de la décision sur opposition du 4 février 2022, dont il ressortait qu'il avait été remis à sa destinataire le 11 février 2022. L._____ a également critiqué la motivation du recours, qu'elle estimait insuffisante pour que l'acte soit recevable.

Par courrier du 12 avril 2022, la recourante, toujours sous la plume de son conseil, a déposé une explication à son recours, qui n'était pas destinée à constituer une motivation complémentaire. Elle y a indiqué maintenir son recours, qu'elle estimait recevable eu égard au délai et à la motivation. Elle a relevé que la décision sur opposition entreprise présentait un défaut de motivation et a requis la tenue de débats publics, pour le cas où elle ne pourrait pas développer son argumentation par un échange d'écritures subséquent.

Par réponse du 5 mai 2022, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, faute de motivation suffisante, subsidiairement à son rejet et à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

Par réplique du 30 mai 2022, la recourante a maintenu son recours. Elle a sollicité l'octroi d'un délai pour développer son argumentation pour le cas où son acte de recours serait jugé insuffisamment motivé par la Cour. Elle a argué que le rapport du Dr N._____ ne constituait pas une expertise et qu'il ne revêtait pas de valeur probante, compte tenu notamment de sa contradiction avec l'avis du Dr G._____ et de sa proximité avec l'intimée.

Par duplique du 7 juin 2022, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Par déterminations du 30 juin 2022, la recourante a réitéré ses arguments et sollicité un délai pour produire un nouveau certificat médical, voire une argumentation complémentaire, « pour l'hypothèse notamment où elle aurait l'occasion de rencontrer à nouveau le Dr G._____ ou un autre médecin [...] ». Par ordonnance du 5 juillet 2022, la juge instructrice a refusé l'octroi de ce délai, requis sur la base d'une simple hypothèse.

Par courrier du 6 juillet 2022, la recourante a produit un rapport du Dr G._____ du même jour. Ce médecin relevait que

l'intervention chirurgicale du 5 juillet 2021 avait nécessité des soins de rééducation et le port d'une orthèse dynamique pour obtenir un résultat sur la mobilité du pouce ; ces soins avaient entraîné un arrêt de travail nécessaire et indispensable.

Par avis du 12 juillet 2022, la juge instructrice a indiqué que le jugement au fond déciderait de la prise en compte ou non de l'écriture et de la pièce produites le 6 juillet 2022 - envoyées par le conseil de la recourante avant qu'il ne reçoive l'ordonnance du 5 juillet 2022.

Interpellé par la juge instructrice le 3 novembre 2023, le conseil de la recourante a exposé, par courrier du 15 novembre 2023, renoncer à sa requête de débats publics. Il a également produit la procuration en sa faveur, qu'il avait annoncée sans y donner suite.

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 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, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 2 LPGA *cum* 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). En effet, le délai de recours a été respecté, compte tenu de la notification de la décision sur opposition litigieuse intervenue le 11 février 2022, selon l'extrait des envois recommandés de la Poste suisse. Cet aspect de la recevabilité n'était à juste titre plus contesté par l'intimée dès le stade de la réponse.

c) Aux termes de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté (art. 61 let. b LPGA).

aa) Les art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2001 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), qui prévoient l'octroi d'un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours respectivement une opposition, visent avant tout à protéger l'assuré sans connaissances juridiques qui, dans l'ignorance des exigences formelles de recevabilité, dépose une écriture dont la motivation est inexistante ou insuffisante peu avant l'échéance du délai de recours ou de l'opposition, pour autant qu'il en ressorte clairement que son auteur entend obtenir la modification ou l'annulation d'une décision le concernant et sous réserve de situations relevant de l'abus de droit (ATF 134 V 162 ; TF 9C_191/2016 du 18 mai 2016 consid. 4.1 ss ; 8C_660/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.3).

L'existence d'un éventuel abus de droit peut être admise plus facilement lorsque l'assuré est représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours ou d'une opposition et qu'il lui est également connu qu'un délai légal n'est pas prolongeable. Aussi, en cas de représentation, l'octroi d'un délai supplémentaire en application des dispositions précitées s'impose uniquement dans la situation où l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié ne dispose plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable de recours, respectivement d'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale. Il s'agit typiquement de la situation dans laquelle un assuré, qui n'est pas en possession du dossier le concernant, mandate tardivement un avocat ou un autre mandataire professionnellement qualifié et qu'il n'est pas possible à ce dernier, en

fonction de la nature de la cause, de prendre connaissance du dossier et de déposer un recours ou une opposition motivés à temps. Il n'y a alors pas de comportement abusif de la part du mandataire professionnel s'il requiert immédiatement la consultation du dossier et motive ultérieurement l'écriture initiale qu'il a déposée dans le délai légal pour sauvegarder les droits de son mandant. En dehors du cas de figure décrit, le Tribunal fédéral a retenu *a contrario* que les conditions de l'octroi d'un délai supplémentaire en vertu des art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA ne sont pas données et qu'il n'y a pas lieu de protéger la confiance que le mandataire professionnel a placée dans le fait qu'un tel délai lui a été accordé – à tort (*idem*).

bb) L'intimée soutient que l'acte de recours serait insuffisamment motivé. Il faut admettre avec cette dernière qu'il n'est pas possible d'obtenir une prolongation du délai légal de recours ou, en principe, de motiver la contestation postérieurement à l'écoulement dudit délai. Néanmoins, force est de constater *in casu* que l'acte de recours initial contient un exposé des faits, des conclusions au fond et un exposé des motifs suffisant eu égard aux circonstances. En effet, la recourante, assistée d'un avocat, soulève un grief clair, compréhensible et suffisant dans cet acte, bien qu'il soit exposé de manière sommaire. De plus, dans ses courriers du 14 mars 2022, le conseil de la recourante a annoncé à la fois à l'intimée et à la Cour de céans avoir été mandaté ce même jour, dans le cadre du présent litige. Il ne représentait pas les intérêts de la recourante lors de la procédure administrative. Dans le courrier à l'intimée, Me Rossy a requis l'accès à l'intégralité du dossier. Dans celui destiné à la Cour de céans, il a déclaré faire recours au nom de sa mandante, afin de sauvegarder les intérêts de cette dernière, car il ne connaissait pas la date de notification de la décision sur opposition, de sorte qu'il n'était pas exclu que le délai de recours échoit à la date de sa consultation, respectivement de son courrier. Il a également rédigé l'acte de recours dont il est question, qui remplit, compte tenu des circonstances et de la jurisprudence rappelée ci-avant, les conditions de motivation requises (cf. également ATF 143 V 249 consid. 6.5 *in fine*). Ainsi, le recours

doit être déclaré recevable, les conditions formelles de l'art. 61 let. b LPGA étant remplies.

En outre, le courrier explicatif du 12 avril 2022 doit être pris en considération, ce d'autant plus qu'il se limite essentiellement à détailler le grief déjà soulevé. Quant à la pièce produite le 6 juillet 2022, à savoir le rapport du Dr G. _____ du même jour, il en sera tenu compte, vu les développements ci-dessus et compte tenu du fait que ce rapport a trait à la situation médicale antérieure à la décision sur opposition entreprise (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

2. Le litige porte sur le bienfondé de la cessation du versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire en faveur de la recourante au 31 octobre 2021, plus particulièrement sur sa capacité de travail dès cette date.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de

rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) C'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2; TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.2 et les références).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

5. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières LAA de la recourante, considérant qu'elle avait recouvré sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} novembre 2021. Pour rendre sa décision, elle s'est fondée principalement sur l'appréciation du Dr N._____.

La recourante conteste cette appréciation et considère qu'elle n'a pas recouvré sa capacité de travail avant le mois de janvier 2022, de sorte qu'elle aurait droit à deux mois d'indemnités journalières supplémentaires. Elle soutient que l'avis de son chirurgien traitant, le Dr G._____, devrait prévaloir à cet égard.

a) Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante du rapport du Dr N._____ du 18 octobre 2021.

Le Dr N._____ a listé et résumé les pièces médicales figurant au dossier de la recourante. Il s'est entretenu personnellement avec elle à son cabinet, recueillant son anamnèse, ainsi que ses déclarations et plaintes relatives à l'atteinte litigieuse. Il a ensuite procédé à un examen clinique, particulièrement détaillé s'agissant des membres supérieurs. Il a ensuite noté que subjectivement, la recourante concédait une nette amélioration depuis la reprise chirurgicale du 5 juillet 2021, qu'elle portait une orthèse plusieurs fois par jour pour récupérer la flexion du pouce gauche, que ses douleurs irradiaient jusqu'à la racine du membre supérieur gauche et qu'elle avait encore de la peine à dévisser un bocal ou à effectuer certains mouvements avec la main gauche. Au moment de cet examen, son chirurgien traitant lui avait prescrit un arrêt de travail jusqu'au 31 octobre 2021. Le Dr N._____ a ensuite rapporté ses conclusions objectives, à savoir que l'état de la main gauche était calme, que l'enroulement des doigts était complet et que la force de préhension de la main gauche était satisfaisante. Selon lui, une capacité de travail entière était exigible dès le 1^{er} novembre 2021 dans une activité de bureau. Le traitement de kinésithérapie pouvait être pris en charge jusqu'à six mois après la dernière intervention chirurgicale, car au-delà de

cette limite, des progrès n'étaient plus à attendre. Les limitations fonctionnelles étaient respectées dans l'activité habituelle d'employée de banque. Il appert ainsi que ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les conclusions du Dr N._____ sont claires, cohérentes avec son appréciation du cas, motivées et exprimées en pleine connaissance du contexte médical. On ajoutera que la motivation de l'intimée à cet égard est suffisante, eu égard au grief de défaut de motivation de la décision que la recourante semble soulever, de manière très succincte, dans son écriture du 12 avril 2022 (sur la question de la motivation de la décision, cf. ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2 et les références).

L'avis du Dr N._____ est en sus congruent avec celui du Dr H._____, médecin-conseil qui s'est prononcé sur la base du dossier uniquement, en premier avis. Ce dernier médecin a en particulier pris connaissance du rapport du Dr N._____ et a rejoint ses conclusions, dans son rapport du 25 octobre 2021.

La recourante se réfère à l'avis du Dr G._____, qui lui a prescrit dans un premier temps un arrêt de travail jusqu'au 31 août 2021, estimant qu'elle pourrait reprendre son activité en septembre 2021 (rapport du 24 août 2021), avant de le prolonger de deux mois selon la recourante, c'est-à-dire jusqu'à la fin octobre 2021, sans que ce certificat ne figure au dossier (cf. courriel du 15 septembre 2021, p. 136 du dossier). Puis, le 29 octobre 2021, après l'examen par le Dr N._____ et la reddition de la décision mettant fin aux indemnités journalières, le Dr G._____ a établi une nouvelle attestation d'incapacité de travail, jusqu'au 31 décembre 2021. Dans cette attestation, le Dr G._____ n'a pas motivé la nouvelle prolongation de l'incapacité de travail, mais l'a prescrite de manière péremptoire. Il n'a pas indiqué en quoi l'activité habituelle ne pourrait plus être exigible sur le plan médical, en listant des limitations fonctionnelles, par exemple, ou en faisant référence à un nouvel examen clinique. Il a simplement mentionné que l'état de santé de la recourante nécessitait la poursuite des soins de rééducation de la main gauche, sans préciser leur nature, leur durée, ni le cas échéant en quoi

ces soins empêcheraient la reprise de l'activité professionnelle. Au demeurant, le Dr N._____ a pris en compte la rééducation encore nécessaire, puisqu'il a indiqué dans son rapport que des séances de kinésithérapie pourraient être prises en charge durant six mois après la dernière opération. Il a ainsi tenu compte de cet aspect dans son appréciation. Le dernier rapport du Dr G._____, du 6 juillet 2022, n'apporte pas d'élément déterminant non plus, puisqu'il mentionne seulement la nécessité de soins de rééducation et du port d'une orthèse dynamique, qui avaient entraîné un arrêt de travail nécessaire et indispensable. Il ne s'est ainsi pas distancié de l'avis du Dr N._____, qu'il n'a en réalité jamais contesté explicitement. Il n'a pas non plus pris position sur la capacité de travail de la recourante durant les deux mois litigieux, dans cette attestation. Il n'appert ainsi pas que les rapports du Dr G._____ soient de nature à mettre en doute l'appréciation du Dr N._____.

b) Dans ses écritures des 30 mai et 30 juin 2022, la recourante s'attache à faire reconnaître que l'avis du Dr N._____ ne peut pas être qualifié d'expertise. Or, comme rappelé ci-avant, sa désignation en tant que telle comme expertise ou comme rapport n'est pas déterminante s'agissant de l'examen de la valeur probante (cf. consid. 4b *supra*). En l'occurrence, le Dr N._____ a examiné la recourante sur mandat de l'intimée, qui connaissait son nom et les questions qui lui étaient posées à l'avance. En se contentant de soutenir que la jurisprudence sur les médecins-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents ne pourrait pas s'appliquer *mutatis mutandis* dans le cas présent, la recourante ne prétend pas que le Dr N._____ aurait fait preuve de partialité et n'élève pas de grief précis à son encontre. C'est le lieu de rappeler que le seul fait qu'un médecin soit lié à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de son appréciation et qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Un autre pan d'argumentation de la recourante a trait au fait que l'intimée serait un assureur privé ; on rappellera que l'intimée agit en l'espèce

comme assureur social et non privé (art. 58 et 68 ss LAA). On constatera encore à toutes fins utiles que l'argument de la recourante, selon lequel elle aurait potentiellement mis sa santé en danger en suivant l'avis du Dr N. _____ et non celui de son chirurgien, n'est corroboré par aucune pièce. De plus, elle avait connaissance de la décision de l'intimée et de l'appréciation sur laquelle elle se fondait, au plus tard le 1^{er} novembre 2021, vu le contenu de son courriel de ce jour-là à l'intimée.

Quoi qu'il en soit, ce qui est déterminant en l'espèce, c'est qu'aucun élément médical au dossier ne fait douter, même de manière minime, des conclusions du Dr N. _____. Dès lors, la mise en œuvre d'une expertise formelle au sens de l'art. 44 LPGA ou d'une expertise judiciaire ne se justifie pas. La conclusion de la recourante en ce sens doit donc être rejetée.

c) Il découle de ce qui précède que l'intimée était fondée à suivre l'appréciation du Dr N. _____, à considérer que la recourante présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle à partir du 1^{er} novembre 2021 et à mettre un terme au versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire en lien avec son atteinte à la main gauche au 31 octobre 2021.

6. La recourante a requis, dans son écriture du 12 avril 2022, la tenue de débats publics. Elle a précisé que cette réquisition ne valait que pour autant qu'elle ne puisse pas développer son argumentation dans un échange d'écritures. Or, elle a eu l'occasion de développer son argumentation. Toutes ses écritures et pièces produites ont été déclarées recevables dans le présent arrêt. Par courrier de son conseil du 15 novembre 2023, elle a indiqué renoncer à sa requête de débats publics. La requête étant retirée, il n'y a pas lieu de tenir des débats publics.

7. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la loi spéciale ne le prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer des dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 4 février 2022 par L. _____ SA est confirmée.

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

- Me Philippe Rossy (pour Mme P._____),
- L._____ 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 :