

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 décembre 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

M. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis juin 2019 en qualité de vendeuse et de serveuse en boulangerie pour le compte de la société [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la société M._____ SA (ci-après : M._____ SA ou l'intimée). Elle travaillait également, en parallèle, comme femme de ménage dans deux cabinets médicaux.

Le 31 août 2020, alors qu'elle était passagère à bord d'une voiture, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation à l'origine d'une fracture de l'extrémité distale du radius gauche associée à une fracture de la styloïde ulnaire. Cet événement a été annoncé le lendemain à M._____ SA, laquelle a pris en charge ses suites.

Du 3 au 4 septembre 2020, l'assurée a séjourné à l'Hôpital de [...], où elle a notamment fait l'objet d'une intervention sous la forme d'une réduction ouverte et d'une ostéosynthèse de la fracture de l'extrémité distale du radius avec plaque palmaire.

Par rapport du 13 octobre 2020, la Dre G._____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de douleurs du poignet gauche au décours d'une ostéosynthèse du radius distal.

Par rapport du 20 novembre 2020, cette même médecin a fait état d'une évolution très lente et d'une capacité de travail nulle.

Le 15 décembre 2020, l'assurée a fait l'objet, d'une part, d'une échographie de l'épaule gauche, laquelle a révélé une fine bursite sous-acromio-deltoïdienne gauche, sans lésion fissuraire des tendons de la coiffe des rotateurs ni tendinopathie calcifiante, et, d'autre part, d'une tomographie par ordinateur du poignet gauche, laquelle a conclu à une parfaite réduction d'une fracture ostéosynthésée de l'épiphyse distale du radius gauche avec comblement subtotal des traits de fracture et une

fracture-avulsion non déplacée d'allure séquellaire de la base de la styloïde ulnaire et possiblement plus récente de son extrémité dorsale.

Par rapport du 4 janvier 2021, la Dre G. _____ a indiqué que l'assurée se plaignait désormais de douleurs à la main, au poignet et à l'épaule de même que d'un manque de force et de paresthésies.

Par rapport du 14 janvier 2021, le Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie, a fait mention des diagnostics de cervico-omalgie gauche d'origine multifactorielle, d'épicondylalgie gauche en cours d'investigation et de douleur du poignet gauche en cours d'investigation.

Le 15 janvier 2021, l'assurée s'est soumise à une échographie du coude gauche, laquelle a écarté tout signe d'épicondylite externe, et à une échographie du poignet gauche, laquelle a exclu l'existence d'une tendinopathie ou d'une ténosynovite de l'ensemble des gouttières des extenseurs ainsi que d'un épanchement articulaire de synovite des compartiments, et mis en évidence un rebord antérieur distal de la plaque d'ostéosynthèse arrivant au contact du tendon des fléchisseurs profonds, sans modification de ces derniers.

Le 18 janvier 2021, une scintigraphie osseuse a été pratiquée, laquelle a notamment mis en évidence une fixation tissulaire de l'articulation du poignet et de l'épaule gauches accompagnée d'une asymétrie de fixation en faveur de l'articulation de l'épaule, du coude, du poignet et de la main gauches (au niveau des articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes), évoquant un syndrome de Sudeck.

Dans un avis du 2 février 2021, le Dr K. _____, médecin-conseil de M. _____ SA, a expliqué que l'assurée souffrait d'une récurrence de syndrome douloureux régional complexe, tout en spécifiant que le risque de séquelles était élevé.

Dans un rapport du 23 mars 2021, le Dr N._____ a fait état d'une évolution défavorable de la symptomatologie douloureuse. Il a invité la Dre G._____ à retirer la plaque d'ostéosynthèse.

Par rapport du 1^{er} juin 2021, la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique, précisant sur ce point que l'assurée présentait des flash-backs de son accident, des craintes irrationnelles de monter dans une voiture et une peur des véhicules lorsqu'elle circulait sur un trottoir.

Par rapport du 9 juin 2021, la Dre G._____ a indiqué que la fracture du poignet gauche de l'assurée était désormais consolidée et que le matériel d'ostéosynthèse avait été retiré le 26 mai 2021 par ses soins. L'algodystrophie nécessitait en revanche du temps et un suivi psychologique devait être mis en place.

Le 9 juillet 2021, une radiographie de la main et du poignet gauche de l'assurée a été effectuée. Dans un rapport daté du même jour, le radiologue a conclu à ce qui suit :

Ostéopénie diffuse de la main et du poignet gauche pouvant être consécutive à une ostéopénie de décharge VS un syndrome douloureux régional complexe de type I (algodystrophie).
AMO [ablation de matériel d'ostéosynthèse] complète avec fracture consolidée de l'EDR [extrémité distale du radius].

Dans un rapport du 24 août 2021, le Dr N._____ a indiqué que l'évolution restait défavorable.

Le 1^{er} septembre 2021, l'assurée s'est soumise à une nouvelle scintigraphie osseuse, laquelle a révélé - comparativement à l'examen de janvier 2021 - une normalisation quasi-complète de la fixation au niveau du membre supérieur gauche et la disparition des signes évocateurs d'une algodystrophie de Sudeck.

Dans un rapport d'expertise du 21 octobre 2021, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'[...], assurance responsabilité civile du conducteur fautif de l'accident du 31 août 2020, a posé les diagnostics de status après ostéosynthèse du radius distal gauche (le 3 septembre 2020) pour une fracture intra-articulaire du poignet gauche (survenue le 31 août 2020), de status après ablation de matériel d'ostéosynthèse (en mai 2021), de status après cure de tunnel carpien des deux côtés (en 2014 ou 2015), de cervico-omalgies gauches d'origine musculo-tensive et d'algoneurodystrophie du membre supérieur gauche. D'après lui, la situation n'était pas stabilisée et l'assurée n'était pas en mesure de reprendre son travail de serveuse.

Par rapport du 22 octobre 2021, le Dr N. _____ a souligné une nouvelle fois que l'évolution était défavorable et indiqué que l'assurée avait développé un état dépressif en raison de la symptomatologie douloureuse chronique.

Dans un rapport d'expertise du 7 décembre 2021 établi à la demande de M. _____ SA, le Dr T. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius gauche (côté non dominant) avec avulsion non déplacée de la styloïde cubitale (le 31 août 2020) ostéosynthésée par plaque palmaire avec ablation du matériel (le 26 mai 2021), de probable algodystrophie de Sudeck du membre supérieur gauche dans les suites (actuellement guérie) et de syndrome douloureux du membre supérieur gauche sans substratum anatomique. Selon lui, le premier diagnostic se trouvait en lien de causalité certain avec l'accident, le deuxième probable et le troisième possible. L'assurée ne présentait en outre aucune incapacité de travail significative relevant des lésions accidentelles organiques dans l'activité de vendeuse et serveuse en boulangerie.

Dans un complément d'expertise du 22 décembre 2021, le Dr T. _____ a également exclu toute incapacité de travail significative relevant des lésions accidentelles organiques dans l'activité de femme de ménage.

Par décision du 25 janvier 2022, M. _____ SA a mis fin à la prise en charge du traitement médical et de l'incapacité de travail au 31 décembre 2021 ainsi que refusé la prise en charge du traitement médical psychiatrique, faute de lien de causalité adéquat entre l'accident et les troubles psychiques.

Le 14 février 2022, l'assurée, représentée par Swiss Claims Network SA, a fait part de son opposition à l'encontre de cette décision. Celle-ci a été complétée les 24 février et 14 avril 2022 avec la production d'un rapport du 21 janvier 2022 du Dr Z. _____, spécialiste en neurologie, et d'un rapport du 1^{er} avril 2022 d'[...] et [...], ergothérapeutes auprès de la B. _____.

Par décision sur opposition du 27 juin 2022, M. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée.

B. **a)** Le 24 août 2022, L. _____, sous la plume de sa mandataire, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation, à ce qu'il soit constaté que le *statu quo sine* n'était pas encore atteint, que la responsabilité de l'assurance-accidents obligatoire perdurait et qu'elle avait droit à la prise en charge du traitement médical lié au syndrome douloureux régional complexe et de sa perte de gain au-delà du 31 décembre 2021, et subsidiairement, à ce que des mesures d'instruction complémentaires soient mises en œuvre. A l'appui de son recours, elle a joint un rapport du 20 août 2022 de la Dre J. _____, médecin praticien et spécialiste en anesthésiologie, pour qui l'assurée remplissait encore aujourd'hui les critères de Budapest permettant de diagnostiquer un syndrome douloureux régional complexe.

b) Dans sa réponse du 22 septembre 2022, M. _____ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a requis la production du dossier de l'assurée constitué par l'assurance-invalidité.

c) Par réplique du 11 octobre 2022, L. _____ a maintenu ses conclusions, versant au dossier un document établi par ses soins le 17 juillet 2022 contenant plusieurs remarques à l'encontre du rapport d'expertise du Dr T. _____ et un article rédigé en avril 2010 par le Dr Anthony Weinberg intitulé « *Syndrome douloureux régional complexe (DSR - Dystrophie sympathique réflexe)* ».

d) Par duplique du 3 novembre 2022, M. _____ SA a confirmé ses conclusions, annexant un complément d'expertise du 2 novembre 2022 du Dr T. _____, lequel déclarait que les nouvelles pièces produites par l'assurée ne remettaient pas en cause ses conclusions.

e) Par écriture du 11 novembre 2022, L. _____ a annoncé ne pas avoir d'observation à formuler vis-à-vis du complément d'expertise précité.

f) Par courrier du 10 juillet 2023, le Juge instructeur a informé les parties que le dossier de l'assurance-invalidité de l'assurée avait été versé au dossier.

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, déposé en temps utile - compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) - 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour la période au-delà du 31 décembre 2021.

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) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident ou de troubles qui ne sont pas objectivables du point de vue organique, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133

consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_867/2015 du 20 avril 2016 consid. 4.2 ; TF 8C_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 ; 115 V 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79 ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2 ; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 ; TF 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

4. a) Le syndrome douloureux régional complexe (ou *complex regional pain syndrome [CRPS]* ; ci-après : le SDRC), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (ci-après : l'IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (François Luthi et al., Syndrome douloureux régional complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest. La pose du diagnostic de SDRC requiert ainsi, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits (TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.2 et les références citées) :

1. Une douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur ;
2. Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
 - Sensorielle : hyperesthésie et/ou une allodynie ;
 - Vasomotrice : asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau ;
 - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ;
 - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ;
3. Le patient doit démontrer au moment de l'examen au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :
 - Sensorielle : hyperalgésie (piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression et/ou à la mobilisation) ;
 - Vasomotrice : différence de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau ;
 - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ;
 - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ;
4. Il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques.

b) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.1 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références) :

- 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.

5. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, la recourante a été victime le 31 août 2020 d'un accident de la circulation routière, qui lui a causé une fracture de l'extrémité distale du radius gauche associée à une fracture de la styloïde ulnaire. Ces lésions ont été opérées le 3 septembre 2020 à l'Hôpital de [...], par le biais d'une réduction ouverte et d'une ostéosynthèse. Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré le 26 mai 2021 par la Dre G. _____ après consolidation de la fracture. Dans les suites de son accident, la recourante a souffert de douleurs chroniques diffuses au poignet gauche avec irradiation jusqu'à l'épaule (cf. les rapports des 13 octobre et 20 novembre 2020 et 4 janvier 2021 de la Dre G. _____ et le rapport du 14 janvier 2021 du Dr N. _____). Parmi les différents médecins consultés par la recourante, il existe un consensus selon lequel elle a développé un SDRC de type I du membre supérieur gauche (cf. les rapports des 21 janvier, 23 février, 23 mars, 24 août, 21 septembre et 22 octobre 2021 du Dr N. _____ ; des 26 janvier, 17 février et 9 juin 2021 de la Dre G. _____ ; du 2 février 2021 du Dr K. _____ ; du 19 avril 2021 du Dr M. _____ ; du 21 octobre 2021 du Dr Q. _____ ; du 7 décembre 2021

du Dr T._____). Les avis de ces médecins divergeaient en revanche quant au point de savoir si ce syndrome était toujours présent à la fin de l'année 2021. Ainsi, le Dr N._____ estimait, dans son rapport du 21 septembre 2021, que le SDRC était en rémission à cette date, dans la mesure où la scintigraphie osseuse réalisée le 1^{er} septembre 2021 attestait de la disparition de ses signes évocateurs et montrait une normalisation quasi-complète de la fixation au niveau du membre supérieur gauche. Le Dr T._____, pour sa part, considérait, dans son rapport d'expertise, que cette maladie était aujourd'hui guérie au regard d'« *une scintigraphie osseuse du 01.09.2021 normale* » et que la recourante souffrait désormais d'un syndrome douloureux du membre supérieur gauche sans substratum anatomique. A l'inverse, le Dr Z._____ soutenait, dans son rapport du 21 janvier 2022, que la situation neurologique était compatible avec un SDRC de type I. La Dre J._____, quant à elle, était d'avis, dans son rapport du 20 août 2022, que la recourante remplissait toujours les critères de Budapest.

b) Cela étant, il apparaît que les conclusions des Drs N._____ et T._____ écartant le diagnostic de SDRC ne se fondent pas sur un examen détaillé des critères de Budapest, mais semblent bien plutôt reposer sur le seul résultat de la scintigraphie osseuse du 1^{er} septembre 2021. Or le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM [imagerie par résonance magnétique]), l'utilisation de l'imagerie faisant à cet égard l'objet d'une controverse dans le milieu médical (cf. en particulier : TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.2 ; TF 8C_316/2023 du 6 mars 2024 consid. 4.1 ; TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1). Le Dr T._____, dans son rapport d'expertise du 7 décembre 2021, n'a par ailleurs pas analysé de manière systématique et détaillée la problématique du SDRC, se contentant uniquement d'affirmer, sans plus d'explication, que les « *critères de Budapest 2010 pour ce diagnostic [n'étaient] actuellement [pas] réunis* », alors même qu'il était admis qu'il s'agissait de l'atteinte principale dont souffrait la recourante. Cette conclusion péremptoire est d'autant plus critiquable que celle-ci lui a fait

part, lors de l'examen, d'une sensibilité exacerbée (douleurs à type d'aiguilles, fourmillements et décharges électriques), de l'apparition de gonflements ainsi que d'un manque de force au membre supérieur gauche. Il apparaît donc difficile de retenir que le SDRC ne jouait plus de rôle sur l'état de santé de la recourante au moment où l'intimée a décidé de mettre un terme au versement de ses prestations. Dans ces conditions, le rapport d'expertise du Dr T. _____ ne saurait revêtir une force probante suffisante pour justifier la fin de l'obligation de prester de l'intimée.

c) Au contraire, à la lumière des pièces au dossier, force est de constater que les différents médecins consultés par la recourante ont mentionné - de façon constante - les signes évocateurs d'une pathologie inchangée. Le Dr N. _____ a ainsi observé, dans son rapport du 24 août 2021, des douleurs au membre supérieur gauche, lesquelles étaient associées à des symptômes de type neurogène au niveau de la main, tels que, notamment, une paresthésie, une sensation de chaleur et des picotements. Le Dr Q. _____ a, lui, mis en évidence, dans son rapport du 21 octobre 2021, des douleurs aux épaule, coude et poignet gauches de même que des paresthésies, des chaleurs du poignet et de la main, des brûlures et une transpiration excessive. Les ergothérapeutes de la B. _____ ont, pour leur part, décrit, dans leur rapport du 1^{er} avril 2022, des douleurs importantes au niveau de l'avant-bras gauche avec une sensation de chaleur, des fourmillements, des faiblesses (lâchage d'objets) et surtout une perte de sensibilité et des décharges électriques. Enfin, la Dre J. _____ - laquelle a ausculté à deux reprises la recourante en juillet 2022 - a exposé, dans son rapport du 20 août 2022, que sa patiente n'avait jamais cessé de se plaindre des mêmes douleurs au membre supérieur gauche, dont le caractère s'avérait toujours de nature neuropathique. Procédant à un examen des critères de Budapest lors des deux consultations, elle avait à chaque fois retrouvé le même résultat, à savoir : pour le premier critère, une douleur continue, régionale, spontanée et provoquée, laquelle était disproportionnée par rapport à la lésion initiale ; pour le deuxième critère (anamnestique), une allodynie, une asymétrie de sudation ainsi que de température et de coloration de la

peau et une diminution de la mobilité, avec des faiblesses et des tremblements occasionnels ; pour le troisième critère (clinique), une allodynie (à la pression profonde) de même qu'une claire asymétrie de force à la préhension de la main, l'apparition de tremblements après deux minutes d'effort et un amaigrissement des parties molles de la main ; et pour le quatrième critère, une douleur non expliquée par un autre diagnostic.

d) Certes, une atteinte neurologique n'a pas pu être objectivée, le Dr Z. _____ l'ayant exclue sur la base d'un électroneuromyogramme (ENMG), comme cela ressort de son rapport du 21 janvier 2022. Il n'en demeure toutefois pas moins que la situation clinique de la recourante n'a pas fondamentalement évolué postérieurement au mois de décembre 2021, de sorte que le résultat de ce test ne saurait, à lui seul, justifier la disparition du lien de causalité avec l'accident du 31 août 2020.

e) Dès lors, sur le vu de ce qui précède, il apparaît que, à la fin de l'année 2021, la recourante souffrait encore de symptômes liés à la pathologie diagnostiquée plusieurs mois plus tôt. Le lien de causalité naturelle (et adéquat) entre l'accident du 31 août 2020 et cette pathologie n'était donc manifestement pas rompu et le *statu quo ante* n'était pas atteint. Il s'ensuit que c'est à tort que l'intimée a décidé de mettre un terme au versement de ses prestations au 31 décembre 2021.

f) A noter à toutes fins utiles que la mise en œuvre d'une expertise, dans le but de confronter les constatations des différents médecins consultés par la recourante, ne se justifie pas dans le cas présent. En effet, comme expliqué ci-dessus (cf. *supra* consid. 4a), le diagnostic de SDRC repose principalement sur la description de symptômes (ce que la personne ressent) et l'observation de signes cliniques (ce que le médecin constate effectivement). Aussi, compte tenu de l'importance prépondérante des examens cliniques pour établir ce diagnostic, il semble extrêmement difficile, voire impossible, pour des

experts de se prononcer sur l'existence d'une telle pathologie plus de trois ans après les faits litigieux.

7. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 27 juin 2022 par l'intimée annulée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de sa conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 27 juin 2022 par M. _____ SA est annulée.

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

IV. M. _____ SA versera à L. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour L. _____),
- M. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :