

## **VD\_GERICHTE ZA16.051931 vom 6. Juni 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-06-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA16.051931](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.051931)

FR: VD\_GERICHTE ZA16.051931 du 6 juin 2018

IT: VD\_GERICHTE ZA16.051931 del 6 giugno 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

juin 2014. La CNA a pris le cas en charge. L'assurée a bénéficié de nombreuses séances d'ergothérapie et de physiothérapie. Dans un rapport du 5 août 2014, la Dresse L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a retenu le diagnostic d'entorse sévère du poignet droit. S'agissant de l'évolution de l'atteinte, elle a observé un état stationnaire, avec la persistance de douleurs handicapantes.

- 3 - Un examen du poignet droit par arthro-IRM effectué le 5 septembre 2014 aux A. \_\_\_\_\_ n'a révélé aucune particularité. Dans un rapport du 7 novembre 2014, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de contusion-entorse du poignet droit, avec persistance des douleurs quotidiennes. La CNA a adressé l'assurée à la Dresse N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, pour un examen clinique qui a eu lieu le 19 janvier 2015. Dans un rapport du 2 février 2015, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a constaté un kyste arthro- synovial typique de la région radio-scapho-lunaire face dorsale du poignet droit, post-traumatique. La Dresse N. \_\_\_\_\_ a proposé une cure chirurgicale par excision, qu'elle a pratiquée le 7 mai 2015. Dans un rapport du 12 mai 2015 à la Dresse L. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a posé les diagnostics de probable syndrome d'hyperventilation, de vraisemblable état anxiodépressif, de tabagisme léger stoppé il y a trois mois, de status après opération d'un kyste du poignet et de status après grossesse extra-utérine. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée présentait depuis environ cinq ans une dyspnée à l'effort. Il s'interrogeait également sur l'opportunité de prescrire un traitement antidépresseur, relevant que l'assurée s'était montrée intéressée par une prise en charge psychothérapeutique, à laquelle son mari semblait toutefois faire obstacle. Par certificat du 15 juillet 2015, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a attesté une reprise du travail à 100% depuis le 17 août 2015. Dans un rapport du 4 septembre 2015, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a constaté une évolution favorable sur les plans subjectif et objectif. La mobilité du poignet en extension-flexion était de 64-0-45o (80-0-65o à gauche). L'inclinaison radio-cubitale et la pro-supination étaient symétriques. A la palpation et à la mobilisation, la Dresse N. \_\_\_\_\_ signalait une tendinite de De Quervain débutante du pouce gauche, pour

- 4 - laquelle un traitement conservateur avait été instauré. La Dresse N. \_\_\_\_\_ a émis un pronostic favorable et confirmé une reprise du travail à 100% dès le 17 août 2015. Elle estimait cependant que l'assurée conserverait une impotence fonctionnelle résiduelle, comme la mobilité en extension-flexion, un manque de la force globale ainsi qu'un risque de récurrence. Dans un rapport du 8 septembre 2015 à la CNA, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de kyste arthro-synovial post- traumatique du poignet droit et de tendinite des fléchisseurs de l'avant- bras gauche. Elle a attesté une reprise du travail à 50% dès le 26 août 2015, tout en précisant que les douleurs et l'impotence fonctionnelle par rapport au

métier exercé persistaient. Dans un rapport du 14 septembre 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, rhumatologue, a signalé des séquelles douloureuses et de mobilité du poignet droit et des douleurs musculaires aux deux avant-bras. Au cours de son examen clinique, il a constaté un déficit dans la flexion palmaire du poignet droit, la flexion dorsale étant complète passivement. Il a toutefois observé qu'à différents moments de l'examen, il avait réussi à améliorer subrepticement les limitations. Il a suggéré que l'assurée revoie son chirurgien à distance pour qu'il la rassure certainement. S'agissant des douleurs musculaires aux deux avant-bras, au niveau du coude, le Dr J. \_\_\_\_\_ a relevé qu'elles n'étaient pas toujours reproductibles, parfois déclenchées par la patiente. Le médecin a en outre précisé que ce qui était grandement ressorti de son examen clinique était une certaine angoisse, l'assurée ayant d'ailleurs indiqué qu'il n'était pas le premier médecin à avoir préconisé une aide au plan psychique pour gérer ses angoisses. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a encore observé que le problème des douleurs s'était estompé à l'évocation d'un suivi psychique ; la patiente semblait reconnaître le besoin d'un travail à ce niveau, mais le médecin ne l'avait pas sentie prête à entreprendre une telle démarche. L'examen clinique n'avait au demeurant pas mis en évidence des éléments corroborant la présence d'un syndrome douloureux chronique de type somatoforme évoquant une fibromyalgie.

- 5 - Dans un rapport du 19 octobre 2015, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 17 août 2015 de façon ininterrompue. Un examen par IRM dorsale du 28 octobre 2015 n'a mis en exergue aucune pathologie, hormis une légère spondylose vertébrale. Après avoir examiné l'assurée le 21 mars 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a émis l'appréciation suivante : « Subjectivement, la patiente admet que la situation est stabilisée. Elle garde des douleurs permanentes sur le dos de la main D [droite], irradiant vers le coude ainsi qu'au niveau de l'éminence thénar de la main D. Les douleurs sont présentes sous forme de brûlures et de crampes pouvant durer plusieurs minutes. La patiente doit masser sa main D, appliquer du Sportusal R et prendre de l'Irfen R. Elle fait elle-même des exercices d'étirement à domicile. Mme F. \_\_\_\_\_ mentionne ne pouvoir faire aucun travaux domestique et a des douleurs en se lavant les cheveux ou en pliant le linge. Elle ne peut pas tenir une tasse de thé avec sa main D. Elle concède un épisode dépressif, actuellement en rémission. Objectivement, la cicatrice d'excision du kyste arthro-synovial du poignet D est parfaitement calme et il n'y a aucune récurrence de kyste. La main et le poignet D ont des mobilités complètes, hormis une légère restriction de la flexion palmaire du poignet D. L'enroulement des doigts de la main D est préservé. Il n'y a aucun signe pour une algoneurodystrophie. La musculature de l'avant-bras D est tout à fait souple. La force déployée au testing par le dynamomètre de Jamar ne reflète que l'effort que Mme F. \_\_\_\_\_ veut bien concéder. A 10 mois après une excision d'un kyste arthro-synovial du poignet D et à 19 mois après l'événement du 10.06.2014, on doit reconnaître que les plaintes actuelles ne sont plus en relation avec l'entorse du poignet D et le kyste arthro-synovial. Dès lors, on reconnaît à l'assurée une pleine capacité de travail dès le 01.04.2016, sans limitations fonctionnelle ou de diminution de rendement. Les suites de l'accident du 10.06.2014 ne donnent droit à aucune IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité]. Le traitement d'ergothérapie ou de physiothérapie n'a plus de justification. Le suivi médical auprès de la Dresse L. \_\_\_\_\_ semble s'être terminé le 16.03.2016 ».

- 6 - Par décision du 23 mars 2016, la CNA a mis fin à ses prestations au 31 mars 2016, constatant l'absence de séquelles accidentelles justifiant la poursuite d'un traitement médical et d'une incapacité de travail. Le 8 avril 2016, l'assurée a déposé une demande de

prestations de l'assurance-invalidité. Le 21 avril 2016, représentée par Me Catherine Merényi, l'assurée s'est opposée à la décision rendue le 23 mars 2016 par la CNA. Le 31 mai 2016, elle a produit une lettre du 25 mai 2016 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport d'IRM du poignet droit du 13 mai 2016, dont il ressort les conclusions suivantes : « Pas de kyste arthro-synovial nouvellement apparu visible. Présence d'un épanchement intra-articulaire de quantité modérée et prédominant sur le versant ulno-carpien. Discret œdème sur le versant ulnaire du TFCC [Triangular fibrocartilage complex] associé à un ulna court, ce qui pourrait être lié à la symptomatologie de la patiente ». Ces éléments ont été soumis au Dr K. \_\_\_\_\_, qui s'est prononcé une nouvelle fois le 13 juillet 2016, confirmant les conclusions prises à l'issue de son examen du 21 mars 2016 dans le sens d'une pleine capacité de travail dès le 1er avril 2016, sans limitation fonctionnelle. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé que l'IRM du 13 mai 2016 n'avait montré aucune récurrence de kyste et qu'un épanchement intra-articulaire modéré n'était pas une entité pathologique. Par décision sur opposition du 21 octobre 2016, la CNA a confirmé mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 mars 2016. B. Par acte du 23 novembre 2016, toujours représentée par Me Catherine Merényi, F. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, dont elle a demandé l'annulation. Elle requiert principalement la poursuite du versement des prestations au-delà du 31 mars 2016 et subsidiairement le renvoi du dossier à l'intimée pour reprise de

- 7 - l'instruction et mise en œuvre d'une expertise médicale. La recourante conteste en substance la valeur probante des rapports du Dr K. \_\_\_\_\_, estimant qu'ils ne permettent pas de mettre fin aux prestations des suites de l'accident. Elle soutient que l'intimée avait l'obligation de poursuivre l'instruction de son dossier par la mise en œuvre d'une expertise. A titre de mesures d'instruction complémentaires, elle a sollicité qu'il soit procédé à une expertise judiciaire. A l'appui de sa contestation, la recourante a produit notamment les documents suivants : - un rapport du 28 septembre 2016 du Dr D. \_\_\_\_\_, neurologue, à la Dresse L. \_\_\_\_\_, accompagné d'un rapport d'ENMG, dans lequel ce médecin se prononce en ces termes : « Le point essentiel est qu'il n'y a aucun doute que la cicatrice de l'intervention sur le kyste arthrosynovial est hyperalgique et entraîne une impotence fonctionnelle majeure. Il me paraît donc absolument nécessaire de faire une nouvelle exploration chirurgicale de cette région, car il n'y a pas d'autre solution auprès deux ans de souffrance permanente et un handicap social majeur. A cela s'ajoute vraisemblablement une petite atteinte du nerf cubital au coude et possiblement une douleur dans le territoire du nerf interosseux postérieur droit. Je pense qu'il n'est pas adéquat d'intervenir sur ces problèmes, ni même de les investiguer à fond. Si l'intervention peut avoir lieu et soulager la patiente, une réévaluation neurologique sera alors utile pour déterminer les éventuels problèmes séquellaires. », - un rapport du 21 octobre 2016 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, au Dr D. \_\_\_\_\_, qui a fait état d'un handicap sévère du membre supérieur droit de longue durée, sans indication chirurgicale pour l'instant, au vu des douleurs multi-sites. Dans sa réponse du 10 mars 2017, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours. En réplique, la recourante a maintenu sa requête d'expertise. Elle s'est pour le surplus référée aux pièces suivantes, qu'elle a produites : - un rapport du 22 novembre 2016 du Dr R. \_\_\_\_\_, contenant notamment les éléments suivants : « Examens complémentaires

- 8 - ENMG Dr D. \_\_\_\_\_ 27.09.2016 : sp [sans particularité] sur nerf médian, faible ralentissement nerf ulnaire au coude D [droit] (42.9) RX Arthro IRM poignet 9.9.2014 : sp IRM poignet 16.8.2012 : US Examen par médecin SUVA Relecture par Dr P. \_\_\_\_\_ du 17.22.2016 : En 2012, il y avait bien un kyste mucoïde à la face dorsale du lig[ament] SL [scapho-lunaire]. Sur l'arthro-IRM de 2014, je ne vois rien..., c-à-d par de lésion lig. Ou du TFCC [triangular fibrocartilage complex]. Pas de chondropathie, pas d'œdème médullaire osseux, pas d'anomalie des tissus mous, notamment des tendons. Ps : un spect-ct permettrait de voir une anomalie du métabolisme osseux mais pas les tissus mous. Il n'y avait aucune anomalie osseuse sur la dernière IRM. Le spect-ct a surtout sa place dans les fractures dont l'évolution n'est pas favorable. Conclusions, traitement et évolution Attitude diagnostique et thérapeutique Handicap anamnestiquement sévère du MSD [membre supérieur droit] de longue durée (à 26 mois du traumatisme et 23 mois de l'opération). La clinique décèle une force de poigne étonnamment effondrée et des douleurs surtout en fin de flexion du poignet (témoin de l'origine des douleurs dans le plan capsulo-ligamentaire dorsal du poignet). La palpation douloureuse est très étendue au MSD. Aucune explication osseuse ou à l'imagerie IRM aux douleurs actuelles. Il n'y a aucune indication chirurgicale au vu des douleurs multi-sites et de l'absence de diagnostic focal. La révision de la cicatrice au dos du poignet n'apporterait aucun bénéfice en l'absence de plan de réparation ou de reconstruction sous-jacente. Une dénervation du poignet pourrait être indiquée si les douleurs n'étaient pas autant diffuses au MSD. Merci au médecin traitant de la diriger vers une consultation dans un service d'antalgie », - un rapport du 1er février 2017 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ résumant son dossier, - un rapport de la Dresse L. \_\_\_\_\_ du 15 mars 2017. Par duplique du 8 mai 2017, la CNA a confirmé ses conclusions. C. Sur requête de la juge instructeur, l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a produit son dossier, contenant notamment un rapport du 12 septembre 2016 de B. \_\_\_\_\_,

- 9 - organisme auprès duquel l'assurée a participé à une mesure d'intervention précoce sous l'égide de l'OAI. Les parties ont été informées de la possibilité de consulter le dossier de l'OAI et de déposer leurs éventuelles déterminations le concernant. Le 16 août 2017, la recourante s'est prévaluée du rapport établi par B. \_\_\_\_\_ et a soutenu que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 2,5 heures par jour en moyenne, cette capacité de travail de 30% ayant été confirmée par le rapport final DDP [décision de principe] de l'OAI du 4 octobre 2016. Elle estime que sa situation médicale n'est pas stabilisée, et qu'il convient de poursuivre l'instruction médicale. Elle a produit à cet égard un rapport du 19 mai 2017 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ du Service d'antalgie des A. \_\_\_\_\_, qui a fait état d'un probable CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) de la main droite après résection d'un kyste synovial en mai 2015. La Dresse Q. \_\_\_\_\_ a précisé que trois blocs stellaires droits avaient déjà été réalisés sans résultats concluants et que la prochaine prise en charge consisterait en blocs nerveux sélectifs périphériques (radial) courant juin ou juillet 2017. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf.

- 10 - art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mars 2016 des suites de l'accident du 10 juin 2014. 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. b) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à

- 11 - la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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 et les références, 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1, 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux de ne sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher d'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. On rappellera que dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve

- 12 - appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre 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 et les références). 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'assuré-accidentés 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 (voir les arrêts 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.3 et 8C\_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4). bb) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). 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). c) Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les

- 13 - prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA). Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière 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 (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, d'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 sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les

conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

- 14 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et

- 15 - qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). 5. a) Dans le cas d'espèce, se fondant sur les rapports des 21 mars et 13 juillet 2016 du Dr K. \_\_\_\_\_, l'intimée a mis fin aux prestations des suites l'accident du 10 juin 2014 au 31 mars 2016, estimant que dès cette date, les plaintes de l'assurée n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident assuré. De son côté, la recourante conteste l'interruption des prestations. Elle fait valoir que l'intimée a violé les art. 6 al. 1 LAA et 43 LPGa, estimant en particulier que les rapports du Dr K. \_\_\_\_\_ ne sont pas probants. La recourante fait plus spécifiquement grief au Dr K. \_\_\_\_\_ d'avoir écarté sans motif les constatations des autres médecins. b) Dans son rapport du 21 mars 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_ a observé que le poignet droit de l'assurée ne présentait ni tuméfaction, ni rougeur, ni chaleur. Il n'y avait pas de récurrence de kyste arthro-synovial. La flexion-extension du poignet droit était de 35-0-60°, contre 65-0-80° à gauche, l'inclinaison radio-cubitale était de 30-0-40° à droite pour 30-0-70° à gauche. L'enroulement des doigts était complet aux deux mains, qui ne présentaient pas de différence de température ni de transpiration. La palpation de la musculature des deux avant-bras était symétriquement souple ; celle de la musculature épicondylienne droite avait provoqué l'annonce de douleurs. Compte tenu de ces constatations, le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé qu'à dix mois de l'excision du kyste et à dix-neuf mois de l'accident, les plaintes

actuelles de l'assurée n'étaient plus en relation avec l'entorse du poignet droit ni avec le kyste arthro-synovial. Interpellé par la CNA sur les résultats de l'IRM du poignet du 13 mai 2016, il a constaté l'absence de récurrence de kyste, estimant au surplus, sans être contredit, que l'épanchement intra-articulaire constaté était modéré et qu'il ne constituait pas une entité pathologique. A cet égard, dans son rapport du 1er février 2017, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs fait état d'un « petit épanchement intra-articulaire »

- 16 - Force est à ce stade de constater que l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ est convaincante et qu'il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. Le médecin d'arrondissement de la CNA a procédé à un examen clinique de l'assurée et a pris en considération l'ensemble des éléments figurant au dossier. Il s'est prononcé en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en compte les plaintes de l'assurée, posant des conclusions claires et motivées. Son appréciation du 21 mars 2016 a été complétée le 13 juillet 2016 pour tenir compte des résultats de l'IRM du poignet droit du 13 mai 2016. C'est en particulier sans fondement que la recourante fait grief au médecin d'arrondissement de la CNA d'avoir fait preuve de contradiction et d'incohérence. Comme il sera développé ci-après, il n'y a en effet pas d'incohérence à prendre en compte les plaintes d'un assuré tout en lui reconnaissant une pleine capacité de travail. En outre, on ne voit pas en quoi le Dr K. \_\_\_\_\_ aurait fait preuve de contradiction au seul motif qu'il a mis en œuvre des tests de force et a estimé que l'assurée avait d'elle-même limité ses efforts. C'est également en vain que la recourante s'appuie sur les rapports des différents médecins qu'elle a consultés pour en conclure que l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ est infondé. c) Il est constant que la recourante a été victime d'un accident le 10 juin 2014, et qu'il en est résulté une atteinte au niveau du poignet droit, lequel est demeuré douloureux. Cela étant, aucune lésion osseuse n'a été mise en évidence à l'examen radiographique effectué le jour de l'accident. L'arthro-IRM du poignet pratiquée le 5 septembre 2014 s'est elle aussi révélée sans particularité : les structures osseuses du carpe, du radius et du cubitus étaient d'aspect physiologique, sans œdème visible. De même, les ligaments triangulaire et scapho-lunaire avaient un aspect intègre et physiologique, les structures tendineuses étaient d'aspect normal, aucun kyste arthrosynovial n'était visible et l'aspect du nerf médian était physiologique. L'absence d'atteinte a été confirmée par le Dr P. \_\_\_\_\_, radiologue consulté par le Dr R. \_\_\_\_\_, qui s'est déterminé en ces termes sur l'arthro-IRM précité : « je ne vois rien..., c-à-d par de lésion lig. Ou du TFCC [triangular fibrocartilage complex]. Pas de chondropathie, pas d'œdème médullaire osseux, pas d'anomalie des tissus mous,

- 17 - notamment des tendons » (cf. rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 22 novembre 2016). Ce n'est que le 2 février 2015 que la Dresse N. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de kyste arthro-synovial typique de la région radio-scapho-lunaire, d'origine post-traumatique. Cette médecin a alors procédé à l'ablation dudit kyste le 7 mai 2015. Lors de la consultation du 15 juillet 2015, elle a fait état d'une évolution favorable et a attesté une reprise du travail à 100% dès le 17 août 2015. Le 4 septembre 2015, elle a derechef estimé que l'évolution était bonne et le pronostic favorable, confirmant une capacité de travail à 100% dès le 17 août 2015. Lors de cette consultation de contrôle, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a certes estimé qu'il fallait s'attendre à la persistance d'une impotence fonctionnelle résiduelle à la main droite, telle que la mobilité en extension-flexion et un manque de force globale, ce qui s'est effectivement avéré. C'est toutefois en tenant compte de ces éléments qu'elle a attesté une capacité de travail entière dès le 17 août 2015, sans restriction. Quant au risque de récurrence évoqué par la Dresse N. \_\_\_\_\_, il ne s'est pour l'instant pas réalisé, ce qui a pu être

vérifié par le Dr K. \_\_\_\_\_ lors de son examen du 21 mars 2016 et par l'IRM du 13 mai 2016. Certes également, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a constaté une tendinite de De Quervain débutante du pouce gauche, pour laquelle elle a instauré un traitement conservateur. Celui-ci a très vraisemblablement eu des effets positifs, puisque dans son rapport du 22 novembre 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée ne présentait plus de douleurs au membre supérieur gauche depuis 2015. La recourante ne fait d'ailleurs plus état de douleur à la main gauche. C'est finalement en vain que la recourante tente de tirer argument des différences d'amplitude et de force constatées entre les deux poignets par la Dresse N. \_\_\_\_\_. D'une part en effet, ces mesures ont été prises le 2 février 2015, soit antérieurement à l'ablation du kyste précisément mis en évidence le même jour par la Dresse N. \_\_\_\_\_. En outre, ces observations ont été faites en février 2015, soit plus d'une année avant que la CNA annonce mettre un terme aux prestations avec effet au 31 mars 2016. Enfin et surtout, même si l'on devait admettre qu'une différence devait subsister au niveau de l'amplitude et de la force des deux poignets, ce que

- 18 - le Dr K. \_\_\_\_\_ reconnaît dans une certaine mesure (légère restriction de la flexion palmaire du poignet droit), cela ne suffirait pas en soit pour conclure de manière probante à une limitation de la capacité de travail ou la poursuite du traitement médical, en lien de causalité avec l'accident assuré. Le seul fait de mettre en exergue ces différences de performance, comme le fait la recourante, ne suffit pas à jeter le doute sur les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_. Le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'une situation différente de celle mise en évidence par la Dresse N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 septembre 2015 : il a constaté que la patiente gardait des séquelles douloureuses et de mobilité de son poignet, ainsi que des douleurs musculaires aux deux avant-bras. Au cours de son examen clinique, il a constaté une limitation de la flexion palmaire du poignet droit, alors que la flexion dorsale était complète passivement. Il a toutefois observé qu'à différents moments de l'examen, il avait réussi à améliorer subrepticement les limitations. Quant aux douleurs des avant-bras, elles n'étaient pas toujours reproductibles, et étaient parfois déclenchées par la patiente. Le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a en outre pas proposé de reprise chirurgicale, mais s'est limité à suggérer que l'assurée revoie son chirurgien « pour qu'il la rassure ». Ce spécialiste a pour le surplus mis en avant le fait que ce qui ressortait « grandement » de l'examen et des discussions avec la patiente était une certaine angoisse, relevant à cet égard que « comme par hasard, dès que l'on parle d'une psychologue, le problème des douleurs s'estompe ». Les constatations du Dr D. \_\_\_\_\_ ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente. D'une part, le médecin ne se prononce pas sur la question de la capacité de travail. D'autre part, certes, il fait état de douleurs au niveau de la cicatrice du poignet droit. Force est toutefois de constater qu'il n'observe pas une atteinte au niveau de cette cicatrice, mais rapporte les douleurs décrites par l'assurée. A cela s'ajoute que le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il y avait lieu de faire une nouvelle exploration chirurgicale de la région et l'a adressée dans ce but au Dr R. \_\_\_\_\_ au Service de chirurgie de la main au [...] lequel a postérieurement relevé

- 19 - dans son rapport du 22 novembre 2016 qu'il n'y avait aucune indication chirurgicale. Quant à l'atteinte du nerf cubital mise en exergue par la recourante, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne l'a jugée que vraisemblable, et surtout « petite ». Il a au surplus estimé qu'il n'était pas adéquat d'intervenir actuellement sur ce problème, de même que sur une possible douleur dans le territoire du nerf interosseux postérieur droit, ni même de les investiguer à fond. Comme déjà mentionné, le Dr R. \_\_\_\_\_, en sa qualité de spécialiste en chirurgie de la main, s'est

prononcé en défaveur d'une reprise de la cicatrice au vu des douleurs multi-sites et de l'absence de diagnostic focal, estimant que la révision de la cicatrice au dos du poignet n'apporterait aucun bénéfice en l'absence de plan de réparation ou de reconstruction sous-jacente. Il a préconisé d'orienter l'assurée vers un centre d'antalgie. C'est dans ce cadre que, pour la première fois, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ a évoqué dans son rapport du 19 mai 2017 un « probable CRPS de la main D après résection du kyste synovial en mai 2015 ». Or pour admettre l'existence d'un rapport de causalité entre un accident et une algodystrophie, la jurisprudence impose, notamment, une courte période de latence entre l'apparition de l'algodystrophie et l'événement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci (soit au maximum six à huit semaines ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2, 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 5.3, 8C\_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 et les références). En l'occurrence, l'opération a eu lieu le 7 mai 2015 et, comme déjà observé précédemment, dans son rapport du 4 septembre 2015, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a fait état d'une bonne évolution, estimant une reprise à 100% possible. Ainsi, aucun élément ne permet d'établir que l'algodystrophie serait apparue dans les six à huit semaines suivant l'opération, et serait dès lors en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel. On remarquera à cet égard qu'à l'issue de son examen du 21 mars 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a constaté aucun signe en faveur d'une algoneurodystrophie. Enfin, les rapports de la Dresse L. \_\_\_\_\_ n'apportent pas d'éléments déterminants. Le 8 septembre 2015, la médecin traitant a

- 20 - attesté une reprise du travail à 50% dès le 26 août 2015, sans toutefois motiver les raisons pour lesquelles elle s'écartait de l'avis de la Dresse N. \_\_\_\_\_ et en quoi l'état de santé de sa patiente empêcherait une reprise à 100%. On remarquera à cet égard que les diagnostics retenus par la Dresse L. \_\_\_\_\_ dans ce même rapport étaient un kyste arthro-synovial post-traumatique du poignet droit et une tendinite des fléchisseurs de l'avant-bras gauche, alors que le kyste avait déjà été retiré quatre mois auparavant et que la tendinite était résorbée ou en passe de l'être, puisque les douleurs au bras gauche ont disparu en 2015. La Dresse L. \_\_\_\_\_ est ensuite revenue sur sa position, sans plus de motivation, le

## **E. 19**

octobre 2015, estimant alors que sa patiente présentait une totale incapacité de travail depuis le 17 août 2015 de façon ininterrompue. Son avis est ainsi insuffisamment motivé et par trop imprécis, voire contradictoire, pour venir sérieusement jeter le doute sur les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_. d) En dernier lieu, le rapport établi le 12 septembre 2016 par B. \_\_\_\_\_ à l'issue du stage d'observation mis en œuvre par l'OAI dans le cadre de mesures d'intervention précoce ne conduit pas à une conclusion différente. C'est en particulier en vain que la recourante soutient que ce rapport permet d'établir que sa capacité de travail n'excède pas 30%. Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C\_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C\_2015/2009 du 22 juin

2010, consid. 4.1 in SVR 2011 IV n° 6 p. 17, TFA I 35/03 du

- 21 -

#### **E. 24**

octobre 2003, consid. 4.3 et les références in Plädoyer 2004/3 p. 64). En général toutefois, les données médicales l'emportent sur les constatations faites à l'occasion du stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant celui-ci (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité [AI], Schulthess 2011, no 2608 et 2609 p. 699ss, et no 2037 p. 539 et les références ; TF 8C\_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3, 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 8C\_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4, 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1). En effet, les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En l'occurrence, comme développé ci-dessus, les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ sont motivées et permettent une appréciation objective du cas, de sorte qu'elles se sauraient être remises en question par les résultats obtenus par l'assurée durant les stages organisés par l'OAI. On remarquera par ailleurs à cet égard que le taux d'activité mentionné par B.\_\_\_\_\_ émane des déclarations de l'assurée et ne reflète pas le constat concret de limitations dans le cadre des activités exercées. Il ressort en effet du rapport que « Madame F.\_\_\_\_\_ est prête à reprendre un emploi à temps partiel en raison de quelques heures par jour, éventuellement jusqu'à 40% » et qu'elle « n'envisage pas » de travailler plus de deux ou trois heures par jour, ce qui a d'ailleurs conduit l'organisateur de la mesure à renoncer à une aide au placement. Les stages mis en œuvre n'ont toutefois pas permis de constater effectivement une telle limitation. Le stage en qualité de surveillante de repas de midi pour les écoliers était d'emblée organisé à raison de trois heures par jour, horaire normal compte tenu de la nature de l'activité. La recourante a pu s'acquitter de toutes les tâches dévolues au poste : servir

- 22 - les repas aux enfants, nettoyer les tables et les locaux, faire la vaisselle, nettoyer les casseroles et veiller à la tranquillité des enfants durant le repas, ceci à l'entière satisfaction de l'employeur. Il ressort en effet du rapport de B.\_\_\_\_\_ que les retours sur son travail étaient excellents. On observera d'ailleurs que cette activité est très proche de celle de serveuse, que la recourante exerçait en dernier lieu avant son atteinte à la santé. Aucun élément au dossier ne permet de retenir que l'assurée connaîtrait un empêchement médical objectif à poursuivre cette activité à un taux plus important, en reprenant par exemple un service du soir. Le fait que la responsable du stage et l'assurée affirment le contraire, a fortiori sans qu'une tentative de travail à un taux plus élevé n'ait été essayée, le poste ne le permettant pas, ne suffit pas à remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_. Il sied également de relever que le rapport de B.\_\_\_\_\_ insiste fortement sur les variations de motivation de l'assurée et leurs effets sur ses performances. Ainsi, il ressort du rapport que l'assurée est prête à reprendre un emploi à temps partiel, éventuellement jusqu'à 40% en fonction de ses douleurs, mais également en fonction « de son intérêt pour le domaine d'activité ». Il y est également indiqué que l'assurée est capable de s'adapter et de faire preuve de créativité « lorsque le domaine professionnel lui convient

». Alors qu'elle s'est révélée capable d'accomplir les tâches de surveillante des repas, mettant pourtant à contribution les membres supérieurs, elle a d'emblée émis des réserves sur ses capacités lors de son stage de réceptionniste de fitness, indiquant qu'elle ne pouvait pas servir les boissons, inscrire les rendez-vous dans le système informatique, nettoyer les machines, notamment, ce qui avait conduit la responsable du stage à interrompre la mesure. Quant à la responsable du stage de vendeuse dans un magasin de vêtements, elle a constaté que l'assurée n'avait pas réellement essayé de s'adapter et de s'intégrer, se limitant à observer ses collègues. De l'avis de B. \_\_\_\_\_, c'est parce qu'elle escomptait être engagée par la structure de repas de midi pour écoliers que l'assurée ne s'était pas impliquée dans les deux stages ultérieurs. En tout état de cause, le rapport de B. \_\_\_\_\_ n'est d'aucun secours à la recourante. La même conclusion s'impose s'agissant de la

- 23 - décision de principe (DDP) du 4 octobre 2016 de l'OAI. A aucun moment elle ne permet de conclure que la capacité de travail de la recourante est limitée à 30%, voire « très limitée », comme elle le soutient dans son écriture du 16 août 2017. Dans ce document, l'OAI a résumé le rapport B. \_\_\_\_\_ ; il n'a toutefois pas tranché la question de la capacité de travail de la recourante, puisque qu'il a soumis le dossier à son Service médical régional (SMR) le 24 novembre 2016, à qui il a demandé de se prononcer sur les éléments médicaux présents au dossier. On rappellera encore à cet égard que les critères pris en compte par les deux assurances diffèrent. Si l'assurance-invalidité définit ses prestations eu égard à l'ensemble des atteintes à la santé, quelle que soit leur origine, l'assureur-accidents ne couvre que les atteintes qui présentent un lien de causalité naturelle et adéquate avec un événement accidentel assuré. En tout état de cause, la façon dont se sont déroulés les stages mis en œuvre par l'OAI ne permet pas de remettre en question les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ et ne rend pas non plus nécessaire un complément d'instruction. e) Au vu de ce qui précède, aucun élément au dossier ni aucun des griefs soulevés par la recourante n'est de nature à sérieusement remettre en cause les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_. En particulier, aucun des médecins consultés par la recourante ne fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr K. \_\_\_\_\_ et qui seraient suffisamment pertinents pour jeter le doute sur les conclusions du médecin d'arrondissement. C'est également à tort que la recourante fait grief à l'intimée d'avoir failli à son devoir d'instruction. De même, c'est en vain qu'elle soutient que son état n'est pas stabilisé s'agissant des suites de l'accident du 10 juin 2016 : le simple fait que soient encore prévues une investigation par spect-ct (que le Dr P. \_\_\_\_\_ estime au demeurant pas adéquate en l'absence de fracture, cf. rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 22 novembre 2016) ainsi qu'une intervention sur les douleurs persistantes ne suffit en effet pas pour dire que l'état n'était pas stabilisé au 31 mars 2016.

- 24 - C'est dès lors de manière fondée que l'intimée a retenu l'absence de séquelles accidentelles justifiant la poursuite d'un traitement médical et d'une incapacité de travail au-delà du 31 mars 2016, et a mis fin aux prestations des suites de l'accident du 10 juin 2014 au 31 mars 2016. 6. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de

statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à la requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire formulée par la recourante. Une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). 7. a) Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG), il n'est pas perçu de frais judiciaires. c) Vu l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG).

- 25 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.