

# **VS\_GERICHTE S2 23 67 vom 22. August 2025**

VS Kantonsgericht, 2025-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S2 23 67](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_23_67)

FR: VS\_GERICHTE S2 23 67 du 22 août 2025

IT: VS\_GERICHTE S2 23 67 del 22 agosto 2025

## **Regeste**

S2 23 67 S2 23 76 ARRÊT DU 22 AOÛT 2025 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Garance Klay, greffière en la cause VIVACARE SA, recourante et X \_\_\_\_\_, représentée par MROK Legal Business Sàrl, Lausanne, recourante contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (art. 16, 18 al. 1, 19 et 24 LAA ; stabilisation de l'état de santé, troubles psychiques, rente d'invalidité de l'assurance-accidents et indemnité pour atteinte à l'intégrité)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Les recours du 18 juillet 2023 de Vivacare SA et du 23 août 2023 de X \_\_\_\_\_ ont été interjetés en temps utile compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Ils répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière. En vertu de l'article 61 in initio LPGA en lien avec l'article 80 alinéa 1 lettre d LPJA, lequel renvoie aux articles 56 alinéa 1 et 11b alinéa 1 LPJA, la Cour procède à la jonction des causes S2 23 67 et S2 23 76 dès lors qu'elles portent sur un état de fait et des questions juridiques connexes.

### **E. 2**

A titre préalable, il est relevé que dans sa prise de position du 7 février 2024 déposée en qualité de tiers intéressé dans le cadre de la procédure opposant Vivacare SA à la CNA (cause S2 23 67), l'assurée a requis que le Tribunal condamne, à titre provisionnel, la CNA à reprendre le service des « prestations en sa faveur, notamment la prise en charge de soins liés à son accident et le versement de ses indemnités journalières rétroactivement depuis le 28 février 2023 et cela jusqu'au terme de l'expertise et l'avenue de la décision du Tribunal cantonal ».

#### **E. 2.1**

Comme relevé par la CNA dans sa détermination du 14 février 2024, une telle demande est sujette à caution. Force est en effet de constater que dans son propre recours du 21 août 2023, respectivement lors des échanges d'écritures ultérieurs, l'assurée n'a jamais formellement requis la restitution de l'effet suspensif à son recours, cela même après avoir pris connaissance de la prise de position du 14 février 2024 de la CNA. La question de la

recevabilité de cette demande souffre néanmoins de demeurer ici ouverte pour les motifs exposés ci-après

## **E. 2.2**

Le Tribunal relève en effet que, quand bien même sa requête provisionnelle dans la procédure S2 23 67 aurait pu être considérée comme une demande de restitution de

- 20 - l'effet suspensif dans le cadre de son propre recours (procédure S2 23 76), cette demande aurait dû être écartée à l'aune des règles jurisprudentielles (ATF 119 V 503 consid. 4; 124 V 82 consid. 4)

### **E. 2.2.1**

Selon l'article 52 alinéa 4 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, dans sa décision sur opposition, l'assureur peut priver tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèces. Sur la base de l'article 55 alinéa 3 PA (applicable par renvoi de l'art. 61 LPGA), l'autorité de recours, son président ou le juge instructeur peut restituer l'effet suspensif. Selon la jurisprudence constante, la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure (arrêt I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.3) ; il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'article 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire, l'autorité disposant sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires (arrêt 9C\_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2). Dans le cadre de la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération, mais qu'elles ne doivent toutefois faire aucun doute ; par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raison convaincante pour le faire (ATF 124 V 82 consid. 6a ; arrêt I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.3). La jurisprudence a souvent accordé plus de poids à l'intérêt de l'administration à éviter de verser des prestations dont elle aurait peut-être peine à obtenir la restitution qu'à celui de l'assuré de ne pas tomber provisoirement dans une situation financière difficile, en particulier lorsqu'il n'est pas hautement probable, au vu du dossier, que l'assuré obtiendrait gain de cause au fond (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_276/2007 du 20 novembre 2007 consid. 3.3, 3.4 et 4.1 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 4.3 ; U 283/05 du 21 octobre 2005 consid. 3.2 ; I 196/05 du 20 avril 2005 consid. 5.3 et I 46/04 du 24 février 2004 consid. 4.1 ; Pratique VSI 2000 consid. 5 ; RAMA 1997 155 consid. 4 citant l'ATF 119 V 503 consid. 4 ; ATF 124 V 82 consid. 6a et 105 V 266 consid. 3 ; MURER/STAUFFER/KIESER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Alters- und Hinterlassenenversicherung, 2e éd., 2005, ad art. 97 LAVS n. 4, p. 277).

- 21 -

### **E. 2.2.2**

En l'espèce, on ne peut retenir que les prévisions sur l'issue du litige, à savoir les chances de succès de son recours, ne faisaient aucun doute. La recourante a sollicité, en substance, le versement immédiat des prestations litigieuses, - respectivement la restitution de l'effet suspensif - au motif qu'elle se retrouvait dans une situation misérable, sans aucun revenu ni

aide sociale et était criblée de dettes. A l'aune de ces éléments, il appert qu'en cas de rejet du fond matériel de la contestation, il serait à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort se révèle infructueuse vu le risque de tomber dans l'indigence allégué par la requérante (ATF 119 V 503 consid. 4 ; arrêt 9C\_207/2014 du 1er mai 2014 consid. 5.3 ab initio ; VSI 2000 p. 187 consid. 5). Ainsi, la pesée des intérêts en présence laisse entrevoir que l'intérêt de l'intimée à ne pas verser des prestations l'emporte sur celui de l'assurée à pouvoir bénéficier de ces mêmes prestations jusqu'à droit connu sur son recours du 23 août 2023. Il convient donc d'accorder plus de poids à l'intérêt de l'intimée à éviter des démarches administratives et à éviter de verser des prestations dont elle aurait peut-être peine à obtenir la restitution. En outre, s'agissant des frais médicaux, comme l'a rappelé l'intimée dans sa prise de position du 14 février 2025, il était loisible à la recourante d'en requérir la prise en charge par sa caisse-maladie, jusqu'à droit connu quant à l'identité du débiteur de ces prestations (art. 70 al. 1 LPGA). Dans ces conditions, la requête aurait en toute hypothèse dû être rejetée.

### **E. 3**

Au fond, le litige porte sur le droit de X \_\_\_\_\_ à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de son accident du 3 juillet 2020 au-delà du 28 février 2023. Il convient de vérifier si la situation médicale était stabilisée au 31 janvier 2023 (date du rapport de la Dresse I \_\_\_\_\_) et si la CNA était ainsi fondée à mettre un terme au versement des prestations après le 28 février suivant. Il s'agit en particulier de déterminer en premier lieu s'il existe un lien de causalité entre les troubles psychiques dont se prévaut la recourante et l'accident du 20 octobre 2021.

#### **E. 3.1**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

##### **E. 3.1.1**

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait

- 22 - provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio 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 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 l'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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

##### **E. 3.1.2**

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 117 V 359 consid. 6, 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid.6 et 403 consid. 5). En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure

- 23 - où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées). S'agissant de lésions à la main, comme l'a rappelé l'intimée dans sa prise de position du 19 janvier 2024 en la cause S2 23 76, une série de casuistiques ressort de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes: l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie (arrêt U 233/95 du 13 juin 1996 consid. 3), ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été blessée par une fraiseuse (arrêt U 280/97 du 23 mars 1999 consid. 2b). En revanche, n'ont pas été jugés comme étant de gravité moyenne à la limite supérieure l'accident subi par un aide-monteur blessé à la main gauche avec une meuleuse alors qu'il coupait une charpente, ce qui avait entraîné une plaie délabrante de la face dorso- radiale du poignet gauche avec section du long extenseur du pouce, section du long extenseur radial du carpe et section de la branche sensitive du nerf radial, ainsi qu'une arthrotomie radio-carpienne (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_600/2020 du 3 mai 2021), de même que celui dont a été victime un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne d'une machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt U 5/94 du 14 novembre 1996 consid. 2b), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une machine à scier entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt U 185/96 du 17 décembre 1996 consid. 2b) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (arrêt U 25/99 du 22 novembre 2001 consid. 4c). Il en est allé de même de l'accident subi par un assuré dont la main droite avait été entraînée dans une ébavureuse

avec pour résultat une mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite (arrêt 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.4), de celui dont a été victime un menuisier en se coupant avec une fraiseuse avec pour conséquence des blessures à certains doigts, en particulier une amputation partielle de l'un d'eux (arrêt 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1), de celui ayant occasionné des sections des tendons fléchisseurs et des nerfs collatéraux de l'index et du majeur gauches à un travailleur blessé par une perceuse (arrêt 8C\_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7), ainsi que de celui subi par une employée de nettoyage qui avait reçu sur le poignet droit une meuleuse à disque qu'un ouvrier avait laissé échapper du deuxième étage,

- 24 - avec pour résultat un œdème face dorsale et une dermabrasion de la main droite (arrêt 8C\_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 7). En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème édition, 2016, n° 121, p. 934): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. En principe, il faut un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100 [8C\_897/2009] consid. 4.5; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.3 et la référence, 8C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4). Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb et 115 V 403 consid.

### **E. 3.2**

En l'espèce, il convient de déterminer si les troubles psychiques dont souffre l'intéressée, soit un trouble de l'adaptation avec caractéristique émotionnelle mixte (F43.2) selon le Dr N \_\_\_\_\_, respectivement une « réaction à un facteur de stress important, avec un trouble de l'adaptation (F43) et réaction dépressive prolongée (F43.21), possiblement jusqu'à deux ans, versus un état de stress post traumatique (F43.1) » selon le Dr O \_\_\_\_\_, sont dans une relation de causalité avec l'accident du 21 octobre 2021. Il ressort du rapport d'accident que la partie basse du tuyau d'extraction de vapeur d'une presse à pantalon, attachée aux tubulures d'amenée d'eau chaude au moyen d'une ficelle, s'était déboîtée. Pendant qu'une collègue tenait la partie haute du tuyau d'extraction de la vapeur, l'assurée avait essayé de remettre en place le tube coudé. Elle avait utilisé sa main gauche pour guider le tube vers l'embout de sortie de la presse et avait simultanément tapé avec sa main droite sur l'autre extrémité du tube pour l'emboîter sur la machine. Tout-à-coup, le tube s'était emboîté et

l'intéressée avait entendu un claquement au niveau de son poignet gauche. Il n'y a pas eu de doigt ou de membre sectionné, arraché ou écrasé dans une machine. La recourante n'a pas dû être hospitalisée en urgence, et, malgré un poignet enflé et douloureux, a pu poursuivre son activité jusqu'à la fin de sa journée de travail. Comme l'a relevé l'intimée, il n'y a ainsi pas eu une impotence fonctionnelle dans les suites immédiates de l'accident. Selon les constatations médicales figurant au dossier, aucune fracture n'a été constatée aux examens radiologiques et aucune amputation n'a été nécessaire. Dans son appréciation du 31 janvier 2023, la Dresse I \_\_\_\_\_, dont les conclusions sont probantes (cf. infra), a posé que les seuls diagnostics retenus étaient une lésion partielle du ligament scapho-lunaire et une petite perforation du TFCC du poignet gauche. En comparaison avec les cas les plus graves d'accidents de la main ou de gravité moyenne cités ci-dessus, on doit confirmer que les forces mises en jeu sur la main gauche de la recourante au moment de l'accident étaient d'importance légère. On ne saurait dès lors

- 26 - faire grief à l'intimée d'avoir qualifié cet accident de peu de gravité et exclu tout lien de causalité adéquat avec les troubles psychiques rapportés par la recourante.

### **E. 3.3**

En toute hypothèse, comme l'a relevé l'intimé, même au cas où l'accident aurait été jugé de degré moyen à la limite des accidents de peu de gravité, le Tribunal confirme qu'il n'y avait pas ici réalisation de quatre critères sur sept, ou de manifestation particulièrement marquante de l'un des critères. En effet, si on peut admettre l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison, les autres critères doivent être niés.

#### **E. 3.3.1**

S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté ce critère repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêt 8C\_600/2020 précité consid. 4.2.3 et la référence). Compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de blessure à la main causées par des machines sur le lieu de travail (cf. arrêt 8C\_600/2020 précité consid. 4.2.3 et les références), notamment des cas dans lesquels le critère litigieux n'a pas été retenu malgré l'amputation de doigts ou de parties de doigts ensuite d'une blessure occasionnée par des engins coupants, le critère en cause n'est manifestement pas réalisé en ce qui concerne l'accident de travail de la recourante du 20 octobre 2021.

#### **E. 3.3.2**

Ensuite, pour être retenu, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par

exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante; cf. arrêt 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références).

- 27 - En l'occurrence, les atteintes au membre supérieur gauche de la recourante, qui est ambidextre (pièce 140 du dossier CNA), ne présentent pas une nature particulière au sens de la jurisprudence ni n'atteignent le seuil de gravité requis. Le seul fait que l'intéressée soit entravée par des limitations fonctionnelles - qui ne l'empêchent au demeurant pas d'être en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein - ne permet pas de retenir le critère litigieux.

### **E. 3.3.3**

En ce qui concerne le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; il faut également prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt 8C\_421/2021 du 21 janvier 2022 consid. 5.3.1, destiné à la publication, et les références). En l'espèce, on ne peut que se rallier à l'opinion de l'intimée, qui a retenu que ce critère n'était pas non plus rempli. Ensuite de son accident du 20 octobre 2021, la recourante n'a pas dû subir d'intervention chirurgicale ou de longue hospitalisation avec des complications. Elle a, sur le plan somatique, essentiellement subi une immobilisation de son poignet avec un traitement médicamenteux antalgique, des injections et suivi des séances d'ergothérapie.

### **E. 3.3.4**

Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente. Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêt 8C\_600/2020 précité consid. 4.2.4 et les références), hypothèse non réalisée en l'occurrence, étant rappelé que seuls les troubles somatiques sont ici pris en considération. Dans son rapport du 31 janvier 2023, la Dresse I \_\_\_\_\_ a estimé l'état de santé stabilisé et a posé qu'une activité adaptée à plein temps sans baisse de rendement était exigible. Par ailleurs, en l'état du dossier, malgré quelques divergences diagnostics, il n'est pas établi que les médecins ayant traité la recourante auraient violé les règles de l'art médical et ainsi induit une aggravation significative des séquelles de l'accident. L'assurée n'a produit aucune pièce médicale attestant d'une erreur médicale, la simple indication de

- 28 - discussions avec un établissement hospitalier ou d'une procédure pénale ouverte étant insuffisante en l'espèce.

### **E. 3.3.5**

Le point de savoir si le critère des douleurs physiques persistantes est satisfait peut rester indéci, dès lors que son éventuelle admission ne conduirait qu'à la reconnaissance de deux critères sur sept, ce qui est insuffisant en l'espèce pour admettre le lien de causalité adéquate entre les événements dommageables et les troubles psychiques (cf. supra), étant entendu que la recourante ne prétend pas que le critère en question ou celui des difficultés apparues

au cours de la guérison se seraient manifestés de manière particulièrement marquante. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a nié le lien de causalité adéquate entre l'accident du 20 octobre 2021 et les troubles psychiques de l'assurée. Les griefs de cette dernière à ce propos s'avèrent mal fondés. Il y avait dès lors bien lieu d'examiner le droit à une rente d'invalidité à l'aune des seules séquelles physiques dont le lien de causalité naturelle avec l'accident a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante. 4. 4.1 L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Cette norme règle tout d'abord le moment où un cas d'assurance doit être clôturé (ATF 134 V 109 consid. 3.2). Les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents – pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité soient terminées – qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, il y a lieu de clore le cas en suspendant les prestations temporaires et en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1, 143 V 148 consid. 3.1.1 et 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 s., cités p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C\_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation

- 29 - du terme « sensible » par le législateur (art. 19 LAA) montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références; GEERSTEN, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht - UVG, 2018, n° 9 ad art. 19 et les références). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références citées ; GEERSTEN, op. cit., n° 10 ad art. 19 et les références). 4.2 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des

assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPG). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et

- 30 - consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 8C\_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.1). 4.3 La recourante conteste la stabilisation de son état de santé et remet en cause sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Elle met en doute la capacité de travail totale qui lui a été reconnue dans une activité adaptée par la CNA, estimant ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative dans différents secteurs de l'économie. On relèvera sur ce point qu'il revient à un médecin de se prononcer, en se fondant sur des constatations médicales objectives, dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler (MOSER-SZELESS, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 1ère éd., 2018, n. 24 ad art. 6 LPG). Or, dans un rapport d'examen du 31 janvier 2023, la Dresse I \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a retenu qu'il n'y avait plus de réelle amélioration à attendre de l'état de santé de l'intéressée et, reprenant les restrictions établies par les praticiens de la CRR, a estimé que, dans une activité adaptée (évitant les activités en force avec la main gauche de manière répétitive et/ou prolongée, les activités répétitives et/ou prolongées avec mise en jeu de la rotation ou de la flexion/extension du poignet gauche, le port de lourdes charges, la conduite d'un véhicule professionnel/utilisation de machines dangereuses/travail en hauteur - toits, échafaudages, échelles - tant que l'assurée

- 31 - prenait des opiacés), la capacité de travail de la recourante était entière et sans diminution de rendement pour les suites de l'accident du 20 octobre 2021 (pièce 210 du dossier CNA). Cela étant, la Cour estime que la valeur probante intrinsèque de ce rapport d'examen est entière. Elle relève que la Dresse I \_\_\_\_\_ est une spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, a établi son avis de manière circonstanciée, en connaissance de l'anamnèse et de tous les avis médicaux versés au dossier, notamment ceux des Drs F \_\_\_\_\_, Q \_\_\_\_\_, J \_\_\_\_\_ et des praticiens de la CRR ; elle a

exposé le contexte médical de façon cohérente, a apprécié la situation médicale de manière claire et sans contradictions et qu'elle a dûment motivé ses conclusions. La Dresse I \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lésion partielle du ligament scapho-lunaire et petite perforation du TFCC du poignet gauche. Elle a en particulier exposé pour quels motifs elle estimait l'état de santé de la recourante stabilisé en soulignant que qu'il n'y avait plus de traitement régulier justifié étant rappelé que tant le Dr J \_\_\_\_\_ que les médecins de la CRR avaient clairement conclu à l'absence d'indication opératoire, contrairement à ce qu'avaient antérieurement envisagés les Drs F \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_. Concernant la cheville, les médecins de la CRR avaient uniquement retenu une allodynie sur cicatrice et exclu toute indication opératoire ou nécessité d'exams plus poussés. Selon la Dresse I \_\_\_\_\_, s'agissant de la suite du traitement, l'assurée devait être sevrée de l'opiacé faible (Tramadol®) en raison du risque majeur de dépendance et seule demeurait prescrite la prise d'antalgiques de palier I (paracétamol, AINS). Dans une prise de position du 27 mars 2023, elle a répété que plus aucune prise en charge régulière ne se justifiait d'un point de vue accidentel pur et que si des séances de physiothérapie/ergothérapie devaient se justifier dans le futur, un justificatif médical serait indispensable. Comme exposé ci-dessus, selon la jurisprudence, la seule poursuite d'un traitement antalgique et/ou physiothérapeutique, ayant pour unique but de soulager les douleurs (selon la CRR, l'amélioration de la sensibilité cicatricielle s'agissant de la cheville et la réintégration du MSG dans les activités de la vie quotidienne) et non d'améliorer notablement la capacité de travail, ne constitue pas un motif pour nier la stabilisation de l'état de santé. En l'occurrence, comme l'a relevé l'intimée, il a ainsi été établi que la situation clinique était cristallisée et que le poids des facteurs contextuels était majeur. Enfin, la Dresse I \_\_\_\_\_ a également clairement exposé pour quels motifs les plaintes séquellaires ne justifiaient pas l'octroi d'une IPAI. Les conclusions de la Dresse I \_\_\_\_\_ n'ont pas été mises en doute par un avis médical contraire d'une valeur probante prépondérante. En effet, s'agissant de l'avis du

- 32 - Dr O \_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'intéressé, la Cour relève qu'il n'est pas de nature à faire naître un doute quant à la pertinence et la fiabilité du rapport de la Dresse I \_\_\_\_\_. En particulier, du fait de sa spécialité, ce médecin n'a pu se prononcer qu'au plan psychiatrique ; or, comme exposé ci-dessus, les troubles y relatifs ne sont pas à charge de la CNA. Il est au demeurant souligné que, de jurisprudence constante, le fait que les troubles psychiatriques soient apparus uniquement postérieurement à l'accident ne saurait suffire à établir un lien de causalité (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_335/2018 du

## **E. 5**

c/bb p. 409). En cas d'accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt

- 25 - du Tribunal fédéral 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1, in SVR 2019 UV n° 27 p. 99). Lorsqu'à la suite de deux ou plusieurs accidents apparaissent des troubles psychiques, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit en principe être examinée en regard de chaque accident considéré séparément. Cette règle s'applique en particulier dans les cas où les accidents ont porté sur différentes parties du corps et ont occasionné des atteintes diverses.

### **E. 5.1**

Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa).

Selon l'article 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

### **E. 5.2**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

#### **E. 5.2.1**

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

#### **E. 5.2.2**

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que

- 36 - le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3 et

9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

### **E. 5.3**

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa

- 37 - propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6).

### **E. 5.4**

En l'occurrence, comme l'a relevé l'intimée, la recourante a uniquement contesté sa pleine capacité de travail exigible en raison de ses troubles psychiques. Or, comme développé ci-dessus, à l'aune des exigences posées par la jurisprudence, les troubles psychiques ne peuvent être considérés comme étant en lien de causalité adéquat avec l'accident du 20 octobre 2021, de sorte qu'ils n'ont pas à être pris en compte dans l'évaluation du droit à une rente LAA. L'exigibilité médicale entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement malgré les séquelles somatiques, a été établie de manière claire et probante par la Dresse I \_\_\_\_\_. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a fixé le revenu d'invalidité de la recourante en se fondant sur le fait qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans toute profession évitant les activités en force avec la main gauche de manière répétitive et/ou prolongée, les activités répétitives et/ou prolongées avec mise en jeu de la rotation ou de la flexion/extension du poignet gauche, le port de lourdes charges, la conduite d'un véhicule professionnel/utilisation de machines dangereuses/travail en hauteur - toits, échafaudages, échelles -, tant que la recourante prenait des opiacés. Sur cette base, la

recourante n'ayant pas repris d'activité professionnelle exigible, l'intimée s'est à bon droit appuyée sur les données des salaires statistiques ressortant de l'ESS, tous secteurs confondus, pour une femme avec un niveau de compétences 1, calcul qui n'est pas contesté en tant que tel. A titre superfétatoire, il est relevé que ce type d'activités ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_223/2007 du 20 novembre 2007 consid.6.2.2 et les références ; IONTA, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, in : Jusletter 22 octobre 2018, Rz 213). Par conséquent, il peut pour le surplus être renvoyé sur ce point au calcul de l'intimée ayant valablement abouti à un revenu d'invalidé de 55 220 fr. 62. De même, se fondant sur le dernier salaire effectif de la recourante avant son accident, tel que ressortant de la déclaration d'accident du 22 octobre 2021 (pièce 1 du dossier CNA, revenu indexé de 2021 à 2023), l'intimée a correctement établi le revenu sans invalidité à 47 835 francs. Il résulte de la comparaison de ces deux revenus qu'il n'existait aucune perte de gain induite par les séquelles accidentelles, de sorte que c'est à bon droit que l'intimée a nié le droit de la recourante à une rente.

- 38 -

### **E. 5.5**

Finally, it is established that the appellant does not contest, on just title, the estimation of the attainment of integrity (art. 24 paragraph 1 LAA) for the somatic troubles such as operated by the respondent. 6. 6.1 In these circumstances, the appeals of 18 July of Vivacare SA and 23 August 2023 of X \_\_\_\_\_, on all points unfounded, are rejected and the decision on opposition of 23 June 2023 confirmed. 6.2 It is not perceived of costs (art. 61 let. fbis LPGA), the special law, in the occurrence of the LAA, not providing for the deduction of costs. In view of the issue of the cause, it is not granted of costs to the appellants (art. 61 let. g LPGA a contrario) nor to the respondent who executes public law tasks (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Les recours des 18 juillet et 23 août 2023 sont rejetés. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 22 août 2025

### **E. 7**

mai 2019 consid. 5). Un tel avis ne saurait ainsi présenter une valeur probante pour mettre en doute les conclusions de la Dr I \_\_\_\_\_ quant au *statu quo ante vel sine* et à l'incidence des troubles somatiques de la recourante sur sa capacité de travail, ce d'autant plus compte tenu de la jurisprudence relative à l'appréciation des rapports émis par les médecins traitants. Quant aux autres avis médicaux au dossier CNA ou produit en cours de procédure de recours, force est de constater qu'aucun d'entre eux n'apporte d'éléments susceptibles d'établir que les conclusions de la Dresse I \_\_\_\_\_ seraient erronées ou lacunaires. Au contraire, la Dresse I \_\_\_\_\_ a corroboré les conclusions des Drs J \_\_\_\_\_ et des praticiens de la CRR. Vivacare SA s'est prévalu du fait que le Dr P \_\_\_\_\_ avait retenu une rupture des ligaments SL et LT avec lésion TFCC Palmer 1, atteinte qui pouvait à long terme induire une instabilité carpienne et un collapsus carpien, soit à un poignet SLAC ; le médecin-conseil de la caisse en avait déduit qu'un lien de causalité devait toujours être admis et justifiait la poursuite de la prise en charge, par la CNA, des séances de physiothérapie y relatives. Ce simple avis, non étayé, notamment par des documents radiologiques ou par des constatations dûment objectivées à l'examen, ne suffit pas à mettre en doute les conclusions motivées de la Dresse I \_\_\_\_\_, laquelle s'est notamment fondée sur les constatations correctement étayées des praticiens de la CRR, soit

les Drs L \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et M \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. En effet, comme elle l'a rappelé, ces praticiens avaient constaté lors de leurs examens de 17 et 18 janvier 2023 que l'inspection de la main ne démontrait pas de signe en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). L'examen neurologique du 18 janvier 2023 avait confirmé une neuropathie cubitale au poignet (atteinte cubitale sensitive pure et indolore) et infirmé l'existence d'une neuropathie du nerf médian. La relecture des examens d'imagerie avait permis de conclure à l'absence d'argument pour une fracture quelle qu'elle soit, à l'absence d'un SDRC, à l'existence

- 33 - d'une lésion du ligament scapho-lunaire uniquement dans sa portion médiane, et non pas dans les portions palmaire et dorsale, et d'une petite lésion de perforation du TFCC. Ces praticiens avaient souligné que la situation clinique était cristallisée et que le poids des facteurs contextuels était majeur (perte de confiance dans la médecine et les médecins suisses, litige en cours avec l'employeur, maladie et éloignement du fils, litige avec le père de l'enfant qui ne paye pas la pension alimentaire, possible trouble de la personnalité). En particulier, s'il existait bien une lésion partielle du ligament scapho-lunaire et une petite perforation du TFCC, ces lésions ne pouvaient expliquer à elles seules l'importance du syndrome douloureux et l'exclusion fonctionnelle assez importante du membre supérieur gauche. Dans sa prise de position du 7 septembre 2023, la Dresse I \_\_\_\_\_ a rappelé son diagnostic et a développé pour quel motif elle n'avait pas retenu de SDRC ; notamment le CT-scan requis par la Dresse F \_\_\_\_\_ avait permis d'exclure toute maladie de Sudeck et ni le Dr J \_\_\_\_\_, ni le Dr L \_\_\_\_\_ ou M \_\_\_\_\_ n'avaient retenu ce diagnostic ; selon les informations récoltées dans les différents rapports, l'assurée ne présentait pas suffisamment de critères de Budapest pour retenir ce diagnostic. Plus aucun traitement économique et adéquat n'était susceptible d'apporter de nouvelle amélioration sensible de la capacité de travail ; toute chirurgie était exclue et un essai éventuel de maintien d'ergothérapie serait très compliqué chez une assurée ayant perdu toute confiance dans le système médical suisse hormis avec son médecin traitant. La situation était cristallisée dans un contexte de facteurs extra-médicaux multiples. Or, le Dr P \_\_\_\_\_ n'a pour sa part fourni aucune explication médicale expliquant la divergence entre les seules lésions médicalement objectivées et l'importance des plaintes rapportées, respectivement l'exclusion fonctionnelle assez importante du membre supérieur gauche. S'agissant finalement du pied droit, il est rappelé qu'à teneur des rapports des Drs K \_\_\_\_\_, L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ et de la documentation radiologique, l'intéressée s'était coupée au niveau de la face externe de la cheville droite en reculant pour éviter des morceaux de verres. A l'aune des constatations des praticiens de la CRR, la Dresse I \_\_\_\_\_ a conclu dans son rapport du 7 septembre 2023 que l'assurée avait présenté, le 17 juin 2022, une plaie de la face latérale de la cheville droite, sans lésion des structures nobles (tendons, vaisseaux, nerfs) et qui montrait une sensibilité accrue (allodynie), mais qui n'entravait nullement la mobilité de la cheville. De fait, la plaie pouvait être considérée comme guérie en date de l'assessment CRR du 18 janvier

- 34 - 2023 en l'absence de traitement/examen supplémentaire préconisé et aucune IPAI n'était à retenir. Finalement, il est une nouvelle fois rappelé que le seul fait qu'un assuré poursuive de la physiothérapie à des fins antalgiques ou d'amélioration de la mobilité, sans que l'on puisse toutefois encore en attendre une amélioration sensible de la capacité de travail, ne justifie pas à lui seul de surseoir à statuer quant à la stabilisation de son état de santé (cf. supra). L'avis du Dr P \_\_\_\_\_ ne permet dès lors pas de mettre doute la

stabilisation de l'état de santé du membre supérieur gauche au sens de l'article 19 alinéa 1 LAA telle qu'établie par la Dresse I \_\_\_\_\_. En définitive, les constatations de la Dresse I \_\_\_\_\_ ne sont contredites par aucune pièce médicale versée dossier, de sorte qu'il n'existe pas de motif de mettre en doute la fiabilité des conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA. Il y a ainsi lieu de retenir qu'au 31 janvier 2023, l'état de santé de la recourante était stabilisé et que la recourante disposait depuis lors d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 4.4 On rappellera au surplus que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 147 I 167 ; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47, no 63 ; GIGY, *Bundesverwaltungs- rechtspflege*, 2e éd. p. 274 ; KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4e éd. p. 135, SCARTAZZINI, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, thèse Genève 1991, p. 63 ; cf. aussi ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; 126 V 132 consid. 2b ; 124 V 92 consid. 2 avec les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 Cst. (ATF 122 V 162 consid. 1d ; 119 V 344 consid. 3c ; 106 Ia 162 consid. 2b ; RAMA 1985, 238 consid. 2d). En l'occurrence, la situation médicale ressortant suffisamment clairement du dossier de la cause, il n'est dès lors pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale inter ou polydisciplinaire comme l'ont réclamé les recourantes (ATF 125 I 167 consid. 4). 5. X \_\_\_\_\_ estime qu'elle aurait dû être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité de la LAA.

- 35 -

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