

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mai 2024

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
MM. Berthoud et Oppikofer, assesseurs  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

**X.** \_\_\_\_\_ [...], à [...], intimée.

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 et 19 LAA.**

## **E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1984, a été employée du 1<sup>er</sup> mars 2003 au 31 décembre 2018 à 80 % en qualité de collaboratrice d'exploitation dans le conditionnement de denrées alimentaire au sein de l'entreprise P.\_\_\_\_\_ AG. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accident auprès de la X.\_\_\_\_\_ [...] (ci-après : la X.\_\_\_\_\_ ou l'intimée). L'intéressée œuvrait par ailleurs à un taux de 20 % en qualité de concierge au sein d'un établissement scolaire.

Le 10 décembre 2018, l'assurée s'est blessée au majeur droit en nettoyant une machine à couper la salade dans le cadre de son activité professionnelle. Elle a été admise le jour même à la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, où il a été constaté qu'elle présentait une fracture ouverte avec lésion artérielle du troisième doigt de la main droite (dominante). Elle a bénéficié, toujours le 10 décembre 2018, d'une réduction de ladite fracture et d'une revascularisation du doigt qui s'est soldée par un échec. Une nouvelle revascularisation a conséquemment été effectuée le 13 décembre 2018, conduisant à une nécrose du troisième doigt et nécessitant, le 15 décembre 2018, une amputation de ce même doigt avec transplantation du deuxième doigt sur la position du troisième doigt. Le 18 décembre 2018, la position du deuxième doigt a encore été corrigée chirurgicalement (cf. protocoles opératoires des 14, 19 et 21 décembre 2018 ; cf. lettre de sortie du 21 décembre 2018 de la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_). Le traitement se poursuivra ensuite notamment par le biais de prises en charge ergothérapeutique et physiothérapeutique.

Cet événement a été annoncé le 12 décembre 2018 à la X.\_\_\_\_\_, qui a pris en charge le cas (traitement médical et indemnités journalières). En parallèle, le 14 février 2019, l'intéressée s'est également annoncée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Par compte-rendu du 29 janvier 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante, a exposé que la perte de l'index [recte : majeur] droit avait plongé la patiente dans un état de crise alors même que cette dernière vivait déjà dans des conditions difficilement supportables avant l'accident, dans un contexte de stress au travail et de problèmes conjugaux récurrents.

Aux termes d'un rapport du 29 janvier 2019, les Drs D.\_\_\_\_\_ et AA.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant à la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, ont fait état, à six mois post-opératoires, d'une zone cicatricielle sans irritation et d'une trophicité dans la norme, hormis une légère hypertrichose en comparaison avec le côté gauche. Pour le reste, ils ont fait état d'une bonne évolution chez une patiente satisfaite et peu algique.

Le 25 février 2019, la psychologue M.\_\_\_\_\_, en charge d'un suivi psychologique depuis le 12 janvier précédent, a signalé une fragilité psychologique et des symptômes anxio-dépressifs consécutifs à l'accident.

Se positionnant le 20 mars 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin conseil de la X.\_\_\_\_\_, a notamment considéré que l'état final des suites de l'accident du 10 décembre 2018 ne serait pas atteint avant un à deux ans au plus tôt.

Aux termes d'un rapport du 3 avril 2019, les Drs L.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et à la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, et AA.\_\_\_\_\_ ont fait état d'une évolution positive s'agissant de l'utilisation et de la mobilité de la main droite. Ils ont précisé que la patiente présentait des douleurs accrues, surtout dans la région du troisième rayon et de la néo-commis sure, mais qu'elle ne signalait pas de douleurs fantômes.

Dans un rapport du 31 mai 2019, les Drs BB.\_\_\_\_\_, chef de clinique à la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, et AA.\_\_\_\_\_ ont expliqué que l'évolution était favorable tant au niveau médical qu'esthétique, que la patiente était globalement satisfaite sur le plan des douleurs et que c'était la diminution de force qui était au premier plan. Ils ont retenu que la capacité de travail était nulle dans les activités précédemment exercées mais qu'elle serait totale dans une activité légère.

Dans un rapport du 2 juillet 2019, les ergothérapeutes LL.\_\_\_\_\_ et MM.\_\_\_\_\_ ont notamment relevé que les mouvements des deuxième et quatrième doigts étaient très limités et que la force de la main droite était très réduite. Elles ont également signalé des douleurs fantômes à l'effort.

En date du 5 juillet 2019 a eu lieu une rencontre entre un collaborateur de la X.\_\_\_\_\_, l'assurée et le conseil de cette dernière. Du procès-verbal y relatif, il est ressorti que l'intéressée travaillait le 10 décembre 2018 au poste de découpe de la salade, qu'elle avait voulu nettoyer la machine utilisée pour ce faire mais qu'un couteau lui avait alors incisé très profondément le majeur droit. Au cours de l'entretien, l'assurée a en outre déclaré que tout allait bien avant l'accident mais que, depuis cet événement, elle était très anxieuse, dormait mal, faisait des cauchemars et se réveillait avec des sueurs froides ; à cela s'ajoutaient des restrictions au quotidien en lien avec l'utilisation de sa main droite.

Dans un rapport du 7 août 2019, le Dr AA.\_\_\_\_\_ a signalé une nette régression des troubles au cours des derniers mois, nonobstant la persistance de douleurs au niveau de la néo-commissure et du troisième rayon en cas d'effort prolongé. Il a ajouté que la patiente était encore gênée au quotidien, compte tenu d'une diminution de la force. Le Dr AA.\_\_\_\_\_ a en outre confirmé que la capacité de travail était nulle dans la précédente activité mais entière dans une activité adaptée, moins contraignante. Quant à la fin du traitement, elle ne pouvait pas encore être déterminée.

Par communication du 29 août 2019, la X. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée que le versement des indemnités journalières relatives à l'activité principale prendrait conséquemment fin au 30 septembre 2019, sur la base de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée reconnue par les médecins de l'Hôpital E. \_\_\_\_\_. Le droit aux indemnités journalières en lien avec l'activité accessoire à 20 % était en revanche maintenu, ainsi que le droit aux frais de traitement.

Par rapport du 6 septembre 2019, la Dre CC. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E. \_\_\_\_\_, a en particulier relevé des dysesthésies régressives et des douleurs fantômes. Elle a souligné que la capacité de travail était nulle dans la précédente activité et que la patiente ne pourrait vraisemblablement pas trouver une activité moins contraignante sans suivre une formation. Selon la Dre CC. \_\_\_\_\_, il ne fallait en outre pas s'attendre à ce que l'intéressée récupère une fonction complète de la main - même après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ou une nouvelle ténolyse - car celle-ci avait été réduite de manière permanente par la grave blessure subie.

Par courrier du 11 septembre 2019 à la X. \_\_\_\_\_, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait valoir qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et que son état de santé n'était pour l'heure pas stabilisé.

Par rapport du 16 octobre 2019, la Dre CC. \_\_\_\_\_ a notamment exposé que l'intéressée signalait des douleurs massives lors de l'utilisation de sa main droite. La Dre CC. \_\_\_\_\_ a plus particulièrement observé qu'outre la limitation de la mobilité, il existait une allodynie palmaire avec des douleurs extrêmes à l'effort et des douleurs neuropathiques locales au toucher ; une sonographie avait, à cet égard, mis en évidence un névrome provenant probablement des nerfs réséqués de l'ancien troisième rayon. La Dre CC. \_\_\_\_\_ a également relevé une gêne au niveau du matériel d'ostéosynthèse (troisième rayon

côté extension) avec adhérences des tendons extenseurs. Il était prévu d'intervenir chirurgicalement à ces différents niveaux.

Nantie de ces informations, la X.\_\_\_\_\_, par communication du 18 octobre 2019, a informé l'assurée de la poursuite du versement des indemnités journalières sur la base d'une incapacité totale de travail.

A teneur d'une lettre de sortie établie le 17 novembre 2019 par les Drs CC.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_, médecin assistant à la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, il est résulté que l'assurée avait bénéficié le 11 novembre 2019 d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse avec ténolyse, neurolyse palmaire et résection d'un névrome.

Par compte-rendu du 2 décembre 2019, la psychologue M.\_\_\_\_\_ a indiqué que le suivi avait repris depuis le mois d'août 2019 et a noté des ruminations assorties d'un trouble cognitif induisant des troubles de la concentration.

Interpellée le 13 décembre 2019 par la X.\_\_\_\_\_, la Dre DD.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie traitante, a fait part de ses observations par retour de courrier non daté, reçu le 18 décembre 2019. Elle a retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur en lien avec l'aspect traumatique d'un accident de travail (F32.2), marqué par un trouble du sommeil, de l'anxiété, une baisse de l'humeur et un syndrome douloureux. Elle a émis un pronostic favorable s'agissant de la reprise d'une activité adaptée, décrivant néanmoins des obstacles sous forme de troubles anxio-dépressifs limitant les capacités d'adaptation au stress et aux situations nouvelles liées à la recherche d'un nouvel emploi approprié à la limitation physique consécutive à l'accident.

A teneur d'un rapport du 7 janvier 2020, la Dre CC.\_\_\_\_\_ a en particulier indiqué que l'adhésiolyse avait été un succès dans la mesure où l'extension du doigt était désormais entièrement possible, que les douleurs neurologiques s'étaient nettement améliorées mais que

persistaient des douleurs fantômes et une hypersensibilité avec allodynie palmaire. Elle a en outre préconisé la poursuite des mesures thérapeutiques, notamment au niveau de la fermeture du poing, de la force et de la mobilité. La Dre CC.\_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'ancienne activité et que, dans une activité adaptée, le port de charge avec la main droite était limité à 2,5 kilos de manière occasionnelle. Elle a ajouté que la situation sur le plan psychique engendrait une incapacité de 50 % et rendait nécessaire la poursuite d'une prise en charge psychiatrique/psychologique.

Par compte-rendu du 28 janvier 2020, la psychologue M.\_\_\_\_\_ a exposé que la fragilité psychologique et les symptômes anxio-dépressifs s'étaient péjorés depuis la dernière opération.

Par avis du 28 janvier 2020, le Dr EE.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la X.\_\_\_\_\_, a estimé qu'une amélioration était encore possible en termes de mobilité et de force du point de vue traumatologique, ainsi qu'au niveau psychique pour traiter l'état réactionnel. Sous l'angle traumatologique, la capacité de travail était considérée comme complète depuis le 1<sup>er</sup> février dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Au plan psychique, une incapacité de travail totale était admise au moins jusqu'à la date du prochain contrôle chez la Dre DD.\_\_\_\_\_.

Le 19 février 2020, les ergothérapeutes LL.\_\_\_\_\_, MM.\_\_\_\_\_ et NN.\_\_\_\_\_ ont établi un compte-rendu notant qu'une forte diminution de la force persistait et que l'hypersensibilité s'était légèrement améliorée.

Dans un rapport du 20 mars 2020, la Dre CC.\_\_\_\_\_ a décrit une évolution réjouissante au niveau de la résection du névrome et de la mobilisation ; elle a également noté que la mobilité, l'allodynie et la force s'étaient améliorées, entraînant une diminution de la gêne liée aux douleurs chroniques et une meilleure utilisation de la main. La Dre CC.\_\_\_\_\_ a également préconisé la poursuite du traitement

thérapeutique aux fins d'améliorer la force de préhension, l'habileté et la coordination ; du point de vue de la force, il fallait néanmoins escompter une diminution permanente de la fonction de la main.

Par rapport du 27 mars 2020, la Dre DD.\_\_\_\_\_ a signalé une évolution globalement positive nonobstant la persistance d'une fragilité psychologique et de symptômes anxio-dépressifs. La capacité de travail était estimée à 50 % dans une activité adaptée, la patiente rencontrant encore beaucoup de difficultés dans l'exécution des tâches du quotidien.

Par communication du 15 mai 2020, la X.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'il serait mis fin aux indemnités journalières relatives à l'activité principale avec effet au 30 juin 2020, sur la base d'une capacité de travail de 50 % exigible depuis le mois d'avril 2020 et sujette à réévaluation au moment de la stabilisation médicale. Le droit aux indemnités journalières relatives au contrat de travail à 20 % était en revanche maintenu, pour autant que ce contrat fût toujours en vigueur.

Aux termes d'un rapport du 25 mai 2020, la Dre N.\_\_\_\_\_ a relevé que la fonction de la main droite était toujours réduite et que la patiente présentait de graves problèmes d'adaptation avec une évolution dépressive nécessitant un suivi psychiatrique ; l'incapacité de travail était considérée comme totale.

Dans un rapport du 3 juin 2020, cette même praticienne a posé les diagnostics de douleurs résiduelles et limitation fonctionnelle de la main droite après amputation du troisième doigt, trouble de l'adaptation avec évolution dépressive et possible état de stress post-traumatique. La Dre N.\_\_\_\_\_ a plus particulièrement indiqué que la patiente présentait des douleurs chroniques de la main droite avec une diminution de la force et une mobilité réduite. A cela s'ajoutait une décompensation psychique avec pensées dépressives, manque d'énergie, troubles de la concentration, cauchemars avec troubles du sommeil, attaques de panique et manque de confiance en soi ; sous cet angle, les troubles paraissaient avoir clairement été causés par l'accident du 10 décembre

2018. Quant à la capacité de travail, elle était pour l'heure inexistante compte tenu des problèmes psychiques.

Par rapport du 5 juin 2020, les Drs CC.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_ ont notamment constaté que les cicatrices ne présentaient pas de signes de Tinel ou d'allodynie et que tant l'extension des doigts et la fermeture du poing étaient possibles. Ils ont relevé que la patiente rencontrait des difficultés sur les plans asséculo-logique et psychique qu'elle avait consulté le 9 juin 2020 le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un courrier du 8 juin 2020 rédigé par son conseil, l'assurée a contesté la position défendue par la X.\_\_\_\_\_ le 15 mai précédent. Le 17 juin suivant, elle a notamment fait parvenir à l'assureur un rapport du 12 juin 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et retenant que cette atteinte était la conséquence des lésions subies le 10 décembre 2018, dès lors que la patiente n'avait auparavant jamais présenté de troubles psychiques et que ceux-ci ne s'étaient développés qu'après l'accident ; dans ces conditions, le Dr G.\_\_\_\_\_ estimait que la capacité de travail était nulle et que la poursuite d'une prise en charge psychothérapeutique était nécessaire. Le 18 août 2020, l'assurée a encore produit un rapport établi le 14 août 2020 par le Dr G.\_\_\_\_\_ à l'attention de l'OAI, retenant un diagnostic d'épisode dépressif grave sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis le mois de juin 2020 en tout cas et réfutant toute capacité résiduelle de travail pour le moment. Le psychiatre exposait en particulier qu'à la problématique psychique s'ajoutaient les plaintes somatiques et la réduction des prestations de la X.\_\_\_\_\_ et que la patiente avait, « avec cette atmosphère », quitté son domicile le 1<sup>er</sup> août 2020 complètement décidée à se jeter sous un train, ce que son entourage avait réussi à empêcher ; des pensées suicidaires fréquentes et tenaces étaient notamment décrites.

Dans un rapport du 16 juin 2020, les ergothérapeutes LL.\_\_\_\_\_ et MM.\_\_\_\_\_ ont signalé des douleurs fantômes et des zones

hypersensibles dans la paume de la main droite, estimant que l'utilisation de cette main était limitée en raison des douleurs, de l'hypersensibilité, ainsi que de la dextérité et de la force réduites. Elles ont ajouté que la poursuite du traitement ergothérapeutique était nécessaire afin d'améliorer ces aspects et ont relevé une progression jusqu'alors lente mais constante.

En date du 1<sup>er</sup> septembre 2020, la X.\_\_\_\_\_ s'est vu transmettre le dossier constitué par l'OAI. Il en est notamment ressorti que l'assurée s'était vu octroyer des mesures d'intervention précoce le 9 mai 2019 et qu'elle avait, dans ce contexte, rapporté le 21 juin 2019 des lâchages involontaires d'objets, une hypersensibilité au niveau de la main droite, une sensation récurrente d'endormissement de cette main, ainsi que des douleurs irradiantes jusque dans le haut du bras. Elle avait ensuite effectué deux stages entre le 2 septembre et le 4 octobre 2019, l'un en tant qu'aide-fleuriste et l'autre au sein d'une unité d'accueil extra-scolaire, mais ces mesures avaient engendré des douleurs, un gonflement, une hypersensibilité et une inflammation au niveau de la main droite.

Par avis du 15 septembre 2020, le Dr EE.\_\_\_\_\_ a rappelé les interventions subies en décembre 2018 des suites d'une fracture ouverte de la première phalange du troisième doigt et a de surcroît retenu des douleurs résiduelles diffuses. Il a considéré que le traitement somatique était adéquat et qu'en particulier les séances d'ergothérapie se justifiaient jusqu'à fin décembre au moins. Il a par ailleurs souligné qu'une nette amélioration était intervenue sur le plan somatique selon l'évaluation émise en mars 2020 par l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ et qu'une évolution favorable avait également pu être constatée dans le cadre du suivi ergothérapeutique. Sur cette base, le Dr EE.\_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité mais que, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2020, elle était en revanche complète avec une diminution de rendement de 50 % dans une activité adaptée sans port de charges de plus d'un à deux kilos avec le membre supérieur droit durant de courtes périodes, étant précisé que le rendement était susceptible d'être

augmenté par paliers de 25 % pour atteindre 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Par envoi du 18 septembre 2020, l'assurée a transmis à la X.\_\_\_\_\_ un rapport du 10 septembre 2020 de la Dre L.\_\_\_\_\_. Ce compte-rendu relevait en particulier des douleurs persistantes au niveau de la main (principalement en cas de port de charges) et des dysesthésies intermittentes, étant précisé que la médication antalgique semblait ne pas apporter un bénéfice optimal et qu'une consultation auprès du Centre de la douleur dudit établissement était envisagée. Il était de surcroît indiqué que la situation asséculoologique s'avérait pesante pour la patiente. Du point de vue chirurgical, il était observé que la perte du majeur à hauteur du métacarpe donnait lieu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %, que la transposition supplémentaire du deuxième au troisième rayon engendrait une limitation globale de la fonction de la main et que l'atteinte à l'intégrité pouvait ainsi être estimée à 12 % au total.

Dans un rapport du 12 novembre 2020, les Drs BB.\_\_\_\_\_ et KK.\_\_\_\_\_, médecin assistante à la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, ont fait état d'une détérioration depuis la dernière consultation, constatant en particulier une nette allodynie interdigitale. Ils ont évoqué une éventuelle composante psychique en lien avec la situation asséculoologique. Ils ont en outre souligné que l'incapacité de travail était totale dans la précédente activité comme dans tout travail manuel ou de force et qu'une reconversion ou une formation dans une autre activité était nécessaire avant toute reprise d'emploi. Enfin, ils ont confirmé une perte d'intégrité globale de 12 % du point de vue de la chirurgie de la main.

Dans un compte-rendu du 25 novembre 2020, les ergothérapeutes LL.\_\_\_\_\_ et MM.\_\_\_\_\_ ont indiqué que des progrès continuaient d'être constatés au niveau orthopédique (sensibilité et force). Elles ont cependant signalé des craintes pour l'avenir et les problèmes financiers prédominants.

Aux termes d'un rapport du 16 décembre 2020, les Drs GG.\_\_\_\_\_ et HH.\_\_\_\_\_, chefs de clinique à la Clinique universitaire d'anesthésiologie et de thérapie de la douleur de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, ont diagnostiqué un état de stress post-traumatique grave consécutif à l'accident du 10 décembre 2018. Ils ont à ce propos exposé que l'état de stress post-traumatique était par nature une conséquence de l'accident, que la patiente était auparavant asymptomatique et que les plaintes étaient apparues dans la suite immédiate de l'événement traumatique ; les valeurs psychométriques étaient en outre élevées, notamment du point de vue de l'anxiété et de la dépression. Lesdits médecins ont en outre diagnostiqué des douleurs chroniques post-traumatiques à la main droite (dominante) avec des éléments neuropathiques et nociceptifs, décrivant à cet égard une neuropathie avec une douleur de base brûlante et une allodynie prononcée, des douleurs myofasciales liées à la charge, ainsi qu'une douleur fantôme du doigt amputé. A titre de diagnostic différentiel, ils ont de surcroît évoqué un syndrome douloureux régional complexe en rémission partielle en lien avec des modifications trophiques rapportées à l'anamnèse, soulignant toutefois que les critères n'étaient actuellement pas remplis et qu'il n'était pas possible de poser un diagnostic *a posteriori*. Ils ont, pour le surplus, mentionné différentes options thérapeutiques, dont une thérapie psychosomatique stationnaire de trois semaines. Les Drs GG.\_\_\_\_\_ et HH.\_\_\_\_\_ ont également indiqué que l'incapacité de travail était totale dans l'ancienne activité et que l'intéressée avait en outre été mise en arrêt de travail complet par son psychiatre traitant en lien avec des troubles de la mémoire et de la concentration et des attaques de panique.

Mandaté expert par la X.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à un examen clinique de l'assurée le 29 septembre 2020, en présence d'un interprète de langue portugaise. Il s'est en outre vu adresser, le 12 octobre 2020, un rapport établi par le Dr G.\_\_\_\_\_ signalant en particulier une certaine amélioration sous traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI). Dans son rapport du 14 janvier 2021, l'expert W.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble dépressif de gravité légère (F32.0), premier

épisode, sans impact sur la capacité de travail. Il a plus particulièrement exposé ce qui suit :

"[...]

Nous nous trouvons face à une assurée qui est surtout émotive face à l'événement accidentel incriminé, mais surtout en relation avec l'arrêt des prestations de la X.\_\_\_\_\_, ce qui met la famille dans une situation économique difficile. Néanmoins, on ne relève pas d'apragmatisme, d'aboulie à proprement parler. Pour l'heure il n'y a pas non plus de suicidalité.

Persiste une certaine anxiété, survenant deux à trois fois par semaine, surtout en relation avec la crainte de son avenir économique et professionnel.

Nous pouvons conclure à un **trouble dépressif, premier épisode, de gravité légère** au maximum.

Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, en particulier d'arguments pour un état de stress post traumatique.

[...]

Nous nous trouvons face à une assurée qui ne paraît ni dramatique, ni ne tente d'amplifier ses difficultés. Il existe maintenant un trouble dépressif que l'on peut qualifier de gravité tout au plus légère.

On peut constater que Madame A.\_\_\_\_\_ s'adapte parfaitement aux règles et routines du quotidien. [...] Madame A.\_\_\_\_\_ est capable de structurer ses tâches. Elle a toujours fait preuve de bonnes capacités adaptatives. L'assurée s'exprime bien en français. Il n'y a pas d'altération du jugement et de prise de décision. Il s'agit d'une femme adéquate, qui a toujours assumé son rôle de mère, d'épouse, sa vie sociale et professionnelle. Madame A.\_\_\_\_\_ est apte à s'affirmer. [...] Les relations à autrui et dans un groupe ne sont pas perturbées. Les relations avec ses proches sont harmonieuses. Actuellement, l'assurée a repris des activités spontanées. Elle gère ses soins corporels, peut se déplacer. Madame A.\_\_\_\_\_ s'occupe aussi de ses deux enfants.

[...] Sa capacité de travail médico-théorique doit être considérée comme entière.

[...]

Si l'on reprend l'ensemble du dossier médical, nous constatons à la lecture du rapport du 25.02.2019 que l'assurée avait présenté une symptomatologie anxio-dépressive suite à un accident aux conséquences graves, nécessitant par la suite une amputation du majeur de la main droite, chez une patiente droitrière. L'évolution a été favorable [...] puisque dans le dernier rapport de Mme M.\_\_\_\_\_ du 02.12.2019, il n'est mentionné que de légers troubles cognitifs et de la concentration, par ailleurs non objectivables lors de notre examen clinique. De [plus], ceux-ci ne l'ont pas empêchée de

s'investir pleinement, depuis juin 2019, dans les mesures de réadaptation qui lui ont été proposées. Ce sont essentiellement les douleurs à la main droite qui ont été à l'origine de leur échec.

La symptomatologie actuelle semble être en relation avec la diminution des prestations de la X.\_\_\_\_\_, entraînant un sentiment de colère, de rage, mettant le couple dans une situation difficile. L'évolution a néanmoins été favorable grâce à la prise en charge psychiatrique et le cours naturel des choses. Il s'agit d'une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle.

En tous les cas, si on peut admettre une incapacité de travail probable depuis le début de la prise en charge par le Dr G.\_\_\_\_\_ au 09.06.2020, celle-ci est entière [sic] au plus tard au jour de l'expertise, soit le 29.09.2020.

[...]

Il existe dans cette situation des facteurs qui sortent du champ médical [...]. D'une part Madame A.\_\_\_\_\_ ne possède pas de formation de base certifiante, ni de connaissance des outils informatiques. Elle ne maîtrise pas bien le français écrit. On peut également relever la durée de l'éloignement du monde du travail, peut-être de faibles perspectives sur le marché de l'emploi. Pourtant, la volonté, la motivation et l'environnement familial et social peuvent être estimés comme très bon[s]."

A teneur d'un rapport établi le 26 janvier 2021 dans le contexte d'une hospitalisation du 6 au 27 janvier 2021 à l'Unité de lits psychosomatique [...] de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ la Dre JJ.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service de médecine psychosomatique dudit établissement, a posé les diagnostics de trouble douloureux chronique avec facteur somatiques et psychiques, d'état de stress post-traumatique sévère et d'épisode dépressif majeur actuel s'inscrivant dans le cadre des pathologies susdites.

Dans un rapport du 29 janvier 2021, les Drs BB.\_\_\_\_\_ et KK.\_\_\_\_\_ ont signalé une amélioration minimale depuis la dernière consultation, en particulier au niveau de la force. Ils ont relevé une symptomatologie d'allodynie dans la zone de la blessure, ainsi que des douleurs fantômes, voire neuropathiques. Du point de vue de la chirurgie de la main, ils ont constaté qu'aucune mesure n'était plus susceptible de permettre une amélioration ; sur ce plan, ils ont donc estimé que le traitement était terminé faute d'autres pistes chirurgicales. Ils ont en revanche préconisé la poursuite de l'ergothérapie et de la prise en charge

interdisciplinaire par le Centre de la douleur de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_. Ils ont également souligné la nécessité d'un suivi psychiatrique pour mieux gérer la douleur. La capacité de travail était toujours considérée comme nulle dans la précédente activité.

Par courrier du 4 février 2021 rédigé par son conseil, l'assurée a souligné que les conclusions de l'expert W.\_\_\_\_\_ n'étaient pas partagées par ses médecins, respectivement que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Elle a notamment produit :

- un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2021, expliquant que la symptomatologie dépressive était grave, caractérisée par une anhédonie, de la tristesse, une labilité affective, des angoisses, une perte de l'estime de soi, une perte de concentration, une peur/phobie des couteaux, des attaques de panique, un trouble du sommeil, des cauchemars avec flashbacks de l'accident, une peur de conduire et de provoquer un accident, des idées suicidaires scénarisées, ainsi qu'un sentiment important de culpabilité et d'être la responsable de la ruine de la famille. Le lien entre l'épisode dépressif et l'accident du 10 décembre 2018 était en outre attesté par la peur/phobie des couteaux, les attaques de panique, les flashbacks de l'accident, les idées suicidaires et la culpabilité. Le psychiatre a encore relevé que « *[d]ans les cas de stress post-traumatique[s], comme c'[était] le cas de A.\_\_\_\_\_, le pouvoir et le temps de récupération [étaient] très variables, présumiblement [sic] en rapport avec sa possible fragilité psychologique, sa biographie et d'autres facteurs inconnus* ». Dans la situation actuelle, aucune activité - même adaptée à l'état de la main droite - n'était exigible de la patiente ;

- un rapport du 2 février 2021 de la Dre JJ.\_\_\_\_\_ et du Dr II.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service de médecine psychosomatique de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, confirmant les diagnostics de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques, d'état de stress post-traumatique sévère et d'épisode dépressif majeur actuel dans le contexte des deux précédentes atteintes. La poursuite du traitement (suivi psychiatrique-psychothérapeutique avec médication,

physiothérapie et ergothérapie) était préconisée afin de soulager la douleur et d'améliorer la gestion des douleurs chroniques de même que les symptômes dépressifs et ceux relatifs à l'état de stress post-traumatique. Les Drs JJ.\_\_\_\_\_ et II.\_\_\_\_\_ ont ajouté que la capacité de travail n'était pas entière compte tenu de l'état de stress post-traumatique et de la dépression affectant l'intéressée.

Le 22 février 2021, l'assurée, par son conseil, a produit la lettre de sortie émise le 10 février 2021 par la Dre JJ.\_\_\_\_\_ et le Dr QQ.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service de médecine psychosomatique de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_. Il en résultait notamment que l'assurée - laquelle avait souhaité mettre fin à ses jours en août 2020 en se jetant sur la voie ferrée mais avait pu être retrouvée à temps par son mari - avait fait état d'une légère amélioration de son état après avoir pu profiter de l'offre thérapeutique au sein dudit service. Il était notamment relevé qu'une médication à base de gabapentine, prescrite en raison de la forte composante neuropathique des douleurs, avait permis une légère réduction de l'intensité de ces dernières. Pour le reste, un traitement psycho-, physio- et ergothérapeutique plus étroit était indiqué.

S'étant vu soumettre le cas, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de la X.\_\_\_\_\_, a fait part de ses conclusions dans un rapport du 8 mars 2021, validant pour l'essentiel les conclusions de l'expert W.\_\_\_\_\_ et du Dr EE.\_\_\_\_\_ et soulignant par ailleurs que les douleurs neuropathiques ne pouvaient pas être documentées objectivement mais qu'elles devaient être considérées comme cliniquement avérées dans le cadre de douleurs fantômes à la suite d'une autogreffe de doigt. Sur le plan thérapeutique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé qu'un traitement psychiatrique n'avait plus à être pris en charge au-delà du 21 juin 2019 ; quant à l'état de santé physique, il s'était stabilisé au plus tard en janvier 2021 et seule une médication antalgique relative à la douleur fantôme pouvait être reconnue comme traitement conservatoire. Cela posé, ledit médecin a estimé que la capacité de travail était complète depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 dans une activité adaptée. Au niveau de

l'atteinte à l'intégrité, un taux de 10 % était retenu sur la base de la table n° 3 émise par la Caisse nationale suisse d'assurance cas d'accidents - soit 6 % pour la perte du majeur droit (fig. 10), 3 % pour tenir compte de la transposition intervenue au niveau de l'index (50 % de la fig. 7) et 1 % pour les douleurs fantômes, étant précisé que les bons résultats obtenus sur les plans fonctionnel et médico-esthétique ne justifiaient pas de retenir une atteinte à l'intégrité supérieure à 10 %.

Par décision du 11 mars 2021, la X.\_\_\_\_\_ a retenu que son intervention à raison des suites psychiques de l'accident du 10 décembre 2018 devait se limiter aux frais encourus jusqu'au 30 juin 2019, conformément aux conclusions de l'expert W.\_\_\_\_\_ selon lesquelles l'état dépressif réactionnel à l'accident du 10 décembre 2018 s'était trouvé en rémission à ce moment. S'agissant des troubles somatiques, la X.\_\_\_\_\_ a repris les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ et a conséquemment décidé de mettre un terme aux prestations pour le 31 décembre 2020. Il était, pour le surplus, renoncé à demander la restitution des prestations déjà versées au-delà du 30 juin 2019, respectivement du 31 décembre 2020. La X.\_\_\_\_\_ a également considéré que le droit à la rente devait être nié dès lors que, selon les données statistiques, le salaire que l'assurée pourrait réaliser dans une activité adaptée était au moins équivalent à celui qu'elle touchait avant l'accident. Au niveau de l'atteinte à l'intégrité, la X.\_\_\_\_\_ a confirmé le taux de 10 % arrêté par son médecin conseil.

L'assurée, sous la plume de son conseil, a fait opposition à la décision susdite le 12 avril 2021, réfuté la stabilisation de son état de santé et sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'appréhender l'ensemble de ses atteintes à la santé et d'évaluer globalement leur impact sur la capacité de travail. L'intéressée a plus particulièrement contesté l'appréciation de l'expert W.\_\_\_\_\_ et les conclusions des Drs EE.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 28 juillet 2021, la X.\_\_\_\_\_ a partiellement admis l'opposition, en ce sens qu'elle a relevé le taux de

l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 12 %, et a pour le surplus maintenu son précédent prononcé. Sur le plan somatique, la X. \_\_\_\_\_ s'est référée à l'appréciation des Drs EE. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ et a de surcroît observé que le rapport de l'Hôpital E. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2021 confirmait qu'aucun traitement ne pouvait plus apporter d'amélioration notable. Considérant que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques décrites par le Dr K. \_\_\_\_\_, la X. \_\_\_\_\_ a conclu à une perte de gain nulle ne permettant pas de prétendre à une rente d'invalidité. Sur le plan psychique, l'assureur s'est référé aux conclusions de l'expert W. \_\_\_\_\_ et a de surcroît souligné que, selon la Dre N. \_\_\_\_\_, les limites psychiques de l'assurée avaient été atteintes avant l'accident. Elle en a déduit qu'aucun lien de causalité naturelle (et adéquate) ne subsistait au plan psychique au-delà du mois de juin 2019 et que c'était par conséquent à juste titre qu'il avait été mis fin dès cette date aux prestations versées de ce chef. Concernant les douleurs fantômes, la X. \_\_\_\_\_ a souligné qu'il s'agissait de douleurs non objectivables et que la causalité adéquate devait être examinée selon les critères développés pour les plaintes psychiques. A cet égard, l'assureur a estimé que l'événement du 10 décembre 2018 se situait dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure des accidents de peu de gravité, et que pour le reste, sur les sept critères définis en la matière par la jurisprudence, seul le critère relatif aux douleurs persistantes était réalisé *in casu* sans pour autant l'être de façon prononcée. Le lien de causalité adéquate devait par conséquent être nié, justifiant sous cet angle la fin du droit aux prestations d'assurance au 31 décembre 2020. S'agissant finalement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la X. \_\_\_\_\_ a accepté d'augmenter à 3 % le taux retenu pour les douleurs fantômes, portant ainsi à 12 % le taux de l'atteinte à l'intégrité subie par l'assurée.

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, A. \_\_\_\_\_ a recouru le 1<sup>er</sup> septembre 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation, au versement d'indemnités journalières au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2020 [sic] calculées sur la base d'une incapacité de travail totale, à

la prise en charge du traitement médical sur les plans somatique et psychique au-delà du 31 décembre 2020 et à ce que la X. \_\_\_\_\_ mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire après stabilisation de son état de santé afin d'évaluer son incapacité de travail et de statuer sur son taux d'invalidité. En substance, la recourante a contesté la stabilisation de son état de santé sur le plan physique, arguant que l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ - médecin ne l'ayant, du reste, jamais examinée - était contredit par les spécialistes de l'Hôpital E. \_\_\_\_\_, selon lesquels la poursuite des mesures thérapeutiques était indispensable et la reprise d'une quelconque activité professionnelle impossible. Sous l'angle psychique, l'intéressée a fait valoir que l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ reposait sur un examen incomplet du dossier, s'agissant en particulier du rapport établi le 16 décembre 2020 par les médecins de l'Hôpital E. \_\_\_\_\_ retenant un diagnostic d'état de stress post-traumatique sévère, ainsi que du rapport consécutif à l'hospitalisation intervenue en janvier 2021. La recourante a en outre contesté que ses troubles psychiques puissent être mis sur le compte de facteurs extra-médicaux et a soutenu que, dans la mesure où son atteinte somatique n'était pas stabilisée, il était par conséquent prématuré de procéder à l'analyse du lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. Elle a finalement fait valoir que seule une expertise pluridisciplinaire permettrait d'appréhender l'ensemble de ses atteintes à la santé et d'évaluer globalement leur impact sur sa capacité de travail. A l'appui de son recours, l'intéressée a notamment produit une attestation médicale émise le 31 août 2021 par la Dre N. \_\_\_\_\_ exposant que la patiente présentait avant son accident un « *petit stress au travail* » mais qu'elle souffrait en revanche de problèmes psychologiques graves depuis l'amputation d'un doigt de la main droite, constitutifs d'un état de stress post-traumatique.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 5 octobre 2021. Elle a notamment relevé qu'il importait peu que le Dr K. \_\_\_\_\_ n'ait pas personnellement examiné la recourante dans la mesure où ce médecin s'était fondé sur un dossier contenant suffisamment d'appréciations médicales résultant d'exams cliniques de l'intéressée. La X. \_\_\_\_\_ a en outre relevé que le traitement

devait être considéré comme terminé sur le plan somatique selon les médecins de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ et que, selon ces mêmes médecins, c'était l'aspect psychique qui se trouvait au premier plan. L'intimée a de surcroît souligné que l'expert W.\_\_\_\_\_ s'était fondé sur ses propres observations cliniques et avait du reste eu connaissance du rapport de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2020 mentionnant le diagnostic d'état de stress post-traumatique, de sorte qu'il était sans importance que le rapport du 16 décembre 2020 n'ait pas été inclus dans l'analyse de l'expert.

Répliquant le 12 novembre 2021, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions, faisant de surcroît valoir que, dans son rapport du 8 mars 2021, le Dr K.\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte de l'allodynie dont elle souffrait. En annexe, l'intéressée a notamment produit deux comptes-rendus relatifs à ses prises en charge physiothérapeutique et ergothérapeutique, dont il ressortait que les douleurs augmentaient significativement sans thérapie régulière (rapport d'OO.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2021 et rapport de l'ergothérapeute LL.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2021). L'intéressée a également versé en cause un rapport du 13 septembre 2021 de la Dre N.\_\_\_\_\_ confirmant les diagnostics de douleurs chroniques post-traumatiques de la main droite et d'état de stress post-traumatique, ainsi qu'un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2021 faisant mention d'un trouble de stress post-traumatique (F43.1) et d'un épisode dépressif modéré sans syndrome somatique (F32.10) et estimant que l'exercice d'une activité était limité à cinq heures par jour compte tenu des douleurs affectant la main et le bras droits et d'une perte de concentration.

Dupliquant le 15 décembre 2021, l'intimée a maintenu sa position. Elle a de surcroît renvoyé à un avis émis le 1<sup>er</sup> décembre 2021 par le Dr K.\_\_\_\_\_ et à sa traduction française, dont il résultait qu'aucun diagnostic d'allodynie n'avait été formellement posé par le corps médical et qu'il y avait ainsi lieu de s'en tenir au trouble douloureux chronique mentionné le 10 février 2021 par le Dr JJ.\_\_\_\_\_ et non à l'allodynie ergothérapeutique de la face palmaire de la main ou à l'allodynie

circonscrite à la zone de la blessure évoquée le 28 janvier 2021 par le Dr BB.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 25 janvier 2022, la recourante a contesté l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2021 et estimé que la problématique médicale ne se résumait pas aux suites de l'amputation subie mais portait plus généralement sur la gestion des douleurs.

Par acte du 18 février 2022, l'intimée a confirmé son point de vue.

Le 6 mai 2022, la recourante a produit un rapport établi le 10 avril 2022 par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté pour une évaluation de type appréciation de la capacité de travail (ACT) par l'assureur perte de gain U.\_\_\_\_\_. De ce rapport, on extrait notamment ce qui suit :

"Nous retenons, en premier lieu, un diagnostic d'**état de stress post-traumatique (F43.1)** en **relation de causalité naturelle** avec l'évènement de caractère accidentel survenu le 10.12.2018. Lors de celui-ci, l'intéressée a été directement exposée à une blessure grave et sanglante ayant conduit à une amputation, soit un évènement d'une grande violence et propre à engendrer ce type d'atteinte psychique.

Elle présente, depuis, un syndrome d'intrusion sous la forme de reviviscences traumatiques de l'évènement et de cauchemars en rapport avec celui-ci, ainsi qu'un sentiment intense de détresse psychique associé à des réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices pouvant évoquer cet évènement, notamment sous la forme de crises d'angoisse à sa simple évocation. L'intéressée présente également un évitement des stimuli lui rappelant sa coupure, ce qui engendre des particularités nouvelles de fonctionnement dans sa vie de famille, ainsi qu'un état émotionnel négatif persistant et une perturbation du sommeil apparus dans les suites de cet évènement. Ces symptômes sont présents depuis plus de trois ans, entraînent une souffrance significative et ne peuvent être reliés à une autre affection médicale.

L'ensemble des critères d'un état de stress post-traumatique selon la CIM-10 et le DSM-5 sont donc remplis, et ce au seuil de la vraisemblance prépondérante compte tenu de la franche symptomatologie objectivable durant notre entretien, de la plausibilité du discours de l'intéressée, de la consistance et de la cohérence des rapports médicaux de différents médecins depuis

plusieurs années, et de l'implication de l'intéressée dans sa démarche de soins.

La seule discordance dans cette situation se situe dans les conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_, qui ne retient pas ce diagnostic au terme de son expertise. On relève, toutefois, qu'une telle hypothèse est, de manière surprenante, très rapidement évacuée dans son rapport de 36 pages car il n'est fait mention de la recherche d'une telle symptomatologie qu'à la page 18 sous la forme d'une très courte phrase, non étayée, dans un chapitre mélangeant les plaintes et les constatations cliniques : « Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique ». Ce document, qui prête par ailleurs le flanc à la critique pour d'autres raisons abordées ci-après, n'est donc pas de nature à remettre en question l'existence d'une telle pathologie retenue par différents médecins de manière motivée, et dont les symptômes objectivables sont francs durant notre examen.

Nous retenons, par ailleurs, un diagnostic d'**épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)**. Les trois symptômes cardinaux de la dépression, soit une baisse de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution des intérêts et plaisirs, sont en effet présents depuis plus de deux semaines et sont associés aux sept symptômes secondaires que sont une baisse de l'estime personnelle, des idées de culpabilité et de honte, un pessimisme, des troubles de l'attention, des idées autoagressives, des troubles du sommeil et une baisse de l'appétit.

L'intéressée présente également un ralentissement psychomoteur, un manque de réactivité aux circonstances habituellement agréables, une perte de poids et une baisse de la libido, qui contribuent à caractériser un syndrome somatique. Cet épisode ne s'accompagne pas d'idées délirantes.

Un degré sévère de la dépression est retenu compte tenu du nombre et de l'intensité des symptômes, de leur retentissement sur la vie quotidienne et de la présence d'idées suicidaires. En l'absence d'antécédent dépressif, maniaque ou hypomaniaque, cet épisode ne s'inscrit pas dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent ou d'un trouble affectif bipolaire.

Il y a lieu de retenir que, sans l'évènement de caractère accidentel survenu le 10.12.2018, cet épisode dépressif ne se serait pas développé, ou ne serait pas survenu de la même manière. Il est probable que d'autres facteurs aient contribué au maintien ou à l'aggravation de cette atteinte, notamment l'incertitude de l'intéressée quant à son avenir professionnel, ses difficultés financières ou son vécu d'injustice lié aux conclusions de l'assurance Vaudoise. Toutefois, ces facteurs sont survenus postérieurement au développement de la symptomatologie dépressive, qui elle-même est apparue dans les suites de l'évènement. Celui-ci a engendré une rupture avec l'état thymique antérieur, dont rien ne permet d'avancer qu'il était fragilisé, et a constitué la condition sine qua non de l'apparition de l'épisode dépressif.

Rien ne vient appuyer l'hypothèse que cet épisode dépressif serait par la suite rentré en rémission complète pour laisser la place,

ultérieurement et après une période d'euthymie, au développement d'un deuxième épisode sans rapport avec la blessure de l'intéressée. Il faut relever, notamment, que l'intéressée n'a jamais cessé d'être suivie sur le plan psychologique ou psychiatrique depuis son accident, que les rapports médicaux figurant dans le dossier ne font pas état d'une évolution significativement favorable sur une durée prolongée, et que la détresse exprimée durant notre examen a principalement trait à une amputation mal vécue, à des douleurs persistantes de la main droite ainsi qu'aux conséquences financières et professionnelles de son accident, soit des éléments tous en rapport avec celui-ci.

Les conclusions divergentes du Dr W. \_\_\_\_\_ n'apparaissent pas consistantes et cohérentes. Il faut relever, tout d'abord, que les plaintes et constatations objectives de la sphère thymique sont retranscrites de manière particulièrement lacunaire dans son rapport, mélangées dans un seul et même paragraphe, et ne permettent pas d'évaluer la présence d'un épisode dépressif à la lumière des critères diagnostiques des classifications reconnues. Pour ne prendre qu'un exemple, il n'est pas fait mention de la recherche d'idées suicidaires, alors même qu'il est retranscrit en page 9 que l'intéressée évoque avoir fait « une bêtise » ayant conduit à la majoration de son traitement antidépresseur deux mois avant l'expertise ; cette « bêtise » étant une tentative de suicide par franchissement ferroviaire.

[...]

In fine, s'il est probable que l'intensité de la dépression ait fluctué depuis son apparition - une expertise aurait été nécessaire pour délimiter différentes phases -, il y a lieu de retenir, au seuil de la vraisemblance prépondérante, que l'évènement de caractère accidentel survenu le 10.12.2018 a constitué la condition sine qua non de l'apparition de l'épisode dépressif de l'intéressée et que celui-ci persiste jusqu'à ce jour. Partant, l'épisode dépressif actuel de l'intéressée est en **relation de causalité naturelle** avec cet accident.

[...]"

Par écriture du 21 juin 2022, la X. \_\_\_\_\_ a renvoyé à une prise de position du Dr W. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2022 considérant que le dossier soumis au Dr I. \_\_\_\_\_ n'était pas complet, que l'anamnèse établie par ce médecin était sommaire et que l'expertise de ce dernier n'était pas exhaustivement documentée.

Le 20 juillet 2022, la recourante a produit un compte-rendu établi le 18 juillet 2022 par le Dr I. \_\_\_\_\_, réfutant la position du Dr W. \_\_\_\_\_. Elle a par ailleurs indiqué que l'OAI allait mettre en œuvre une

expertise pluridisciplinaire et a sollicité la suspension de la procédure jusqu'à la reddition du rapport y relatif.

Se déterminant le 29 août 2022, l'intimée a confirmé son positionnement et s'est opposée à la suspension de la présente cause jusqu'à connaissance du rapport d'expertise en matière d'assurance-invalidité.

Le 30 août 2022, la recourante a produit un rapport du 22 août 2022 de la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, relevant l'existence de douleurs de la main droite avec allodynie et phénomènes vasomoteurs apparus dans les suites d'un traumatisme accidentel, constatant que l'examen neurologique était dans la norme, précisant que l'anamnèse était incompatible avec une radiculopathie et estimant que l'hypothèse d'un syndrome douloureux régional chronique était tout à fait envisageable dans le contexte donné.

Par écriture du 21 septembre 2022, l'intimée a maintenu son appréciation.

Par acte du 30 janvier 2023, la recourante, se référant à un rapport d'expertise du 23 janvier 2023 de l'Unité d'expertises médicales du Centre [...] (ci-après : Y.\_\_\_\_\_), a modifié ses conclusions et demandé à ce que la décision entreprise soit annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour calcul du taux d'invalidité et octroi d'une rente sur la base des conclusions dudit rapport d'expertise. En annexe étaient joints les différents comptes-rendus relatifs à l'expertise susdite, soit un rapport d'évaluation neurologique du 10 novembre 2022 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, un rapport d'évaluation psychiatrique établi le 8 décembre 2022 par les Drs H.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, un rapport d'évaluation de médecine interne du 23 janvier 2023 des Dres PP.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine interne générale, un rapport d'évaluation chirurgicale du 16 décembre 2022 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et

spécialiste en chirurgie de la main, ainsi qu'un rapport d'évaluation consensuelle établi le 23 janvier 2023 par les Drs PP.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ dont on extrait en particulier ce qui suit :

#### **"4. Évaluation consensuelle**

[...]

Du point de vue de la chirurgie de la main, [...] nous retenons le diagnostic de douleurs chroniques d'allure mixte post-amputation du 3ème rayon de la main droite avec une composante neurogène sur un status post enfouissement de névrome avec zone trigger résiduelle, la présence de douleurs fantômes et une composante musculaire en regard de l'adducteur post-transposition D2 en position D3. Le diagnostic d'épicondylite latérale gauche est par ailleurs également retenu.

Sur le plan neurologique, Madame A.\_\_\_\_\_ a été examinée par la Dre S.\_\_\_\_\_ neurologue en août 2022. L'ENMG est décrit comme normal. Un syndrome douloureux régional chronique a été évoqué. Sur les données de notre examen clinique, nous rejoignons également cet avis en raison des caractéristiques des douleurs qui sont évocatrices de ce syndrome avec au status un aspect noté un peu succulent et brillant de la peau de la main droite avec une diminution de la mobilité de la main.

Du point de vue psychiatrique, l'assurée à la suite de son accident a été prise en charge par une psychologue puis par la Dre DD.\_\_\_\_\_, psychiatre, pendant quelques mois avant le début d'un suivi par le Dr G.\_\_\_\_\_, thérapeute actuel, qui a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère et d'état de stress post traumatique. Une première expertise psychiatrique conclut en juin 2020 à un épisode dépressif léger. La seconde expertise psychiatrique effectuée en février 2022 reprend en revanche les diagnostics du psychiatre traitant d'épisode dépressif sévère et d'état de stress post traumatique.

Les plaintes psychiques actuelles sont une humeur triste, un manque d'envie, des troubles du sommeil et des ruminations. Au terme de l'entretien psychiatrique, nous retenons le diagnostic de trouble de stress post traumatique en raison des flash-backs et des cauchemars, des comportements d'éviction et du sentiment de menace permanente, ces éléments impactant les différents domaines de la vie. Nous partageons donc l'avis du psychiatre traitant et du second expert. Ce diagnostic a été écarté par le premier expert mais sans explication donnée. Nous retenons par ailleurs le diagnostic d'épisode dépressif en un seul épisode au vu des items thymiques retrouvés et de leur sévérité (tristesse, diminution de l'intérêt et du plaisir, diminution de l'énergie, fatigabilité, troubles cognitifs, idées suicidaires passagères, baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi), de l'absence dans l'anamnèse d'antécédent psychiatrique, et de l'absence de rémission des symptômes depuis leur installation. Les symptômes et leurs répercussions nous semblent avoir été particulièrement minimisés dans l'expertise de 2020.

[...]

Concernant les facteurs de surcharge, les problèmes financiers de l'assurée ont probablement été un facteur de risque de passage à l'acte dans le cadre de son épisode dépressif, mais les troubles thymiques sont présents depuis 2018 bien avant les difficultés financières. Il n'est pas retenu de facteur extra-médical déterminant.

[...]

Après discussion consensuelle, en analysant les différentes atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles occasionnées, nous estimons que la capacité de travail de Madame A. \_\_\_\_\_ est nulle dans son activité habituelle depuis le 10.12.2018 de manière définitive et que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 40% à partir de novembre 2019 sans modification du taux depuis.

[...]

Un suivi psychiatrique et psychothérapeutique se montre nécessaire pour les troubles dépressifs de l'expertisée ainsi que pour l'état de stress post traumatique. Ces mesures sont actuellement introduites. [...] La capacité de travail du point de vue psychiatrique ne peut pas être améliorée à moyen terme malgré l'introduction des mesures médicales et de réadaptation étant donné la chronicité et la gravité des symptômes. Une réévaluation est proposée dans deux ans. Nous ne pouvons actuellement pas nous prononcer sur l'efficacité de l'adaptation du traitement, y compris l'étendue du succès attendu."

Se déterminant le 3 mars 2023, la X. \_\_\_\_\_ a confirmé sa position.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile - compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) - auprès du tribunal

compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents des suites de l'événement intervenu le 10 décembre 2018. Il y a plus spécifiquement lieu de déterminer si la X.\_\_\_\_\_ était fondée à considérer l'état de santé de la recourante comme stabilisé et à mettre un terme à la prise en charge du traitement médical ainsi qu'au versement des indemnités journalières et, corrélativement, à se prononcer sur point de vue du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

C'est le lieu de préciser que si la recourante a certes formellement modifié ses conclusions le 30 janvier 2023, pour requérir exclusivement l'octroi d'une rente fondée sur les conclusions des experts d'Y.\_\_\_\_\_, l'intéressée, ce faisant, a changé d'axe d'argumentation sans pour autant cesser de contester globalement la position - inchangée - de l'intimée. Il faut dès lors admettre que l'objet du litige demeure malgré tout matériellement inaltéré.

Tout au plus ajoutera-t-on, au demeurant, que dans la mesure où il appartient à la Cour de céans de vérifier la conformité au droit de la décision sur opposition rendue le 28 juillet 2021 par la X.\_\_\_\_\_, il lui appartient, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de statuer sur l'objet du litige sans être liée par les conclusions des parties ; en ce sens, elle peut examiner l'ensemble des aspects du rapport juridique litigieux, y compris ceux qui n'ont soulevé aucune contestation entre les parties (cf. Jean Métral, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 75 ad art. 61 LPGA).

**3. a)** L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al.

1 LAA). Le catalogue des prestations comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1). 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, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C\_210/2018 du 17 juillet 2018 consid. 3.2.3.1). Par ailleurs, la clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (TF 8C\_210/2018 précité loc. cit.).

**b)** Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

**aa)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Ainsi, le seul fait que des symptômes douloureux ne se 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* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5) : il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

**bb)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit (ATF 115 V 403 consid. 4a ; TF 8C\_662/2022 du 25 août 2023 consid. 4.2).

**aaa)** En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**bbb)** 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. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

**ccc)** En présence de troubles qui sont en relation de causalité naturelle avec l'accident mais ne reposent pas sur un déficit organique objectivable (ATF 140 V 356 consid. 3.2), l'examen de la causalité adéquate se fait en application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques consécutifs à un accident telle que décrite ci-dessus (cf. consid. 3b/bb/bbb supra).

**c)** En cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, l'examen de la causalité adéquate doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 6.1 ; TF 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5 et les références citées).

**4.** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une analyse complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**5.** Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté ni contestable que l'événement du 10 décembre 2018 constitue bien un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Il est par ailleurs constant que, suite à cet événement, diverses atteintes ont été rapportées. A cet égard, la X.\_\_\_\_\_ a plus spécifiquement fondé sa position sur des atteintes somatiques stabilisées au 31 décembre 2020, des atteintes neuropathiques non objectivables et sans lien de causalité adéquate avec l'événement du 10 décembre 2018, ainsi que des atteintes psychiques ne pouvant plus être mises en lien de causalité avec l'accident au-delà du mois de juin 2019.

**a)** A titre liminaire, il y a lieu de noter que plusieurs pièces médicales ont été versées en cause au cours de la présente procédure judiciaire. Si elles sont certes postérieures à la décision attaquée rendue le 28 juillet 2021, elles doivent néanmoins être prises en considération dans la mesure où elles concernent l'évolution de la situation médicale avant cette date et sont conséquemment susceptibles d'influencer l'appréciation du cas (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

On ajoutera encore qu'il importe peu que parmi ces pièces figurent deux expertises réalisées sur mandat d'autres assureurs. On ne saurait en effet d'emblée considérer qu'un rapport d'expertise réalisé dans le cadre d'une procédure tierce n'aurait pas de valeur probante dans le domaine de l'assurance-accidents (voir dans ce sens TF 8C\_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 4 pour une expertise de l'assurance-accidents utilisée en assurance-invalidité).

**b)** Sur le plan strictement traumatologique, il est constant que l'assurée s'est coupé le majeur droit le 10 décembre 2018 et que cette

lésion a abouti à l'amputation de ce même doigt et à un repositionnement de l'index droit. La nature traumatique de ces lésions n'est en outre pas controversée. A ce stade, il convient donc de déterminer si les lésions organiques constatées à la suite de l'accident du 10 décembre 2018 ont connu une stabilisation au 31 décembre 2020, justifiant l'interruption du droit au traitement médical et aux indemnités journalières tel décidée par l'intimée.

A cet égard, il y a lieu de rappeler que nonobstant des limitations persistantes au niveau de la mobilité et de la force (cf. en particulier rapports des ergothérapeutes LL.\_\_\_\_\_ et MM.\_\_\_\_\_ des 2 juillet 2019 et 16 juin 2020 ; cf. également rapport de la Dre N.\_\_\_\_\_ des 25 mai et 3 juin 2020), l'évolution suite aux traitements chirurgicaux réalisés en décembre 2018 a été décrite comme positive (cf. rapports des 3 avril, 31 mai 2019 et 7 août 2019 des spécialistes de la Clinique universitaire de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_). L'intervention réalisée le 11 novembre 2019 a encore amené une amélioration en particulier au niveau de l'extension du doigt (cf. rapport de la Dre CC.\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2020) et l'évolution a ensuite suivi un cours favorable notamment au niveau de la mobilité et de la force (cf. rapport de la Dre CC.\_\_\_\_\_ du 20 mars 2020 et rapport des Drs BB.\_\_\_\_\_ et KK.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2021 ; voir également rapport des physiothérapeutes LL.\_\_\_\_\_ et MM.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2020) mais aussi de l'extension des doigts et de la fermeture du poing (cf. rapport des Drs CC.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2020). Dans ces conditions, les spécialistes de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ ont estimé que le traitement avait atteint son terme, au plan chirurgical, dès le mois de janvier 2021 faute de plus amples mesures susceptibles d'apporter une amélioration (cf. rapport des Drs BB.\_\_\_\_\_ et KK.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2021). D'un point de vue médical, l'absence de récupération complète de la fonction de la main était du reste escomptée (cf. rapports du 6 septembre 2019 et du 20 mars 2020 de la Dre CC.\_\_\_\_\_); on relèvera, sur ce point, que les experts d'Y.\_\_\_\_\_ ont, d'ailleurs, corroboré que le déficit de force était inhérent à une résection de rayon et qu'une récupération totale de la fonctionnalité

de la main n'était pas envisageable (cf. rapport d'expertise des Drs J.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2022 p. 10 s.).

Sur la base de tels éléments, on peut considérer comme probante l'appréciation des médecins conseils de la X.\_\_\_\_\_ - qui n'ont certes pas personnellement examiné la recourante mais dont les avis se basent néanmoins sur des évaluations médicales fondées sur un examen concret (TF 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références citées) - estimant que les traitements pour le volet traumatologique se justifiaient jusqu'à la fin de l'année 2020 (cf. avis du Dr EE.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2020), respectivement que l'on pouvait à cet égard conclure à une stabilisation de l'état de santé dès le mois de janvier 2021 (cf. avis du Dr K.\_\_\_\_\_ du 8 mars 2021).

Il résulte de ce qui précède qu'au plan strictement traumatologique, à défaut de traitement susceptible d'améliorer significativement les atteintes traumatiques induites par l'accident du 10 décembre 2018, la stabilisation du cas au 31 décembre 2020 n'apparaît pas critiquable.

Par surabondance, on notera que le rapport d'expertise d'Y.\_\_\_\_\_ ne met en évidence aucun élément plaidant à l'encontre de l'appréciation qui précède. Certes, ledit rapport comporte pour la première fois la référence à une épicondylite latérale débutante du coude gauche. Cette symptomatologie est toutefois manifestement postérieure à la date déterminante de la décision du 28 juillet 2021, qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 et les références citées). Quoi qu'il en soit, les experts ont signalé des douleurs mécaniques débutantes du coude gauche par surutilisation de la main gauche (cf. rapport d'évaluation chirurgicale des Drs J.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2022 p. 4 et 10 ; cf. rapport d'évaluation de médecine interne des Dres PP.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2023 p. 15), mais n'en ont pas moins conclu à une main gauche fonctionnelle (cf. rapport d'évaluation chirurgicale des Drs J.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2022 p. 11 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle des Drs

PP.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2023 p. 5). Ainsi, même à admettre que cette atteinte ne soit pas temporellement extrinsèque à la présente affaire, elle ne serait malgré tout pas propre à engager en l'état la responsabilité de l'assureur-accidents, en présence d'une fonction encore préservée du membre supérieur gauche.

**b)** Une symptomatologie algique a en outre été rapportée.

**aa)** A cet égard, les médecins de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ ont conclu à des douleurs chroniques post-traumatiques à la main droite avec des éléments neuropathiques et nociceptifs (cf. rapport du 16 décembre 2020 des Drs GG.\_\_\_\_\_ et HH.\_\_\_\_\_ ; cf. également rapport de la Dre N.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2021), respectivement à un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (cf. rapport de la Dre JJ.\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2021, rapport des Drs JJ.\_\_\_\_\_ et II.\_\_\_\_\_ du 2 février 2021 et lettre de sortie du 10 février 2021 des Drs JJ.\_\_\_\_\_ et QQ.\_\_\_\_\_). Ces médecins ont en outre évoqué l'éventualité d'un syndrome douloureux régional complexe en lien avec des modifications trophiques anamnestiques, mais ils ont renoncé à poser un tel diagnostic au motif que les critères y relatifs n'étaient alors pas remplis et qu'il n'était pas possible de se prononcer *a posteriori* (cf. rapport du 16 décembre 2020 des Drs GG.\_\_\_\_\_ et HH.\_\_\_\_\_). Sur cette base, le Dr K.\_\_\_\_\_ a donc conclu à l'absence d'atteinte neurologique documentée objectivement (cf. avis du Dr K.\_\_\_\_\_ du 8 mars 2021) et la X.\_\_\_\_\_ a conséquemment procédé à l'analyse du lien de causalité adéquate sur la base des critères jurisprudentiels développés pour les troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique (cf. décision du 11 mars 2021 et décision sur opposition du 28 juillet 2021).

Il apparaît néanmoins que les documents ultérieurement versés au dossier sont venus jeter un autre éclairage sur la symptomatologie douloureuse de l'assurée, la Dre S.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 22 août 2022) comme les experts d'Y.\_\_\_\_\_ mandatés par l'OAI (cf. rapport d'évaluation neurologique du 10 novembre 2022 et rapport

d'expertise du 23 janvier 2023) ayant évoqué un diagnostic de syndrome douloureux régional complexe.

**aaa)** Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS [*complex regional pain syndrom*]) appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (TF 8C\_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ce trouble – également connue sous les noms d'algo(neuro)dystrophie ou maladie de Sudeck – fait l'objet des critères de diagnostic dits « *de Budapest* » (cf. Claude Spicher/Jean-Pierre Estebe/Eva Létourneau/Tara Packham/Philippe Rossier/Jean-Marie Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], in : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27, p. 62 à 64) :

- 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant ;
- 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
  - i. Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie,
  - ii. Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau,
  - iii. Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation,
  - iv. Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ;
- 3) Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :
  - i. Sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire),
  - ii. Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau,

- iii. Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation,
  - iv. Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ;
- 4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes.

**bbb)** En l'occurrence, il appert tout d'abord que les diagnostics successifs de douleurs chroniques post-traumatiques avec éléments neuropathiques et nociceptifs, respectivement de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques retenus par les médecins de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ ne sont guère motivés mais semblent davantage avoir été posés pour refléter l'étendue des plaintes rapportées. Il faut par ailleurs souligner que ces médecins ont évoqué le 16 décembre 2020 un diagnostic différentiel sous forme de syndrome douloureux régional complexe alors en rémission partielle, en lien avec des modifications trophiques rapportées à l'anamnèse. S'ils ont certes invoqué l'absence de réalisation des critères de Budapest au moment de leur examen et l'impossibilité de se déterminer *a posteriori* pour renoncer à retenir formellement un tel diagnostic, les obstacles ainsi avancés doivent cependant être appréhendés avec circonspection dès lors que ces mêmes médecins ont parallèlement signalé, notamment le 16 décembre 2020, une problématique sensorielle et des troubles de la motricité - soit des éléments figurant parmi les critères susdits. Leur évaluation ne peut donc être considérée comme une base suffisante pour réfuter un syndrome douloureux régional complexe. Ces éléments auraient, du reste, pu et dû être relevés par le médecin conseil de la X.\_\_\_\_\_.

Cela posé, on observe que la neurologue S.\_\_\_\_\_ a estimé le 22 août 2022 qu'une telle pathologie était envisageable dans le cas de l'assurée, compte tenu de douleurs de la main droite avec allodynie et phénomènes vasomoteurs apparus dans les suites d'un traumatisme accidentel, en présence d'un examen neurologique dans la norme. Quant à l'expert F.\_\_\_\_\_, il ne s'est pas expressément positionné du point de

vue de la réalisation des critères de Budapest. Il résulte en tous les cas de son évaluation que l'assurée a rapporté spontanément une altération de la coloration et de la température de sa main droite, parfois gonflée, des douleurs à l'effleurement de la paume et des lâchages d'objets induits par des douleurs électrisantes. L'expert neurologue a en outre observé, lors de l'examen clinique, la présence d'une allodynie très sévère, une modification de la trophicité sous forme d'altération du tissu cutané et un fort ralentissement des mouvements fins. Il a estimé que les anomalies étaient cohérentes avec les plaintes, a souligné qu'aucune lésion nerveuse n'avait pu être objectivée et a, sur cette base, conclut à un tableau compatible avec un syndrome douloureux régional complexe (cf. rapport d'évaluation neurologique du 10 novembre 2022 p. 3 s.). Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts d'Y.\_\_\_\_\_ ont conséquemment estimé qu'il y avait lieu de se rallier à l'avis de la Dre S.\_\_\_\_\_ en raison des caractéristiques des douleurs qui étaient évocatrices d'un tel syndrome avec au status un aspect un peu succulent et brillant de la peau de la main droite accompagné d'une diminution de la mobilité de la main (cf. rapport d'expertise du 23 janvier 2023 p. 3). Ces rapports viennent donc renforcer l'idée d'un possible syndrome douloureux régional complexe, sans toutefois que l'on puisse se prononcer clairement à cet égard. Sur ce point, on soulignera qu'il n'appartient pas au juge de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (TF 8C\_724/2021 du 8 juin 2022 consid. 4.1.2).

**bb)** Pour admettre un lien de causalité (naturelle et adéquate) entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.1 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références) :

- a) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;

- b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;
- c) une courte période de latence entre l'apparition de l'algodystrophie et l'événement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci, soit au maximum six à huit semaines.

Dans le cas d'espèce, il est constant que l'accident du 10 décembre 2018 a provoqué une lésion importante du majeur droit, conduisant à son amputation et au repositionnement de l'index droit. Les pièces au dossier montrent que l'assurée était dans un premier temps peu algique mais qu'elle présentait une légère hypertrichose à droite (cf. rapport des Drs D.\_\_\_\_\_ et AA.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2019) ; elle n'éprouvait pas de douleurs fantômes (rapport des Drs L.\_\_\_\_\_ et AA.\_\_\_\_\_ du 3 avril 2019) et était essentiellement gênée par le manque de force (cf. rapport des Drs BB.\_\_\_\_\_ et AA.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2019). Des douleurs, voire des douleurs fantômes, et des dysesthésies ont ensuite été rapportées (cf. rapport des ergothérapeutes LL.\_\_\_\_\_ et MM.\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2019 ; cf. rapport du Dr AA.\_\_\_\_\_ du 7 août 2019 ; cf. rapport de la Dre CC.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2019). Parallèlement, dans le cadre de mesures d'intervention précoce mises en œuvre par l'OAI dès le printemps 2019, l'assurée a signalé des lâchages d'objets, une hypersensibilité au niveau de la main droite, une sensation récurrente d'endormissement de cette main, ainsi que des douleurs irradiant jusque dans le haut du bras. En octobre 2019, à l'issue des mesures susdites, l'intéressée s'est plainte de douleurs massives et les investigations qui s'en sont suivies ont notamment mis en évidence une gêne au niveau du matériel d'ostéosynthèse, un névrome provenant probablement des nerfs réséqués de l'ancien troisième rayon et une allodynie palmaire avec douleurs neuropathiques (cf. rapport de la Dre CC.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2019). Une intervention a conséquemment été pratiquée le 11 novembre 2019 (à savoir une ablation du matériel d'ostéosynthèse avec ténolyse, neurolyse palmaire et résection d'un névrome), sans pour autant aboutir à une disparition de la symptomatologie douloureuse. On constate en effet que dès le mois de

janvier 2020, des douleurs fantômes et une hypersensibilité avec allodynie palmaire ont été signalées au niveau de la main droite (cf. rapports de la Dre CC.\_\_\_\_\_ du 7 janvier et 20 mars 2020). Des douleurs chroniques ont également été rapportées au début du mois de juin 2020 (cf. rapport de la Dre N.\_\_\_\_\_ du 3 juin 2020), mais sans allodynie au niveau des cicatrices (cf. rapport des Drs CC.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2020). Les plaintes ultérieures ont mis en évidence des douleurs fantômes ou neuropathiques et une symptomatologie d'allodynie avec des zones hypersensibles et des dysesthésies intermittentes (cf. rapport des ergothérapeutes LL.\_\_\_\_\_ et MM.\_\_\_\_\_ du 16 juin 2020 ; cf. rapport de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2020 ; cf. rapports des Drs BB.\_\_\_\_\_ et KK.\_\_\_\_\_ des 12 novembre 2020 et 29 janvier 2021).

Cela posé, on doit constater que des anomalies au niveau de la trophicité ont été constatées après les interventions chirurgicales induites par l'accident du 10 décembre 2018. S'en sont progressivement suivis d'autres symptômes caractéristiques d'un syndrome douloureux régional complexe (notamment au niveau des douleurs, de l'allodynie, de la motricité ou de la trophicité) - étant du reste relevé que dans ce contexte, les symptômes sont généralement plus fréquents que les signes cliniques et variables dans le temps (cf. François Luthi/Pierre-Alain Buchard/Antonio Cardenas/Christine Favre/Michel Fédou/Marlène Foli/Jean Savoy/Jean-Luc Turlan/Michel Konzelmann, Syndrome douloureux régional complexe, Revue Médicale Suisse 2019, vol. 15, p. 497). Le dossier de la cause ne contient, en outre, aucun indice dans le sens d'un autre facteur causal de nature non traumatique. Enfin, l'apparition des premiers symptômes (trophicité altérée) semble être intervenue à la fin du mois de janvier 2019, soit moins de huit semaines après l'accident. Or, pour considérer le critère relatif au temps de latence comme établi, il est déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (TF 8C\_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2 ; TF 8C\_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5 et références citées).

Les éléments qui précèdent mettent par conséquent en évidence la nécessité d'interpeller un médecin, cas échéant un expert, afin d'évaluer la question de la causalité naturelle.

**cc)** Enfin, les pièces au dossier ne permettent pas de déterminer si l'atteinte évoquée était ou non stabilisée au 31 décembre 2020, respectivement au moment où l'intimée a rendu la décision sur opposition litigieuse le 28 juillet 2021.

Il convient en effet de noter que le traitement du syndrome douloureux régional complexe repose sur une approche multidisciplinaire, tant sur le plan de la rééducation que sur le plan médicamenteux (cf. Luthi/Buchard/Cardenas/ Favre/Fédou/Foli/Savoy/Turlan/Konzelmann, op. cit., p. 498 ss). Or, en l'espèce, il apparaît que le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe n'a été que tardivement mentionné, ce qui s'est reflété sur la mise en œuvre d'un traitement spécifique à ce type d'atteinte. Il s'avère certes qu'une prise en charge multidisciplinaire de trois semaines a été mise en œuvre en janvier 2021 sous l'égide du Service de médecine psychosomatique de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ et que des traitements physiothérapeutique et ergothérapeutique ont perduré en 2021 (cf. rapport d'OO.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2021 et rapport de l'ergothérapeute LL.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2021), mais il n'en demeure pas moins qu'une thérapie interdisciplinaire au Centre de la douleur de ce même établissement était préconisée pour la suite (cf. rapport du 29 janvier 2021 des Drs BB.\_\_\_\_\_ et KK.\_\_\_\_\_, rapport du 2 février 2021 des Drs JJ.\_\_\_\_\_ et II.\_\_\_\_\_ et rapport du 10 février 2021 des Drs JJ.\_\_\_\_\_ et QQ.\_\_\_\_\_) et que l'on ignore, en l'état, si cette thérapie a effectivement été implémentée et si elle a éventuellement abouti à une évolution significative de la situation. A cet égard, il est révélateur de souligner que l'expert F.\_\_\_\_\_ a estimé en novembre 2022 qu'un suivi auprès d'un centre spécialisé de la douleur s'imposait (cf. évaluation neurologique du 10 novembre 2022 p. 4) - ce qui laisse à penser non seulement que la prise en charge multidisciplinaire précédemment évoquée n'a pas pu avoir lieu ou alors uniquement de manière incomplète,

mais également et surtout qu'un bénéficiaire pouvait éventuellement encore être escompté d'une poursuite de la thérapie. Rien au dossier ne permet toutefois d'apporter une réponse satisfaisante à ces conjectures. Il s'ensuit qu'il n'est en l'état pas possible pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si la poursuite du traitement médical sous l'angle d'un syndrome douloureux régional complexe serait susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assurée au sens de l'art. 19 al. 1 LAA.

**dd)** L'instruction, du point de vue d'un possible syndrome douloureux régional complexe, apparaît donc lacunaire.

**c)** Il est par ailleurs constant que la recourante a rapporté des plaintes relevant de la sphère psychique consécutivement à l'accident du 10 décembre 2018.

**aa)** Se prononçant le 14 janvier 2021 sur mandat de la X.\_\_\_\_\_, l'expert W.\_\_\_\_\_ a conclu à un trouble dépressif de gravité légère. Il a plus particulièrement retenu que l'assurée avait probablement présenté un état dépressif réactionnel des suites de l'accident du 10 décembre 2018 et que ce trouble avait ensuite rapidement connu une évolution favorable, pour atteindre un stade de rémission au plus tard en juin 2019. Pour l'expert, la symptomatologie actuelle était essentiellement réactionnelle à la situation asséculo-logique et financière (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2021 p. 21 ss).

Cette appréciation ne convainc cependant pas.

Tout d'abord, on relève que sur le plan de l'humeur, le Dr W.\_\_\_\_\_ a réfuté toute suicidalité (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2021 p. 25) et a tout au plus mentionné que l'assurée indiquait avoir « *fait une bêtise* » en juillet 2020, sans autre précision (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2021 p. 9). Du rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 18 août 2020 et du rapport des Drs JJ.\_\_\_\_\_ et QQ.\_\_\_\_\_ du 10 février 2021, il ressort néanmoins que l'intéressée, dans un contexte conjuguant des troubles

psychiques et somatiques et la diminution des prestations de la X.\_\_\_\_\_, a souhaité mettre fin à ses jours en projetant de se jeter sur la voie ferroviaire dans le courant du mois d'août 2020 et que c'est son mari qui l'en a empêchée. De toute évidence, une telle démarche, si elle n'équivaut certes pas à un tentamen avéré, ne relève pas pour autant d'une simple « *bêtise* » et ne cadre manifestement pas avec l'absence de suicidalité et la rémission de l'état anxio-dépressif mises en avant par l'expert W.\_\_\_\_\_. Ce dernier a en outre réfuté l'existence d'un état de stress post-traumatique en une seule ligne (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2021 p. 25), sans aucune motivation, pour ultérieurement nier cette atteinte en procédant à une analyse cantonnée aux « *facteurs intercurrents* » postérieurs à l'accident (problèmes familiaux, conjugaux, professionnels, personnels, médicaux ou bénéfice financier) et en s'appuyant sur des considérations relevant de la causalité adéquate (cf. prise de position du 16 juin 2022 p. 6 : « *L'événement accidentel incriminé peut être dès lors qualifié de gravité légère à moyenne. Il n'est pas de nature à provoquer, par le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, des troubles psychiques évoluant vers un état de stress post-traumatique* ») - soit une question de droit, qu'il incombe au juge et non au corps médical de trancher (cf. consid. 3b/bb supra). Intrinsèquement, l'appréciation de l'expert W.\_\_\_\_\_ prête donc le flanc à la critique.

A cela s'ajoute que les considérations émises par l'expert W.\_\_\_\_\_ négligent plusieurs éléments au dossier. A ce propos, force est d'admettre que les troubles psychiques initialement mis en avant suite à l'accident du 10 octobre 2018 semblaient s'inscrire dans un contexte psycho-social visiblement complexe (cf. rapport de la Dre N.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2019), lequel a cependant été relativisé dans un second temps pour être qualifié de « *petit stress* » professionnel (cf. rapport de la Dre N.\_\_\_\_\_). Quoi qu'il en soit, un diagnostic d'épisode dépressif majeur en lien avec l'aspect traumatique de l'accident a été posé le 18 décembre 2019 par la Dre DD.\_\_\_\_\_, laquelle n'a dès lors pas rattaché le trouble diagnostiqué aux revers subis par l'assurée sur les plans asséculo-logique, personnel, professionnel ou financier. Une péjoration a ensuite été signalée le 28 janvier 2020 par la psychologue M.\_\_\_\_\_, en lien avec

l'évolution depuis la dernière opération et non avec le contexte psychosocial de la patiente. Une amélioration a ultérieurement été rapportée le 27 mars 2020 par la Dre DD.\_\_\_\_\_, nonobstant la persistance d'une fragilité psychologique et de symptômes anxio-dépressifs. Cette amélioration a été implicitement corroborée par le Dr G.\_\_\_\_\_ qui a retenu, le 12 juin 2020, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. C'est en revanche un état dépressif grave qui a été attesté par ce médecin le 18 août 2020, soit à une époque où l'assurée avait pour dessein de mettre fin à ses jours, avant une nouvelle évolution positive sous TPPI (cf. rapport du 12 octobre 2020). Parallèlement, le 3 juin 2020, la Dre N.\_\_\_\_\_ a évoqué en particulier un possible état de stress post-traumatique également discuté par les spécialistes en psychosomatique de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, lesquels ont de surcroît signalé des valeurs psychométriques élevées du point de vue de l'anxiété et de la dépression (cf. rapports des 16 décembre 2020, 26 janvier 2021 et 2 février 2021). Le Dr G.\_\_\_\_\_ a par la suite encore signalé une symptomatologie dépressive et un état de stress post-traumatique dans ses rapports ultérieurs (cf. rapports des 27 janvier et 25 septembre 2021). Au final, il apparaît ainsi qu'une problématique psychique - certes fluctuante - a continuellement été rapportée par le corps médical mais que ces éléments n'ont fait l'objet d'aucune discussion motivée de la part de l'expert W.\_\_\_\_\_ que ce soit dans le rapport d'expertise du 14 janvier 2021 ou son complément du 16 juin 2022. On constate, en d'autres termes, que l'expert susdit n'a que superficiellement tenu compte de l'évolution de la symptomatologie entre le mois de juin 2019 et l'époque de l'expertise.

Par ailleurs et surtout, les conclusions de l'expert W.\_\_\_\_\_ sont réfutées par les deux expertises psychiatriques produites au cours de la présente procédure judiciaire. Tant l'expert I.\_\_\_\_\_, mandaté par l'assureur perte de gain U.\_\_\_\_\_, que les experts d'Y.\_\_\_\_\_, mandatés par l'OAI, ont posé un diagnostic d'état de stress post-traumatique en se basant sur leurs constatations cliniques et la symptomatologie présente depuis l'accident (syndrome d'intrusion, évitement, état émotionnel négatif avec perturbation du sommeil), se distançant ainsi de l'opinion

discordante émise sans réelle motivation par l'expert W.\_\_\_\_\_. L'expert I.\_\_\_\_\_ et les spécialistes d'Y.\_\_\_\_\_ ont en outre retenu un diagnostic d'épisode dépressif grave en répertoriant abondamment les différents symptômes pertinents (en particulier une baisse de l'humeur, une réduction de l'énergie, une diminution du plaisir et des intérêts, une baisse de l'estime personnelle, des troubles cognitifs et des idées auto-agressives), leur évolution globale, leur impact et leur intensité. Ils ont en outre souligné une banalisation, de la part de l'expert W.\_\_\_\_\_, de la gravité des symptômes anxieux et dépressifs. Concernant plus précisément la tentative de suicide du mois d'août 2020, les spécialistes d'Y.\_\_\_\_\_ ont en particulier expliqué que cet épisode était le résultat d'une symptomatologie dépressive en aggravation depuis plusieurs mois et que la problématique asséculogique n'avait joué qu'un rôle de facteur favorisant le passage à l'acte. Enfin, les experts ont univoquement considéré que les diagnostics retenus étaient imputables à l'accident du 10 décembre 2018, validant ainsi l'existence d'un lien de causalité naturelle (cf. rapport d'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ du 10 avril 2022 p. 12 ss ; cf. rapport d'évaluation psychiatrique des experts H.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2022 p. 7 ss ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 23 janvier 2023 p.3 ss).

En conséquence de ce qui précède, il y a lieu de nier toute valeur probante aux conclusions de l'expert W.\_\_\_\_\_ et de se fonder sur les évaluations concordantes et dûment motivées de l'expert I.\_\_\_\_\_ et des spécialistes d'Y.\_\_\_\_\_ reconnaissant à la recourante un trouble de stress post-traumatique et un épisode dépressif grave sans symptômes psychotiques en lien de causalité naturelle avec l'accident du 10 décembre 2018. Tout au plus soulignera-t-on ici, par surabondance, que les avis des médecins traitants de l'assurée tels que décrits plus haut plaident également dans ce sens.

Attendu toutefois que les pièces au dossier ne permettent pas de se positionner sur la question d'un possible syndrome douloureux régional complexe, considéré comme une atteinte à la santé relevant de la sphère somatique (cf. consid. 5b supra), il ne saurait dès lors être procédé

à ce stade à l'examen de la causalité adéquate des troubles psychiques développés de manière additionnelle, à la suite de l'accident du 10 décembre 2018 (cf. consid. 3c supra).

**d)** Par voie de conséquence, il y a lieu de retenir que la décision attaquée ne saurait être maintenue en tant qu'elle se fonde sur des prémisses incomplètes et/ou erronées pour mettre un terme au versement des prestations de courte durée (art. 10 et 16 LAA) au 31 décembre 2020 sur le plan somatique et au 30 juin 2019 sur le plan psychique. Il convient plus particulièrement de renvoyer la cause à la X.\_\_\_\_\_ afin qu'elle éclaire la question d'un possible syndrome douloureux régional complexe (sous l'angle du diagnostic, de la causalité et de la stabilisation d'une telle atteinte), à charge pour elle d'interpeller le Service de médecine psychosomatique de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ puis de procéder, cas échéant, à toute mesure d'investigation supplémentaire pertinente. Il lui incombera ensuite de reprendre l'examen du cas et de statuer conformément à l'art. 19 al. 1 LAA sur l'ensemble des prétentions de la recourante des suites des troubles induits par l'accident du 10 décembre 2018.

L'intimée est en outre rendue expressément attentive au fait qu'elle a d'ores et déjà admis un taux de 12 % pour l'atteinte à l'intégrité subie à la main droite du fait des lésions traumatiques occasionnées par l'accident du 10 décembre 2018. Sauf nouveau développement médical significatif, un taux inférieur ne pourra donc pas être retenu.

Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties, ni de donner suite aux mesures d'instruction requises par la partie recourante.

**6. a)** Bien fondé, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 28 juillet 2021 par la X.\_\_\_\_\_ [...] est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La X.\_\_\_\_\_ [...] versera à A.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Charles Guerry (pour la recourante),
- La X. \_\_\_\_\_ [...],
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :