



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2023 130

Arrêt du 28 mars 2024

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Olivier Bleicker

Greffier :

Alexandre Vial

Parties

A. _____, **recourante**, représentée par AXA-ARAG Protection juridique SA

contre

SWICA ASSURANCES SA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents - droit aux indemnités journalières - stabilisation de l'état de santé – indemnité pour atteinte à l'intégrité - computation des délais – formalisme excessif

Recours du 30 juin 2023 contre la décision sur opposition du 12 juin 2023

considérant en fait

A. Mariée et mère de deux enfants, A. _____, née en 1985, a travaillé comme caissière pour la société B. _____ du 8 avril 2013 au 31 août 2019 (12,11 heures par semaine, soit à un taux d'activité d'environ 30 %). À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Swica Assurances SA (ci-après: Swica).

Dans une déclaration d'accident du 25 septembre 2018, l'employeur a informé Swica que A. _____ avait tapé sa main droite sur une table à son domicile le 20 septembre 2018. En arrêt de travail depuis le lundi 24 septembre 2018, l'assurée a consulté le Dr C. _____, médecin praticien (ci-après: le médecin traitant), qui a diagnostiqué une contusion ou une atteinte ligamentaire (rapport médical initial du 9 octobre 2018). Swica a pris en charge le cas.

B. L'assurée s'est soumise à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet droit (avis du 31 octobre 2018 du Dr D. _____, spécialiste en radiologie) et à une arthro-IRM du poignet droit (avis du 22 novembre 2018 du Dr E. _____, spécialiste en radiologie). Le 10 décembre 2018, la Dresse F. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a diagnostiqué un status post entorse du poignet droit (lésion partielle du ligament scapho-lunaire [SL] à droite) et une déchirure partielle non transfixiante du complexe fibrocartilagineux triangulaire (TFCC).

En février 2019, l'assurée a débuté un suivi auprès du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main (ci-après: le chirurgien), puis s'est soumise le 3 avril 2019 à une arthroscopie diagnostique, avec révision ouverte du ligament SL, en raison d'une instabilité dynamique (correspondant au stade IIIb selon la classification de société européenne pour l'arthroscopie du poignet [EWAS, pour European Wrist Arthroscopic Society), et stabilisation du ligament avec un dispositif de cerclage de type FiberTape (avis du Dr G. _____ du 3 avril 2019). Le 15 mai 2019, la Dresse H. _____, spécialiste en radiologie, a constaté que les rapports articulaires radio-ulno-carpiens, carpo-carpiens et carpo-métacarpiens étaient rétablis, corrects et sans signe de complication. Les 27 mai et 31 août 2019, le Dr G. _____ a noté que l'évolution post opératoire était favorable, avec la nécessité d'une poursuite de la physiothérapie pour mobilisation et renforcement musculaire. Le 18 octobre 2019, le chirurgien a indiqué que la situation n'était pas encore satisfaisante à six mois de l'opération, même si les douleurs avaient diminué. Le 19 novembre 2019, il a relevé qu'on pouvait exiger de l'assurée la reprise de son activité de caissière à un taux d'activité de 30 %, avec une limitation du port de charges (à environ 2 kg) et du rendement (à environ 40 à 50 %; 50 % avec des charges maximales de 2 kg). L'assurée pouvait exercer une activité adaptée, soit sans port de charge et non répétitive.

Swica a soumis l'assurée à une évaluation médicale auprès du Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, précédée d'une scintigraphie osseuse trois phases et d'une tomographie à émission monophonique (SPECT/CT) des poignets le 27 novembre 2019. Dans un rapport du 13 décembre 2019, le Dr I. _____ a diagnostiqué – avec répercussion sur la capacité de travail – une limitation fonctionnelle douloureuse et une faiblesse résiduelle du poignet droit, un status après ligamentoplastie d'augmentation dorsale d'un ligament SL intact du poignet droit le 4 avril 2019, sans amélioration, un status après contusion dorsale du poignet droit le 20 septembre 2018, avec probable algoneurodystrophie de Sudeck secondaire (confirmée par le SPECT/CT du 27 novembre 2019), actuellement en lente amélioration, et un morphotype hyperlaxe. Selon le médecin, l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé,

mais il existait un pronostic favorable avec une guérison possible dans le courant de l'année 2020, sans séquelles.

Le 5 février 2020, le Dr J. _____, spécialiste en radiologie, a procédé à une infiltration périnerveuse du rameau dorsal du nerf ulnaire et du ligament SL, en raison de la suspicion d'une irritation du nerf interosseux postérieur (avis du Dr G. _____ du 6 mars 2020). Une nouvelle infiltration au niveau radio-carpal a eu lieu le 25 mai 2020. Le 6 juillet 2020, la Dresse K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a conseillé à l'assurée un renforcement du poignet et prescrit une électroneuromyogramme (suspicion de syndrome de tunnel carpien à droite); selon le médecin, l'assurée devrait éventuellement accepter des douleurs persistantes (respectivement, se soumettre à une arthroscopie du poignet avec débridement, voire une neurotomie du «nervus interosseus posterior» [du nerf interosseux postérieur]). Le 18 janvier 2021, le Dr L. _____, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué un neurite du nerf médian droit, avec léger bloc de conduction

Swica a demandé au Dr I. _____ de procéder à une nouvelle évaluation. Dans un rapport du 22 janvier 2021, l'expert a diagnostiqué – en plus des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'expertise du 13 décembre 2019 – un discret syndrome du tunnel carpien droit depuis mai 2020, sans lien de causalité avec l'accident. Selon le médecin, il persistait encore quelques signes cliniques de Sudeck au décours, notamment une percussion osseuse douloureuse du métacarpe, du carpe et de l'épicondyle droit (avec une meilleure mobilité du poignet et une meilleure force et habileté manuelle à droite). Il a recommandé une aide effective au placement dans une activité adaptée (sans grande mesure de reconversion professionnelle) et d'éviter de cumuler les opérations inutiles pour éviter de réactiver une algoneurodystrophie de Sudeck.

Le 22 février 2021, procédant à une IRM de la main, du poignet et des doigts à droite, le Dr J. _____ a constaté une plastie d'allure intacte; liserés au pourtour des ancras au sein de l'os scaphoïde, plus marqué à la vis proximale, évoquant un descellement du matériel (avis du 23 février 2021).

Le 22 mars 2021, le Dr G. _____ a retenu que l'IRM du 22 février 2021 avait confirmé le descellement d'une des vis au niveau du scaphoïde, voire potentiellement plusieurs d'entre elles. Au vu des conclusions du Dr I. _____, il a toutefois convenu avec l'assurée de demander un avis spécialisé auprès de M. _____. Dans un avis du 21 juin 2021, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé au Service de chirurgie plastique et de la main de M. _____, a expliqué qu'il serait extrêmement prudent quant à une réintervention chirurgicale (le risque d'aggravation étant important). Il a recommandé de procéder plutôt à un nouveau SPECT/CT d'ici à six mois. Le 21 octobre 2021, l'assurée s'est soumise à une scintigraphie osseuse trois phases à O. _____ (avis du 22 octobre 2021 de la Dresse P. _____, spécialiste en radiologie). Le 22 novembre 2021, le Dr G. _____ a constaté que le SPECT/CT avait montré une diminution de l'activité (le CRPS semblant avoir disparu); d'un point de vue purement chirurgical, il a recommandé l'ablation des ancras et du FiberTape (les images montraient cependant une diminution de l'ostéolyse, avec une indication chirurgicale donc toute relative). Après discussion avec l'assurée, il a proposé de procéder à un nouveau CT-Scan en été 2022.

Dans un rapport du 14 avril 2022, le Dr I. _____ a maintenu les diagnostics de ses deux précédents rapports et ses conclusions concernant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à

l'intégrité (IpAI), il a recommandé un taux de 5%, par analogie avec le bas de la fourchette d'une arthrose moyenne du poignet selon la table 5.2 de la CNA d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses.

Le 20 juin 2022, le Dr G. _____ a noté que l'assurée faisait état d'une amélioration extrêmement faible de son poignet droit, avec des douleurs localisées du côté dorsal au niveau du poignet. Après lui avoir présenté les différentes options thérapeutiques, il a convenu avec l'assurée de procéder à l'ablation des corps étrangers (ancres et FiberTape) pour stabiliser son ligament SL.

C. Par décision du 21 juin 2022, Swica a, en se fondant sur l'avis du Dr I. _____, supprimé le droit de l'assurée à des indemnités journalières à compter du 30 juin 2022 et lui a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondante à un taux de 5 % (respectivement de CHF 7'410.-, compte tenu d'un gain maximum assuré de CHF 148'000.- en 2018). L'assurée a formé une opposition contre cette décision, motivée le 14 octobre 2022.

Le 12 juillet 2022, Swica a demandé au Dr I. _____ de se prononcer sur l'intervention chirurgicale prévue par le Dr G. _____. Le 23 août 2022, le Dr I. _____ a indiqué que l'assurée présentait vraisemblablement une algoneurodystrophie au décours et qu'il n'y avait jamais eu de lésion dissociative du ligament SL chez cette assurée hyperlaxe. Dès lors, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ne lui semblait pas judicieuse et liée à un risque considérable de réactiver une algoneurodystrophie de Sudeck (il a renvoyé sur ce point aussi à l'avis du Dr N. _____ du 16 juin 2021).

Le 19 juillet 2022, l'assurée s'est soumise à une ablation du dispositif de cerclage de type FiberTape et des ancres de suture SwiveLock de l'os scaphoïde par voie d'abord dorsale et dénervation partielle de l'articulation radio-carpienne.

Le 14 septembre 2022, à la demande de l'assurée, le Dr G. _____ a pris position sur les conclusions du Dr I. _____; il a indiqué que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisée en l'état, en particulier vu qu'elle venait d'être (ré-)opérée; les différentes tables de la CNA concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA résultant d'arthroses ne reflétaient à son avis que très partiellement les douleurs de l'assurée; il n'existait cependant aucune meilleure table à disposition. Le 13 octobre 2022, le chirurgien a précisé qu'elle avait nettement moins de douleurs depuis l'enlèvement du matériel, rappelé qu'il avait toujours mis en doute le diagnostic de CRPS de l'expert et indiqué qu'il pensait que le matériel était la cause des douleurs. Il a ajouté qu'il pensait que l'opération (du 19 juillet 2022) était indiquée, car il avait constaté sur les l'imagerie que le chambrage autour du matériel pouvait évoquer une intolérance.

Le 24 janvier 2023, Swica a indiqué qu'elle considérait que le Dr G. _____ n'avait à ce jour pas fourni d'éléments concrets démontrant une évolution favorable de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO) du 19 juillet 2022. Elle a dès lors invité l'assurée à lui adresser un rapport médical circonstancié et très détaillé du Dr G. _____ démontrant une amélioration notable de son état de santé et attestant les constatations cliniques à la lumière des investigations radiologiques d'ici au 24 février 2023. Dans un avis du 21 février 2023, à la demande de l'assurée, le Dr G. _____ a pris position, rappelant que l'assurée présentait des douleurs persistantes ensuite de l'opération (du 3 avril 2019), qu'il avait constaté le descellement d'une vis et qu'il lui semblait vraisemblable – même s'il ne pouvait pas l'affirmer à 100 % et que deux médecins étaient d'un avis contraire – que l'intolérance de l'assurée à cette vis et au FiberTaper était justifiée par ce descellement. A la suite de l'intervention du 19 juillet 2022, il a précisé que l'assurée avait moins de

douleurs, que la mobilité du poignet avait toujours été bonne et que le port de charges pouvait être augmenté. Le poignet présentait une flexion/extension de 60-0-50° et les douleurs apparaissaient surtout après le travail en fin de journée. À son avis, la stabilisation de l'état de santé («Endzustand») serait vraisemblablement atteinte en mai 2023, soit dix mois après l'intervention (du 19 juillet 2022).

Le 21 mars 2023, Swica a demandé un nouvel avis au Dr I._____. Le médecin a répondu le 17 mai 2023 que le dossier était trop lacunaire pour lui permettre d'évaluer l'état de santé de l'assurée; il a demandé la remise du protocole opératoire du 19 juillet 2022, tous les rapports de consultation jusqu'en mai 2023, une description détaillée du travail que l'assurée aurait repris et les imageries des examens complémentaires post opératoires s'il en avait eus.

D. Par courrier électronique du 23 mai 2023, Swica a demandé à l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, de produire les documents demandés par le Dr I._____ d'ici au 10 juin 2023, avec l'indication que, passé ce délai, une décision sur opposition sera notifiée. Le 9 juin 2023, le mandataire de l'assurée a demandé une prolongation de délai de deux semaines, faisant valoir que l'assurée avait des difficultés d'ordre administratif à réunir les pièces demandées.

Le lundi 12 juin 2023, à 16.15 heures, Swica a constaté que les documents sollicités n'avaient pas été produits dans le délai imparti et indiqué à l'assurée regretter de ne pas pouvoir accorder un délai supplémentaire.

E. Par décision sur opposition rendue le jour même, Swica a rejeté l'opposition et maintenu la décision du 21 juin 2022. Elle a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

F. Le lundi 12 juin 2023, à 19.47 heures, le mandataire de l'assurée a indiqué que A._____ travaillait comme laborantine en chimie (préparation d'échantillons, analyses au microscope et établissement de rapports), activité qui requérait une grande dextérité des membres supérieurs notamment. Il a de plus produit les rapports de consultation du Dr G._____ des 20 octobre 2022, 3 novembre 2022 et 8 mai 2023. Dans ce dernier avis, le chirurgien a relevé que l'assurée était très satisfaite de l'intervention du 19 juillet 2022, qu'elle n'avait plus de douleurs et qu'elle pouvait utiliser son poignet sans restriction dans ses activités de la vie quotidienne. Elle avait en outre repris deux activités professionnelles et présentait une capacité de travail de 100 %.

Le 13 juin 2023, l'assurée a encore produit le protocole opératoire du 19 juillet 2022, puis a demandé à Swica si elle annulait sa décision sur opposition, au vu des documents produits. Le 19 juin 2023, Swica a répondu qu'elle regrettait de ne pas pouvoir accéder à cette demande, car les documents avaient été «réceptionnés en dehors des heures du bureau et que partant dans le délai imparti, aucun document ne [lui était] parvenu».

Les 12 et 26 juillet 2023, à la demande de Swica, le Dr I._____ a pris position. Il a indiqué qu'il était très difficile d'évaluer l'utilité de l'intervention du 19 juillet 2022 sur dossier. Lors de son status du 1^{er} avril 2022, la mobilité du poignet droit de l'assurée était en flexion/extension de 80-00-60°, la force de la pince digitopalmaire de 11 kg et celle de la pince police-digitale de 3 kg. Au 8 mai 2023, le Dr G._____ avait constaté une mobilité en flexion/extension de 50-00-50° et une force de préhension de 11 kg. Ces valeurs ne s'étaient donc pas améliorées. En revanche, l'assurée formulait encore des plaintes le 1^{er} avril 2022 tandis que le chirurgien affirmait qu'elle n'en avait plus au 8 mai 2023. Dès lors, l'amélioration décrite était essentiellement subjective, ce qui ne voulait pas dire qu'elle était insignifiante. Dès lors, il a recommandé de poser la question de «l'amélioration notable»

directement à l'assurée. Quant à savoir si cette amélioration serait intervenue sans chirurgie, le Dr I. _____ a affirmé que personne ne pourra le dire.

Le 2 août 2023, en se référant à l'avis du Dr I. _____, Swica a indiqué à l'assurée qu'elle ne reviendrait pas sur sa décision sur opposition du 12 juin 2023.

G. Parallèlement, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 28 mars 2019. Le 14 septembre 2022, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'office AI) a indiqué à l'assurée qu'il envisageait de rejeter la demande. Le 25 octobre 2022, l'office AI a, en application de la méthode mixte d'évaluation de l'assurance-invalidité, rejeté la demande de prestations (degré d'invalidité de 9 % [8,67 %]).

H. Contre la décision sur opposition du 12 juin 2023, A. _____, représentée par AXA-ARAG Protection juridique SA, forme un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de l'État de Fribourg. Elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 12 juin 2023 et au renvoi de la cause à Swica afin qu'elle se détermine à l'aune d'un dossier complet, incluant les pièces remises en juin 2023, et reprenne l'indemnisation de son incapacité de gain.

En se fondant sur l'avis complémentaire du Dr I. _____ des 12 et 26 juillet 2023, Swica conclut au rejet du recours.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Recevabilité

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

Notion d'accident - causalité

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

2.1. Est réputée 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 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA). La notion

d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1; 129 V 402 consid. 2.1 et les réf.).

Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les réf.). L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute; le facteur extérieur – modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1).

2.2. L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

2.2.1. S'agissant des atteintes à la santé qui ne sont pas des lésions corporelles assimilées à un accident (cf. art. 6 al. 2 LAA), le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3). 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1 et les réf.). 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, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les réf.).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). 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. 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 (arrêt TF 8C_117/2020 précité consid. 3.1 et les réf.).

2.2.2. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose de plus 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 356 consid. 3 et les réf.). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle. Il en va différemment en présence de troubles qui sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, mais qui ne reposent pas sur un déficit organique objectivable. En pareil cas, l'examen de la causalité adéquate se fait selon des règles particulières en fonction de la gravité de l'accident et du type de lésion. Lorsque notamment l'accident est insignifiant ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 140 V 356 consid. 3.2; arrêt TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.3 et les réf.).

2.3. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ("statu quo ante") ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ("statu quo sine"; ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les réf.). A contrario, aussi longtemps que le "statu quo sine vel ante" n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 147 V 161 consid. 3.3). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1).

2.4. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, ou le cas échéant le tribunal, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical (ATF 142 V 435 consid. 1 et les réf.).

3.

Objet du litige

Il n'est pas contesté entre les parties que la recourante a subi le 20 septembre 2018 un accident (sur la notion, voir consid. 2.1 supra) et que celui-ci se trouve en relation de causalité naturelle et adéquate avec les affections de l'intéressée à son poignet droit. L'assureur intimé a pris en charge le cas. Dès lors, seul est litigieux en l'espèce le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2022.

4.

Résumé des positions des parties

4.1. Dans la décision sur opposition du 12 juin 2023, Swica a retenu que l'état de santé de la recourante était stabilisé. De ce fait, elle a confirmé que l'assurée n'avait plus droit aux prestations de l'assurance-accidents à compter du 30 juin 2022. En ce qui concerne plus particulièrement la prise en charge du coût de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO), elle a considéré que cette intervention ne semblait pas judicieuse et était liée à un risque considérable de réactiver une algoneurodystrophie de Sudeck (cf. avis des docteurs I. _____ et N. _____). Selon le Dr I. _____, les risques d'une réintervention chirurgicale semblaient ainsi bien supérieurs aux chances hypothétiques d'une amélioration. Dans ces conditions, selon le médecin, l'abstention chirurgicale semblait être la solution la plus raisonnable. Le 19 juillet 2022, l'intervention avait certes eu lieu. Dans les avis des 20 juin 2020 et 14 septembre 2022, le Dr G. _____ ne faisait toutefois pas état d'un élément clinique expliquant l'intolérance de l'assurée au matériel d'ostéosynthèse. Au contraire, le chirurgien rapportait que la patiente présentait encore des douleurs, que les activités de la vie quotidienne étaient douloureuses et qu'un travail adapté ne pouvait pas être effectué à un taux d'activité de 100 %. Alors qu'avant l'AMO, l'assurée était apte à 100 % à exercer une activité adaptée à son état de santé découlant de l'accident. Il ressortait également du rapport d'enquête économique sur le ménage du 26 juillet 2022 mise en place par l'office AI qu'avant la dernière opération, la mobilité et la fonction des mains étaient suffisantes. L'assurée pouvait ajuster les préhensions aux objets en fonction de leurs poids, formes, textures et emplacements. Les douleurs étaient limitantes suivant la force et la répétitivité des gestes. L'assurée compensait avec la main gauche ou prenait des pauses. Depuis l'opération, l'assurée était plus limitée en raison de l'immobilisation du poignet et des douleurs supplémentaires. Toutefois, cette situation était transitoire. La mobilité globale était suffisante pour les déplacements dans la cuisine, rester debout ou s'asseoir pour réaliser les préparatifs. Au vu de ses constatations, l'intervention du 19 juillet 2022 n'avait pas eu l'effet escompté sur l'état de santé de l'assurée. Il n'avait par ailleurs jamais été démontré que l'AMO avait apporté une amélioration notable à l'état de santé de l'assurée. Il se justifiait dès lors de refuser la prise en charge de cette intervention. Finalement, Swica a octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, compte tenu de l'avis du Dr I. _____.

4.2. Invoquant une violation du principe inquisitoire (art. 43 LPG), la recourante fait valoir que le Dr I. _____ avait indiqué qu'il ne pouvait pas se déterminer en pleine connaissance de cause sans disposer d'un dossier complet. Swica était dès lors tenue de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires. Or la recourante avait déféré à la demande de Swica et avait produit les documents requis. En ce qui concerne le respect du délai, elle soutient que la position de l'intimée est «indéfendable». L'intimée lui avait en effet accordé un délai «d'ici au 10 juin 2023». Dans la mesure où le 10 juin 2023 était un samedi, le délai avait été reporté au premier jour ouvrable suivant, soit au lundi 12 juin 2023. Déposés le 12 juin 2023, les documents avaient été remis dans le délai.

4.3. Dans sa réponse, Swica fait valoir que la recourante avait compris que le délai pour transmettre les documents sollicités se terminait le 9 juin 2023, étant donné qu'elle avait requis une prolongation de délai de deux semaines ce jour-là. De plus, dès lors que les documents avaient été transmis le 12 juin 2023 à 19.47 heures, ils n'avaient pu être consultés que le jour suivant, soit bien après le délai imparti au 10 juin 2023, respectivement au 9 juin 2023. Dès lors que la recourante a reçu l'avis du Dr I. _____ des 12 et 26 juillet 2023, le dossier avait par ailleurs été instruit à satisfaction de droit et de manière complète. Le recours était dès lors devenu sans objet puisqu'il

portait uniquement sur l'instruction du dossier. Cela étant, le Dr G. _____ n'avait pas fait état d'un élément clinique expliquant l'intolérance de l'assurée aux vis et au FiberTape dans ses avis des 20 juin 2020 et 14 septembre 2022. Au contraire, il rapportait que l'assurée présentait encore des douleurs, que les activités de la vie quotidienne étaient douloureuses et qu'un travail adapté ne pouvait être effectué à 100%. Or une notable «amélioration» ne pouvait être rapportée exclusivement aux plaintes subjectives de la recourante, mais devait être objectivée par un examen clinique et instrumental, qui puisse expliquer la modification structurelle et les plaintes évoquées. En ce qui concerne l'IpAI, Swica fait valoir qu'aucun taux d'atteinte à l'intégrité ne doit être retenu. Aussi, c'est à tort qu'elle avait versé à la recourante une indemnité de CHF 7'410.-. Elle réclame dès lors à la recourante le remboursement du montant de CHF 7'410.-, mais ne prend aucune conclusion à ce sujet.

5.

Computation des délais – formalisme excessif

5.1. Selon l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA. Aux termes de l'art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase, LPGA, lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit.

La règle exposée à l'art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase, LPGA se retrouve largement dans d'autres lois fédérales, notamment à l'art. 20 al. 3 de la loi sur la procédure administrative (PA; RS 172.021), dont elle s'inspire (ATF 131 V 305 consid. 4.3; PETER FORSTER, in Stauffer/Cardinaux [éd.], *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG*, 2021, n° 12 p. 360; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 4^e éd. 2020, n° 28 ad art. 38 LPGA; pour le samedi, voir ég. art. 1 de la loi du 21 juin 1963 sur la supputation des délais comprenant un samedi [RS 173.110.3]). L'art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase, LPGA, s'applique à tous les délais fixés par l'assureur social, y compris lors de la procédure d'opposition (KIESER, op. cit., n° 3 ad art. 38 LPGA). Lorsqu'il fixe un délai, l'assureur social doit donc être attentif à ce qu'il ne tombe pas sur un samedi, un dimanche ou un jour férié. Si tel est néanmoins le cas, la doctrine précise que ce délai est aussi reporté au premier jour ouvrable qui suit, sans qu'il soit nécessaire de faire la distinction selon que le délai a été fixé en jours ou à un terme fixe (MADELEINE RANDACHER/RICHARD WEBER, *Commentaire bâlois de la LPGA*, n° 25 ad art. 38 LPGA; ANNE-SYLVIE DUPONT, in *Commentaire romand de la LPGA*, 2018, n° 6 ad art. 38 LPGA; pour une application par analogie de l'art. 38 LPGA à un délai posé à un terme fixe, voir KIESER, op. cit., n° 6 ad art. 38 LPGA). La règle selon laquelle un délai échéant un samedi, un dimanche ou un jour férié est reporté au premier jour ouvrable qui suit apparaît également à l'art. 5 de la Convention européenne du 16 mai 1972 sur la computation des délais, en vigueur en Suisse depuis le 28 avril 1983 (RS 0.221.122.3). Selon l'art. 3 de cette convention, les délais exprimés en jours, semaines, mois ou années, courent par ailleurs à partir du «*dies a quo*», minuit, jusqu'au «*dies ad quem*», minuit (al. 1). Toutefois, les dispositions du paragraphe précédent ne s'opposent pas à ce qu'un acte, qui doit être accompli avant l'expiration d'un délai, ne puisse l'être le «*dies ad quem*» que pendant les heures normales d'ouverture des bureaux (al. 2).

La règle du report au premier jour utile lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié reconnu est donc un principe général de procédure (dans le même sens, cf. arrêt TF 2C_54/2020 du 4 février 2020 consid. 7.4). Ce principe expose une règle simple: lorsque le délai échoit un samedi ou un dimanche, il est reporté au lundi, à moins qu'il ne soit férié, auquel cas il est

reporté au mardi. Le report s'applique de la même manière si le délai tombe sur un autre jour férié (cf. JEAN-MAURICE FRÉSARD, in Commentaire de la LTF, 3^e éd., 2022, n° 5 ad art. 45 LTF).

5.2. En l'espèce, dans son courrier électronique du 23 mai 2023, Swica a prié l'assurée, via son mandataire, de «bien vouloir [lui] remettre les documents sollicités [par le Dr I. _____] d'ici le 10 juin 2023, une fois passé ce délai, nous vous notifierons une décision sur opposition en l'état du dossier». Comme le rappelle à juste titre la recourante, le 10 juin 2023 tombait sur un samedi. Selon le principe général de procédure ancré à l'art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase, LPGA, le dernier jour du délai était automatiquement reporté au lundi suivant, soit au lundi 12 juin 2023 à minuit (art. 39 al. 1 LPGA). Si l'assureur intimé entendait que l'acte ne puisse être accompli que pendant les heures normales d'ouverture des bureaux, elle se devait de l'indiquer expressément dans sa demande. Dès lors, en considérant que la recourante avait agi tardivement en produisant les documents sollicités le lundi 12 juin 2023, l'assureur intimé a violé l'art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase, LPGA, et a fait preuve d'un formalisme excessif (art. 29 al. 1 Cst.; sur cette notion, voir ATF 148 I 271 consid. 2.3; 142 I 10 consid. 2.4.2).

5.3. On ajoutera encore que, conformément à l'art. 40 al. 3 LPGA, le délai fixé par l'assureur peut être prolongé pour des motifs pertinents si la partie en fait la demande avant son expiration. Il s'agit d'un délai dont la durée est, comme en l'espèce, laissée à l'appréciation de l'autorité (cf. ATF 143 V 249 consid. 6.4). L'art. 40 al. 3 LPGA ne confère certes pas à la personne assurée un droit automatique à ce que le délai impartit soit prolongé. Elle pose comme condition à toute prolongation l'existence de "motifs pertinents" qu'il appartient à la partie d'invoquer avant l'expiration du délai, en rendant vraisemblables des circonstances qui, selon l'expérience générale de la vie, sont de nature à empêcher l'observation du délai ou du moins à contrarier l'exécution en temps voulu de l'acte de procédure. Sur le principe, le délai octroyé par un assureur social pour la remise d'avis médicaux est cependant prolongeable. Partant, lorsqu'un assureur social entend refuser une première prolongation de délai, il est tenu d'accompagner ce refus d'un bref délai supplémentaire (cf. arrêt I 898/06 du 23 juillet 2007 consid. 3.4 et les réf.; GÄCHTER/SIKI, Sozialversicherungsrecht, Allgemeiner Teil - Entwicklungen 2007, 2008, p. 150).

Dans le cas présent, la recourante avait requis le vendredi 9 juin 2023 une prolongation de délai, faisant valoir qu'elle rencontrait des difficultés à réunir les pièces médicales requises. En tant que la recourante invoquait des motifs manifestement pertinents, Swica n'était pas en droit de statuer en l'état du dossier, sans accorder au préalable un bref délai supplémentaire pour produire les pièces requises. L'assureur intimé a donc violé le droit fédéral en rendant la décision sur opposition le 12 juin 2023, pour ce motif également.

5.4. Ensuite des éléments qui précèdent, l'assureur intimé a violé le droit fédéral et a fait preuve d'un formalisme excessif en refusant de prendre en compte les documents médicaux produits par la recourante les 12 et 13 juin 2023 et en rendant la décision sur opposition le 12 juin 2023.

6.

Renvoi de la cause ?

Devant un tel constat, la cour se limite ordinairement à cette conclusion et renvoie la cause à l'autorité administrative (à ce sujet, cf. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2023, n° 5.25). Elle doit cependant veiller à une procédure simple et rapide (art. 61 let. a LPGA) et n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA).

De plus, l'assureur intimé n'aurait pas dû interroger le Dr I. _____ le 21 mars 2023 sur la situation médicale de la recourante ensuite de l'intervention chirurgicale du 19 juillet 2022. Dans le cadre de la procédure d'opposition ou de la procédure de recours subséquente, la stabilisation de l'état de santé ne doit en effet pas être examinée de manière rétrospective (arrêts TF 8C_640/2022 du 9 août 2023 consid. 4.1.2; 8C_511/2022 du 8 février 2023 consid. 6.1.1 et les réf.; PHILIPP GEERTSEN, in Hürzeler/Kieser [éd.], UVG-Kommentar, 2018, n° 10 ad art. 19 LAA). Les rapports médicaux établis postérieurement à la date de la stabilisation (alléguée) de l'état de santé par le Dr G. _____ n'étaient par conséquent pas «pertinents» (arrêts du TF 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4; 8C_299/2022 du 5 septembre 2022 consid. 5.1 et les réf.). La Cour considère que l'on se trouve par conséquent dans une situation suffisamment particulière pour qu'il soit renoncé à renvoyer la cause à l'assureur social, pour des raisons d'économie de procédure et au vu des intérêts en présence. Les droits procéduraux des parties ont en outre été respectés, l'assureur intimé ayant clairement demandé dans sa réponse que la Cour examine l'affaire au fond. La recourante a dès lors été mise en situation de se déterminer. La Cour tiendra toutefois compte de l'admission des griefs de la recourante au consid. 5 supra lors de la fixation des dépens.

7.

Stabilisation de l'état de santé

7.1. Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (première phrase); le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase).

Cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme (arrêt TC FR du 15 novembre 2012 consid. 2b, RFJ 2012 448). Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, 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 simultanément le droit à une rente d'invalidité et à une IpAI (ATF 144 V 354 consid. 4.1; 143 V 148 consid. 3.1.1; 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. Lorsque la personne assurée a une capacité de travail limitée dans son activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, le cas doit en règle générale être clos, même si la poursuite du traitement médical permet de prévenir une éventuelle dégradation (arrêt TF 8C_14/2010 du 4 août 2010 consid. 3; DAVID IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, REAS 2023 ch. II p. 315). L'utilisation du terme "sensible" («*namhaft*» en allemand, «*sensibile*» en italien) par le législateur fédéral montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement (p. ex. physiothérapeutique) puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. La clôture du cas ne présuppose donc pas la disparition de tout besoin de traitement médical (arrêt TF 8C_366/2021 du 10 novembre 2021 consid. 6.6 et la réf.; GEERTSEN, op. cit., n° 9 ad art. 19 LAA). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêts 8C_408/2022 du

7 octobre 2022 consid. 2.3; 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.2; 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les réf.).

7.2. Sur le plan médical, au moment de la décision de Swica du 21 juin 2022, la situation de la recourante se présentait comme suit:

Le 20 septembre 2018, A. _____ a subi un traumatisme à son poignet droit (main dominante), traité tout d'abord par immobilisation puis par une arthroscopie diagnostique avec révision ouverte du ligament SL et stabilisation du ligament avec un dispositif de cerclage de type FiberTape (avis du Dr G. _____ du 3 avril 2019). A la suite de cette intervention, elle a connu une série d'exams médicaux pour traiter des douleurs persistantes au poignet droit, avec des résultats mitigés et des opinions divergentes entre les médecins quant à la meilleure approche thérapeutique.

7.2.1. À cet égard, dans le cadre d'une expertise, le Dr I. _____ a examiné personnellement l'assurée le 19 novembre 2020. Celle-ci a annoncé des douleurs diffuses à la face dorsale du poignet droit pouvant aussi s'étendre du côté palmaire, le long du 2^e et 3^e métacarpien, et pouvant irradier dorsalement le long de l'avant-bras jusqu'à l'épicondyle; l'intensité des douleurs variait entre 1 et 7 (sur une échelle allant de 1 à 10); les douleurs étaient exacerbées lors d'efforts ou de mouvements brusques; les douleurs n'étaient pas soulagées par le port des attelles et ne diminuaient qu'au repos complet; elles étaient encore régulièrement insomniantes. De plus, l'assurée faisait valoir une diminution de la force de préhension de la main droite; elle parvenait à l'utiliser pour saisir une bouteille d'eau minérale de 1,5 lt, mais avait de la peine à la manipuler pour la verser; elle ne pouvait pas encore l'utiliser pour ouvrir la capsule des bouteilles ni pour ouvrir des boîtes de conserve; la manipulation de petits objets s'était pas contre un peu améliorée, de même que l'écriture. Elle indiquait encore des engourdissements fréquents des doigts longs de la main droite qui pouvaient la gêner pour utiliser son téléphone portable. A domicile, elle pouvait à nouveau participer aux manutentions du ménage (préparation des repas, aspirateur, etc.), mais les mouvements répétitifs et les efforts de la main droite restaient pénibles.

L'expert a constaté que la palpation du poignet droit restait diffusément douloureuse sur tout son pourtour, sans foyer bien particulier ainsi que le long des tendons extenseurs; pas de clic de Watson; Finkelstein négatif; pas d'instabilité radio-cubitale distale des trapézo-métacarpiennes; mobilité du poignet droit: flexion-extension 70-0-60; déviation radio-cubitale 25-0-45; pronosupination 90-0-90 des deux côtés; douleurs diffuses du poignet droit en fin de mouvement dans tous les plans, sans foyer ni direction précise; force de préhension: pince digitopalmaire 11 kg à droite, 22 kg à gauche; pince pollici-digitale 2,5 kg à droite, 6 kg à gauche; Tinel positif au-dessus du tunnel carpien droit, négatif à gauche; Phalen positif à droite et négatif à gauche; loge de Guyon indolore; discrimination sensitive entre deux points (4-5-6-6-4 mm aux pulpes 1 à 5 de la main droite et 4-4-4-4-5 mm aux pulpes 1 à 5 mm de la main gauche); force conservée dans le premier interosseux dorsal et de l'abducteur de D5 des deux côtés; froment négatif des deux côtés; croisement des doigts correctement effectué des deux côtés. Sur la base de l'imagerie (SPECT/CT du 16 décembre 2020), le Dr I. _____ a constaté une bonne amélioration de l'activité métabolique du Sudeck, sans résolution complète (avis du 22 janvier 2021).

Le 14 janvier 2021, l'assurée a consulté le Dr L. _____, qui a diagnostiqué un neurite du nerf médian droit, avec léger bloc de conduction. La recourante se plaignait de fortes douleurs au niveau du poignet droit irradiant au thénar et aux trois premiers doigts de la main droite ainsi que de fortes dysesthésies très dérangementes au même endroit. L'historique de la recourante rapportait un traumatisme au niveau du poignet avec d'anciennes séquelles concernant des troubles

ostéoarticulaires et des conséquences de troubles nerveux. L'examen neurologique avait démontré un bloc de conduction léger plutôt concernant la branche sensitive du nerf médian droit. La neurosonographie avait également mis en évidence un épaississement du nerf médian droit interprété comme une inflammation au vu de la situation clinique. Vu la souffrance et la situation quotidienne de la recourante, le neurologue a recommandé une approche thérapeutique chirurgicale (avis du 18 janvier 2021).

Le 22 février 2021, l'assurée a passé une IRM de la main, du poignet et des doigts. Dans son avis du 23 février 2021, le Dr J. _____ a décrit un status post reconstruction du ligament SL, avec deux ancres dans l'os scaphoïde et une ancre dans l'os lunatum; plastie dorsale visible et d'allure intacte; liserés hypointense en T1 et hyperintense en DP fs au pourtour des ancres du scaphoïde, plus marqué à l'ancre proximale, suspecte de descellement; œdème et prise de contraste à la face dorsale du néo-ligament SL, d'allure réactionnelle; rapport anatomique osseux conservé; absence de fracture; altérations osseuses kystiques du capitatum; lunatum de type II; énostose de la base de MC1; complexe fibro cartilagineux triangulaire (TFFC) intact; pas d'argument pour une ténosynovite. Sur cette base, le médecin a retenu un status post reconstruction du ligament SL; plastie d'allure intacte; liserés au pourtour des ancres au sein de l'os scaphoïde, plus marqué à la vis proximale, évoquant un descellement du matériel.

7.2.2. Le 25 février 2021, à la suite d'une conversation téléphonique avec le Dr G. _____ (respectivement avec son secrétariat), Swica a indiqué à l'assurée qu'elle poursuivait le versement des indemnités journalières de 50 % jusqu'à la date de l'intervention chirurgicale pour l'ablation des ancres et a confirmé son accord pour la prise en charge des frais consécutifs à celle-ci.

Le 22 mars 2021, le Dr G. _____ a constaté une cicatrice chirurgicale calme et propre sur la face dorsale du poignet, sans rougeur, sans chaleur, sans tuméfaction; pas de Tinel en regard de la cicatrice ni en regard du nerf interosseux postérieur (PIN); pas de douleur au repos; douleurs maximales à la palpation du softspot ainsi que de la face dorsale du ligament SL; mobilisation en flexion/extension poignet 80-0-60 (gauche: 90-0-90), pro/supination 90-0-90 (idem à gauche), inclinaison radio/ulnaire 0-0-30 (20-0-40 à gauche); test de Phalen positif; Tinel négatif; Durken négatif; discrimination à deux points à 4 mm sur tous les hémipulpes; mobilité complète des doigts sur tous les rayons en flexion/extension; test de Watson négatif; DRUG stable Jamar 12 kg à droite (22 kg à gauche); Tripod 4,8 kg à droite (6 kg à gauche); Key pinch 5 kg (7,5 kg à gauche). En se fondant sur l'IRM du 22 février 2021, le chirurgien a considéré que celle-ci avait confirmé le descellement d'une des vis au niveau du scaphoïde, voire potentiellement de plusieurs d'entre elles; les imageries combinées aux symptômes de la patiente justifieraient l'ablation des vis et du FiberTape; l'expertise du Dr I. _____ allait cependant dans une autre direction, préconisant d'éviter une nouvelle intervention chirurgicale. Au vu de ces deux avis opposés, le chirurgien avait convenu avec l'assurée de demander un troisième avis auprès d'un spécialiste de M. _____.

Le 16 juin 2021, le Dr N. _____, médecin associé du Service de chirurgie plastique et de la main de M. _____, a noté la présence de douleurs persistantes depuis la dernière intervention à la face dorsale du poignet droit; l'assurée arrivait à utiliser sa main dans les gestes de la vie quotidienne mais beaucoup de gestes restaient difficiles comme ouvrir une bouteille par exemple; la cicatrice était non inflammatoire et ne présentait pas de déformation; la patiente ne présentait pas de Tinel en regard de la cicatrice mais des douleurs à la palpation de la face dorsale du poignet, notamment sur l'extrémité distale du radius, du scaphoïde et du semi-lunaire; la mobilité du poignet était de 70-0-60 à droite et de 80-0-60 à gauche; la pronosupination était douloureuse à droite mais complète

et symétrique; l'inclinaison ulnaire radiale était à 30-0-10 à droite contre 40-0-10 à gauche; la mobilité des doigts longs était complète; Kapandji à 10; la force au Jamar était mesurée à 22 kg à gauche contre 6 kg à droite; le Watson était sensible mais sans ressaut; il n'y avait pas de douleur ou d'instabilité au niveau de la radio-ulnaire distale ou au niveau du versant ulnaire du poignet; le ballottement scapho-lunaire et luno-triquétral était sensible; Lachmann négatif; le test de Phalen était positif; absence de Tinel à la percussion du nerf médian; pseudo-Tinel et Durkan négatif; et sensibilité subjective dans les limites de la normale.

Le Dr N._____ a considéré probable la survenance d'un problème d'algodystrophie postopératoire. Il a également noté des signes à l'IRM en faveur d'une mobilité tout autour du matériel de fixation avec la persistance d'une activité ostéoblastique au SPECT/CT. Dans ces circonstances, il a conseillé d'être extrêmement prudent pour une réintervention chirurgicale; le risque d'aggravation clinique étant à son sens important. Il a dès lors recommandé de réitérer un SPECT/CT d'ici six mois avant de décider d'une reprise chirurgicale (avis du 21 juin 2021).

7.2.3. Le 21 octobre 2021, l'assurée s'est soumise à une scintigraphie osseuse trois phases à O._____. Dans son avis du 22 octobre 2021, la Dresse P._____ a constaté un liséré et une légère hyperémie dans la zone des ancras dans l'os scaphoïde et dans l'os lunatum à droite, avec indication d'un début de descèlement (respectivement réactif ou inflammatoire); activité métabolique accrue au niveau des os du carpe des deux côtés sans corrélation morphologique au CT (c'est-à-dire non spécifique, réactif); prise de contraste au niveau de certaines PIP et DIP, avec une origine rhumatismale à discuter; aucune indication scintigraphique en faveur d'une altération typique d'un CRPS.

Le 22 novembre 2021, le Dr G._____ a maintenu qu'il n'y avait jamais eu de CRPS et que les douleurs étaient dues aux ancras au niveau du lunatum et du scaphoïde. Quoiqu'il en soit, il a constaté que l'activité avait diminué, avec une diminution de l'ostéolyse. D'un point de vue purement chirurgical, il pourrait procéder à l'ablation des ancras et du FiberTape. Néanmoins, les radiographies conventionnelles démontraient une diminution de l'ostéolyse. L'indication chirurgicale restait donc tout à fait relative. Après une longue discussion avec l'assurée et son époux, il a convenu avec ces derniers de prolonger l'incapacité de travail jusqu'en juin 2022 et de refaire le point après un nouveau CT-scanner.

Le 30 novembre 2021, Swica a indiqué au Dr G._____ qu'une incapacité de travail attestée du 1^{er} décembre 2021 au 30 juin 2022 ne pouvait être acceptée sans justification médicale. Répondant aux questions de l'assurance, le chirurgien a relevé le 16 février 2022 que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 0 % dans son activité habituelle, «vu [qu'elle] n'arrivait même pas à effectuer ses tâches quotidiennes sans douleur», et qu'un travail purement administratif pourrait être exigé au taux d'occupation d'avant l'opération, avec un rendement vraisemblablement diminué de 25 %.

Le 1^{er} avril 2022, à la demande de Swica, le Dr I._____ a procédé à un nouvel examen de l'assurée. L'assurée a annoncé des douleurs de la face dorsale du poignet droit pouvant s'étendre à la face dorsale de tous les doigts de la main droite et remontant proximale jusqu'à l'épaule droite prenant des caractéristiques de coupures et de brûlures, parfois associés à des fourmillements; l'intensité des douleurs variait entre 5 et 8 sur une échelle allant de 0 à 10; les douleurs étaient exacerbées aux efforts et mouvements brusques ou répétitifs du poignet ainsi qu'à l'exposition au froid; elles diminuaient avec le repos avec ou sans attelle et lorsque la main était maintenue au chaud; les douleurs la réveillaient encore parfois la nuit; diminution de la force de préhension de la main droite; elle pouvait tenir une bouteille d'eau minérale de 1,5 lt mais ne pouvait

pas utiliser la main droite pour ouvrir une capsule ou le couvercle d'une boîte de conserve; pas de diminution de l'habileté manuelle fine; épisodes d'engourdissements nocturnes de tous les doigts de la main droite, sans fourmillements, disparaissant après quelques mouvements et massages; pas d'hypoesthésie des pulpes pendant la journée; depuis la fin 2021, elle participait à toutes les tâches ménagères (aspirateur, repas, etc.) mais les efforts répétitifs restaient pénibles; professionnellement, elle se sentait toujours incapable de reprendre son ancien poste de caissière à plus de 50 %; elle envisageait toujours favorablement la reprise d'une activité adaptée, sans efforts ni mouvements répétitifs de la main droite, même à temps complet; malheureusement, elle n'avait pas trouvé d'engagement correspondant dans l'industrie légère et avait arrêté ses recherches depuis que le Dr G. _____ lui avait prolongé son arrêt de travail à 100 % jusqu'en juin 2022.

L'expert a constaté que les deux mains étaient eutrophiques, avec une coloration normale et symétrique; pas de sécheresse, pas de moiteur; plis cutanés partout bien présents; périmètre maximal de l'avant-bras: 24,5 cm des deux côtés; périmètre du poignet; 15,5 cm des deux côtés; périmètre du métacarpe des doigts longs: 19,5 cm des deux côtés; la percussion de toutes les saillies osseuses du poignet et du coude droit restaient douloureuses alors que celles du métacarpe et des doigts était à nouveau indolore; douleurs diffuses à la palpation de tout le pourtour du poignet droit et de la métacarpo-phalangienne du pouce droit, sans foyer bien particulier; pas de douleur des autres doigts; pas de clic au Watson; Finkelstein négatif; pas d'instabilité trapézo-métacarpienne ni de la radio-cubitale distale; mobilité des poignets: flexion-extension 70-0-60 à droite (100-0-70 à gauche); déviation radio-cubitale: 25-0-45 à droite (25-0-50 à gauche); pronosupination 90-0-90 des deux côtés; douleurs diffuses du poignet droit en fin de mouvements dans tous les plans, sans foyer ni direction bien particulière; force de préhension: pince digitopalmaire 11 kg à droite (17 kg à gauche); force de la pince pollici-digitale 3 kg à droite (6 kg à gauche); discrimination sensitive entre deux points (4-4-4-4 de tous les doigts des deux côtés); pas de diminution de la sensibilité à la face dorsale des deux mains; Tinel négatif au-dessus du tunnel carpien et de la loge de Guyon des deux côtés; Phalen douteux à droite, négatif à gauche; force du premier interosseux dorsal et de l'abducteur de D5 conservée des deux côtés; froment négatif des deux côtés; et croisement des doigts correctement effectué des deux côtés. Sur cette base, le Dr I. _____ a diagnostiqué une limitation fonctionnelle douloureuse et faiblesse résiduelle du poignet droit; un status post ligamentoplastie d'augmentation dorsale d'un ligament SL intact du poignet droit le 4 avril 2019; un status post contusion dorsale du poignet droit le 20 septembre 2018, avec probable algoneurodystrophie de Sudeck secondaire, actuellement au décours; morphotype hyperlaxe; et un discret syndrome du tunnel carpien droit depuis mai 2020.

L'expert a indiqué que malgré la persistance des plaintes, les signes objectifs d'algoneurodystrophie avaient quasiment disparu, ce qui devrait théoriquement être un pronostic favorable. La vitesse à laquelle les plaintes résiduelles de l'assurée allaient régresser restait difficilement prévisible. Il lui semblait toutefois peu judicieux de prolonger indéfiniment l'attitude expectative face à la reprise du travail habituel de caissière pour se concentrer de façon proactive sur la reprise d'un travail adapté. En effet, l'assurée était d'ores et déjà apte à reprendre à 100 % (en termes de temps et de rendement) une activité sans effort particulièrement lourd ou répétitif du poignet droit. Il pensait en particulier à une activité dans l'industrie légère de fabrication de petites pièces ou un travail d'aide-laborantine (rapport du 14 avril 2022).

Le 20 juin 2022, le Dr G. _____ a noté que l'assurée faisait état d'une amélioration extrêmement faible au niveau de son poignet droit; les activités de la vie quotidienne étaient pour elle douloureuses, principalement lorsqu'elle devait faire des mouvements répétitifs, par exemple

préparer une soupe ou éplucher des légumes; les douleurs étaient localisées du côté dorsal au niveau du poignet. Le chirurgien a constaté une flexion/extension de 60-0-60 à droite (et de 80-0-74 à gauche); les «ostéolytes» au niveau des trois ancrs étaient toujours présentes sans diminution ni amélioration.

Le 23 août 2022, à la demande de Swica, le Dr I. _____ a indiqué que dans son avis du 20 juin 2022, le Dr G. _____ considérait qu'il «*subsistait la possibilité que la patiente ne supporte pas les ancrs ni le FiberTape implanté pour stabiliser son ligament scapho-lunaire*». Selon l'expert, l'on était bien loin d'une vraisemblance prépondérante. Il était bien plus vraisemblable que nous soyons en présence d'une algoneurodystrophie au décours et qu'il n'y avait jamais eu de lésion dissociative du scapho-lunaire chez cette patiente hyperlaxe. Dès lors, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ne lui semblait pas judicieuse et liée à un risque considérable de réactiver une algoneurodystrophie de Südeck (cf. avis aussi du Dr N. _____ du 16 juin 2021). L'abstention chirurgicale lui semblait être la solution la plus raisonnable.

Le 14 septembre 2022, à la demande de l'assurée, le Dr G. _____ a pris position sur les conclusions du Dr I. _____; il a indiqué que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisée, en particulier vu qu'elle venait d'être (ré-)opérée; les différentes tables de la CNA concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA résultant d'arthroses ne reflétaient à son avis que très partiellement les douleurs de l'assurée; il n'existait cependant aucune meilleure table à disposition. Le 13 octobre 2022, à la demande de l'assurée, le chirurgien a précisé qu'elle avait nettement moins de douleurs depuis l'enlèvement du matériel, rappelé qu'il avait toujours mis en doute le diagnostic de CRPS de l'expert et indiqué qu'il pensait que le matériel était la cause des douleurs. Il a ajouté qu'il pensait que l'opération (du 19 juillet 2022) était indiquée, car il avait constaté sur les l'imagerie que le chambrage autour du matériel pouvait évoquer une intolérance.

7.3. En l'espèce, sur le plan formel, les rapports du Dr I. _____ remplissent les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (à ce sujet, voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 et la réf.). Ils ont été établis en connaissance de tous les documents médicaux au dossier, apparaissent comme étant concluants, bien motivés et exempts de contradictions. Dès lors, sur le plan formel, il n'existe aucune raison de les remettre en question. La recourante contestait d'ailleurs dans la procédure d'opposition exclusivement les éléments matériels contenus dans ces rapports médicaux.

Sur le plan matériel, les avis des docteurs I. _____, G. _____ et N. _____ fournissent des informations détaillées sur l'état du poignet de la recourante et mettent en évidence une certaine cohérence dans les résultats. Les principaux points de divergence sont la localisation spécifique des douleurs (douleurs maximales à la palpation du softspot ainsi que de la face dorsale du ligament SL, selon le Dr G. _____; palpation du poignet droit diffusément douloureuse sur tout son pourtour, sans foyer bien particulier ainsi que le long des tendons extenseurs, selon le Dr I. _____; douleurs à la palpation de la face dorsale du poignet, notamment sur l'extrémité distale du radius, du scaphoïde et du semi-lunaire, selon le Dr N. _____), les résultats de la mobilité du poignet (flexion-extension: 80-0-60° à droite, selon le Dr G. _____; 70-0-60° à droite, selon les Dr I. _____ et Dr N. _____) et les résultats des tests de force de préhension (pince digitopalmaire: 11 kg à droite, selon le Dr I. _____, test de Jamar: 12 kg à droite, selon le Dr G. _____; test de Jamar: 6 kg, selon le Dr N. _____). Cependant, ces divergences se situent dans une plage de résultats similaires, avec des variations mineures résultant pour l'essentiel de l'appréciation par les médecins des plaintes de la recourante. Le résultat au test du dynamomètre

Jamar noté par le Dr N. _____ est cependant surprenant. Quoi qu'il en soit, il résulte de ces avis médicaux que la recourante présentait des douleurs persistantes à la main droite, avec une diminution de la force de préhension et des difficultés à effectuer des tâches nécessitant des mouvements ou des efforts répétitifs de la main droite.

Selon les médecins qui se sont prononcés, ces douleurs étaient causées soit par une intolérance de la recourante au dispositif de cerclage (ancres au niveau du lunatum et du scaphoïde et FiberTape, ensuite de l'intervention du 3 avril 2019; avis du Dr G. _____), soit par la survenance d'un syndrome douloureux régional complexe («problème d'algodystrophie postopératoire»; avis des Dr I. _____ et Dr N. _____). Prenant position sur cette controverse, le Dr I. _____ a exposé le 23 août 2022 que la présence d'une algoneurodystrophie au décours était bien plus vraisemblable que l'hypothèse défendue par le Dr G. _____. À la demande de la recourante, le Dr G. _____ a expliqué le 13 octobre 2022 qu'il avait observé «sur les scanners le chambrage autour dudit matériel pouvant évoquer une intolérance». Mis à part ce «chambrage», qui peut s'expliquer par de multiples raisons (dont un processus normal de guérison, compliqué par un syndrome douloureux régional complexe et un morphotype hyperlaxe), le Dr G. _____ n'apporte pas d'éléments suffisants en faveur de son hypothèse. Le chirurgien a d'ailleurs retardé l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pendant plusieurs mois, considérant que l'indication chirurgicale était relative dès lors que les radiographies montraient une diminution de l'ostéolyse (soit un signe en faveur de l'hypothèse des Dr I. _____ et Dr N. _____). S'il a maintenu dans son avis du 21 février 2023 qu'il considérait vraisemblable que l'intolérance de la recourante était due au descellement d'une vis et au FiberTape, il a cependant reconnu qu'il ne pouvait pas l'affirmer à 100 % et rappelé que les Dr I. _____ et Dr N. _____ étaient d'un avis contraire. Aussi, au vu de l'imagerie qui a montré des signes clairs en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe et des avis convaincants des Dr I. _____ et Dr N. _____, la Cour considère qu'il apparaît vraisemblable – au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales – que la recourante a souffert d'une algodystrophie postopératoire au décours (sur les critères diagnostics dits "de Budapest", voir arrêt TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1), avec – comme l'a relevé le Dr N. _____ – une mobilité tout autour du matériel de fixation avec la persistance d'une activité ostéoblastique (avis du 21 juin 2021). Dans ces circonstances, il n'y avait pas d'amélioration sensible de l'état de santé à attendre d'une AMO dès lors que cette intervention ne servait pas à guérir l'atteinte à la santé (syndrome douloureux régional complexe) mais uniquement à combattre ses symptômes au risque de réactiver une algoneurodystrophie de Sudeck. Le seul fait que la recourante ressentait encore des douleurs après la disparition des signes objectifs en faveur d'une algoneurodystrophie ne permettait par ailleurs pas de conclure que son état de santé n'était pas stabilisé en juin 2022 (arrêts TF 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3; 8C_247/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 5.3 et les réf.). On rappellera à cet égard qu'il existe un consensus entre les Dr I. _____ et Dr G. _____ sur le fait que l'imagerie du 21 octobre 2021 a montré que les signes objectifs d'algoneurodystrophie avaient quasiment disparu.

7.4. Ensuite des éléments qui précèdent, Swica pouvait se fonder sur les avis du Dr I. _____, sans devoir procéder à des mesures d'instruction supplémentaires. Elle a retenu à bon droit une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Lorsque la personne assurée a une capacité de travail limitée dans son activité habituelle mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, le cas doit en outre être clos pour ce motif aussi. Dès lors, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

8.

Traitement à prendre en charge

Le 19 juillet 2022, l'assurée s'est soumise à une ablation du dispositif de cerclage de type FiberTape et des ancres de suture SwiveLock de l'os scaphoïde par voie d'abord dorsale et dénervation partielle de l'articulation radio-carpienne. Dans la mesure où l'AMO n'était pas susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (consid. 7 supra), et que les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA n'étaient pas remplies, il n'appartient pas à l'autorité intimée de prendre en charge les frais de cette intervention et les indemnités journalières y relative (ATF 134 V 109 consid. 4.2).

9.

Calcul du taux d'invalidité

En ce qui concerne le droit à une rente de l'assurance-accidents, la recourante n'a pas contesté dans son opposition les considérations de l'autorité intimée, auxquelles on peut dès lors renvoyer. Selon la décision du 21 juin 2022, la recourante aurait pu percevoir en 2022 un revenu sans invalidité de CHF 38'668.74 et un revenu avec invalidité de CHF 56'732.62. Après comparaison, la recourante ne présente pas de perte de gain. Elle n'a par conséquent pas droit à une rente de l'assurance-accidents.

On ajoutera que la recourante affirme avoir repris une activité à plein temps de laborantine en chimie (préparation d'échantillons, analyses au microscope et établissement de rapports), ce qui montre que le revenu avec invalidité fixé par Swica est certainement inférieur à celui qu'on pouvait raisonnablement exiger de la recourante en 2022 (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires, ligne 86-88 «Santé humaine et action sociale»).

10.

Estimation de l'atteinte à l'intégrité

10.1. Il reste à examiner le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IpAI).

10.2. L'IpAI vise à compenser le préjudice (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas.

Cela signifie que, pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1; arrêt TC FR 605 2022 70 du 24 octobre 2022 consid. 2.4 et les réf.; PERREN/SCHÖNENBERGER, Indemnisation de l'atteinte à l'intégrité, in Informations médicales de la SUVA n° 76, 2005, p. 80 ss). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré. Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt TC FR 605 2020 155 du 8 juillet 2021 consid. 2.3; arrêt TF 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Cette annexe comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, arrêt TF 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Elle représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3 OLAA). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3 OLAA). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA). L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré (art. 36 al. 3, deuxième phrase, OLAA).

Les médecins de la SUVA ont établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes ("Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA"). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt TC FR 605 2020 199 du 13 septembre 2021 consid. 4 et les références).

10.3. En l'espèce, dans son avis du 14 avril 2022, le Dr I. _____ s'est référé à la table 5 des médecins de la SUVA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses. Il a exposé qu'il s'était référé par analogie avec le bas de la fourchette d'une arthrose moyenne du poignet. Dans ses différents avis, en particulier dans l'avis du 14 septembre 2022, le Dr G. _____ a confirmé qu'aucune autre table ne trouvait application. Il a considéré que le taux de 5 % ne reflétait cependant que très partiellement les douleurs de la recourante. Ce n'est toutefois qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'IpAI dépend de l'intensité des douleurs ressenties par la personne assurée. Les pièces médicales ne permettaient en outre pas de retenir l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe au-delà du 30 juin 2022. Il n'existe dès lors aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr I. _____ du 14 avril 2022.

10.4. Dans sa réponse, Swica semble (elle ne prend cependant aucune conclusion à ce sujet) contester le taux de l'IpAI de 5 %, compte tenu de la situation postérieure à juin 2022. L'IpAI est cependant fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2, 1^{ère} phrase, LAA). L'art. 24 al. 2 LAA prescrit par conséquent non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IpAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Il s'ensuit que l'état de santé à la base de l'IpAI doit également être évalué de manière prospective. Aussi, en proposant une évaluation rétrospective, l'autorité intimée ne fait valoir aucun argument pertinent susceptible de remettre en doute l'appréciation du Dr I. _____ du 14 avril 2022. La recourante est en droit de prétendre une IpAI de 5 % (CHF 7'410.-).

11.

Synthèse

11.1. Au vu de ce qui précède, la décision sur opposition du 12 juin 2023 doit être confirmée dans son résultat. C'est à bon droit que Swica a confirmé son refus d'allouer à la recourante des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2022 et a alloué une IpAI de 5 % (CHF 7'410.-).

Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté.

11.2. Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

11.3. Selon le principe de causalité, les frais inutiles doivent être acquittés par celui qui les a occasionnés (ATF 125 V 373 consid. 2b; arrêt TF 8C_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 5 et les réf.). En l'espèce, au vu de l'admission des griefs de la recourante au consid. 5 supra, il se justifie de mettre une indemnité de partie à la charge de Swica. La recourante a en effet produit les avis médicaux requis dans le délai imparti par l'autorité intimée; elle a donc dû déposer un recours pour qu'ils soient pris en considération (même si la situation médicale ne devait pas être examinée de manière rétrospective). Elle a par ailleurs pris soin d'inviter l'autorité intimée à réexaminer sa décision sur opposition avant l'échéance du délai de recours.

C'est donc respectivement l'obstination ou la légèreté de l'autorité intimée qui a rendu nécessaire la présente procédure. Cette situation extraordinaire justifie l'allocation d'une indemnité de dépens en faveur de la recourante, quand bien même celle-ci n'obtient pas gain de cause sur le fond. Pour la fixation de leur montant, il convient de tenir compte de l'importance et de la relative complexité de la procédure, ainsi que de la pratique de la Cour dans des cas semblables. Dès lors, l'indemnité de partie est fixée *ex aequo et bono* à CHF 1'500.- (débours et TVA compris) et mise intégralement à la charge de l'intimée.

(dispositif page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
- III. Une indemnité de partie de CHF 1'500.- (débours et TVA compris) est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 28 mars 2024/obl

Le Président

Le Greffier