

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 septembre 2009

---

Présidence de        Mme    DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :        M.    Jomini et Mme Thalmann  
Greffier     :        M.    Cuérel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

**LA CAISSE VAUDOISE** (ci-après : la caisse), à Lausanne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1, 16, 24, 26 LAA ; 36 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_, née le 3 juin 1939, a travaillé en qualité d'employée d'exploitation auprès du centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ à [...] dès le 1<sup>er</sup> janvier 1985 et jusqu'en 2003, année au cours de laquelle elle a atteint l'âge de la retraite. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA), auprès de l'intimée La Caisse Vaudoise.

L'assurée a été hospitalisée à Hôpital psychiatrique M.\_\_\_\_\_ en 1997 en raison d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Le 23 novembre 1997, alors qu'elle se trouvait encore hospitalisée, elle a tenté de sortir de l'une des chambres de l'établissement qui était fermée à clé ; elle a alors été victime d'une chute dans cette même chambre, au terme de laquelle elle s'est fracturée le poignet droit.

Le 7 janvier 1998, l'employeur de l'assurée a adressé à la caisse une déclaration d'accident relative à cet incident.

**B.** Le 25 novembre 1997, l'assurée a consulté le Dr V.\_\_\_\_\_ à la Permanence chirurgicale Z.\_\_\_\_\_. Dans le rapport médical initial qu'il a établi le 3 mars 1998, ce dernier a diagnostiqué une fracture de Poteau-Colles du poignet droit, précisant que cette lésion était uniquement due à l'accident. Il attestait au surplus une incapacité totale de travail dès le 25 novembre 1998 [recte : 1997] et pronostiquait une reprise à 25 % dès le 9 mars 1998. En réponse à un courrier du 27 mars 1998 de la caisse, ce même praticien a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 23 novembre 1997 puis une reprise à 25% dès le 9 mars 1998. Il précisait enfin que le traitement consécutif à l'accident prendrait fin dans un délai de six semaines.

Par courrier du 6 mai 1998, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assurée, spécialiste FMH en neurologie, a écrit ce qui suit au médecin-conseil de la caisse, le Dr H.\_\_\_\_\_ :

"[...] 1 - La cause principale de l'arrêt de travail de cette patiente (une demande AI est en cours) n'a pas de rapport de causalité avec la fracture du poignet droit.

2 - A l'heure actuelle, l'arrêt de travail, et l'invalidité qui en résulte, est uniquement dû à une affection psychiatrique - état dépressif sévère avec symptômes psychotiques - qui évolue en tout cas depuis juillet 1996 avec aggravation progressive et plusieurs décompensations ayant nécessité des hospitalisations en milieu fermé.

3 - Pour ce qui concerne les séquelles éventuelles de la fracture de Pouteau-Colles du poignet droit (novembre 1997), je vous prie de demander l'avis de nos confrères de la Permanence chirurgicale Z.\_\_\_\_\_ qui l'ont suivie pour ce problème. Au besoin, je vous suggère de procéder vous-mêmes à un bilan fonctionnel du poignet droit. Dans ce cas, pour éviter toute rupture dans une relation thérapeutique qui s'avère très difficile à gérer, je vous prie de préciser que vous le faites avec mon accord préalable. [...]"

Dans une note interne du 18 mai 1998, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé que le traitement médical était terminé depuis le 1<sup>er</sup> mai 1998 et que, compte tenu de la lésion en cause et de l'activité de l'assurée, une incapacité de travail totale jusqu'au 8 mars 1998 et de 50% jusqu'au 31 mars 1998 pouvait être reconnue.

Par courrier du 20 mai 1998, la caisse a informé l'assurée qu'elle prendrait à sa charge les frais de traitement consécutifs à son accident et qu'elle lui verserait une indemnité journalière pour la période du 24 décembre 1997 au 8 mars 1998, fondée sur une incapacité totale de travail, puis du 9 au 31 mars 1998 sur la base d'une incapacité de travail de 50%.

Dans un rapport médical du 29 décembre 1998, le Dr N.\_\_\_\_\_, de la Permanence chirurgicale Z.\_\_\_\_\_, a indiqué que, subjectivement, l'assurée se plaignait de douleurs lors de mouvements de prosupination. Objectivement, il constatait une bascule dorsale de 20°, un cubitus trop long, de même qu'une diminution de la supination de  $\frac{1}{4}$  et de la pronation de  $\frac{1}{3}$ , une extension de 70° et une flexion de 25°. Ce

médecin confirmait en outre que le traitement relatif à la fracture du poignet était terminé depuis le 7 décembre 1998 et qu'une attelle Spencer avait été proposée afin que l'assurée puisse accomplir les travaux du ménage. Enfin, il signalait que le travail avait été repris le 2 mai 1998, qu'il y avait lieu de craindre, au titre de dommage permanent, une limitation de la mobilité du poignet et que le terrain était favorable au développement d'une arthrose.

Le 24 janvier 2006, l'assurée a consulté le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. Ce dernier a établi un rapport médical le 3 février 2006, dans lequel il constate que le poignet droit de l'assurée présente une déformation typique en baïonnette. Il signale que la mobilité du membre est limitée (flexion-extension : 40/0/70 à droite et 80/0/80 à gauche ; déviation radio-cubitale : 10/0/30 à droite et 20/0/40 à gauche ; pronosupination : 45/0/90 à droite et 90/0/90 à gauche) et que des douleurs apparaissent dans la région de la styloïde cubitale droite en fin de mouvement, dans tous les plans. S'agissant de la force de préhension, il indique que la force de préhension du membre affecté est également diminuée (pince digito-palmaire : 18 kg à droite et 22 kg à gauche ; force de la pince pollicio-digitale : 6 kg à droite et 6,5 kg à gauche). Il pose notamment le diagnostic de conflit ulno-carpien sur protusion cubitale après fracture de Pouteau-Colles du poignet droit non réduite du 25 novembre 1997 et propose enfin d'effectuer une ostéotomie hémi-épiphysaire de raccourcissement du dôme cubital avec fixation par deux vis isolées (suivie d'une immobilisation plâtrée pendant six semaines), opération simple qui pourrait selon lui soulager au moins partiellement l'assurée.

Avec l'approbation du médecin-conseil de la caisse, le Dr D.\_\_\_\_\_ a procédé, le 30 mars 2006, à cette intervention chirurgicale qui a été prise en charge par l'assureur-accidents. Dans un rapport médical du 29 mai 2006 faisant suite à une consultation du 23 mai 2006, ce dernier indique que l'assurée ne ressent pratiquement plus de douleurs et constate une bonne mobilité du poignet droit ; les têtes de vis sont palpables et un peu sensibles. Au vu des radiographies, le Dr D.\_\_\_\_\_

observe que la consolidation de l'ostéotomie est acquise et qu'il n'y a pas eu de déplacement secondaire. Il conclut à une évolution favorable, l'assurée pouvant selon lui enlever son attelle et reprendre toutes ses activités.

Le 15 juin 2006, il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse puis à la pose d'une attelle plâtrée antébrachiale pour 24 heures. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a reçu l'assurée en consultation le 16 juin, puis le 28 juin 2006. Il ressort des rapports qu'il a rédigés les 19 juin, 3 juillet et 17 août 2006 que celle-ci n'a émis que peu de plaintes. Après le retrait du plâtre, ce praticien a constaté que la cicatrice opératoire était calme et que le poignet et les doigts de la main droite présentaient une bonne mobilité et sensibilité. Enfin, il signale que l'évolution est favorable et que l'état définitif du poignet sera probablement atteint dès le mois de septembre 2006.

L'assurée s'est rendue chez le Dr D. \_\_\_\_\_ pour une nouvelle consultation le 31 janvier 2007. Ce dernier a dressé un rapport médical le 1<sup>er</sup> février 2007 au médecin-conseil de la caisse, dans lequel il écrit notamment ce qui suit :

"[...] Anamnèse intermédiaire :

La patiente consulte aujourd'hui car elle est scandalisée par le fait de ne pas obtenir de soutien financier par La Caisse Vaudoise LAA, soit sous la forme de rente soit sous forme d'une aide à domicile.

Après avoir bénéficié d'une rente AI à 50% pour raisons psychiatriques en 1998, elle n'a plus que l'AVS depuis 2000 et considère de façon véhémement que cela est insuffisant. Elle estime que l'accident couvert par La Caisse Vaudoise LAA lui a laissé une bosse occipitale et des troubles neuropsychologiques, ainsi qu'une fatigabilité accrue de la main droite.

A la fin de l'année passée, elle n'a pas pu reprendre toutes ses activités ménagères en raison de la persistance d'une gêne lors de certains efforts, tels que le repassage et le port d'objets lourds. Dès lors, elle exige qu'une invalidité ménagère lui soit reconnue.

Status :

Le poignet droit est tout à fait calme. Cicatrice opératoire calme.

Mobilité du poignet :

Flexion-extension : 60/0/70.  
Déviations radio-cubitale : 20/0/30.  
Pronosupination : 70/0/90.

Pas de douleurs spontanées, notamment dans la région cubitale du poignet en fin de mouvement dans tous les plans. Radio-cubitale inférieure stable.

Force de préhension : pince digito-palmaire 24 kg à droite et 20 kg à gauche, force de la pince pollici-digitale 5 kg à droite et 5.5 kg à gauche.

Tinel négatif au-dessus du tunnel carpien. Discrimination sensitive entre 2 points = 4 mm à la pulpe de tous les doigts.

Interprétation RX :

Poignet droit face + profil : variance ulnaire neutre. Ostéotomie consolidée, presque plus visible. Pas d'évidence d'arthrose de la radio-cubitale inférieure. Pas d'évidence de conflit ulno-carpien.

Attitude :

Cliniquement et radiologiquement, l'évolution du poignet droit est tout à fait favorable, avec amélioration de la mobilité et de la force. Subjectivement, elle estime cependant que l'état de son poignet n'est pas suffisant pour pouvoir exécuter toutes ses tâches ménagères sans aide extérieure.

Je n'ai pas d'autre traitement à lui proposer, si ce n'est l'encourager à utiliser son poignet normalement.

Comme la patiente souhaite qu'une invalidité lui soit reconnue dans le cadre d'une expertise médicale, il serait peut-être souhaitable que vous puissiez l'examiner pour vous faire une idée précise du rôle des divers facteurs somatiques et non somatiques. [...]"

Le 16 février 2007, l'assurée a écrit à la caisse pour se plaindre de douleurs quotidiennes au poignet droit. Dans ce courrier, elle exposait notamment avoir beaucoup moins de force dans ce membre, ce qui rendait sa vie quotidienne catastrophique. Ainsi, elle ne pouvait plus porter de poids, en particulier des sacs de commissions, était incapable de passer l'aspirateur, de faire la vaisselle, le ménage et c'était son mari qui, depuis des années, devait se charger de ces tâches ; en outre, s'agissant du repassage, elle avait tout de suite des douleurs au bras et ce travail devenait très pénible et lui prenait beaucoup de temps. Elle souhaitait dès lors que la caisse la soumette à une expertise afin de déterminer l'état de son poignet ainsi que les conséquences de son accident sur sa vie de tous les jours. Enfin, elle précisait ne pas tenir à rester dans "cette situation

d'handicapée de la main droite", car elle se retrouvait dans un état d'incapacité qui lui portait préjudice dans sa vie quotidienne.

La caisse a alors transmis le dossier de l'assurée à son médecin-conseil, le Dr K.\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste, afin qu'il procède à un examen médical. Dans le rapport qu'il a déposé le 27 avril 2007, ce praticien fait état des plaintes de l'assurée, qui évoque notamment la persistance des douleurs de son poignet droit, que l'opération n'aurait que très peu améliorées. Ces douleurs seraient permanentes, aggravées avec l'effort et les antalgiques qui lui ont été prescrits n'auraient eu aucun effet, raison pour laquelle elle dit ne plus les prendre. Le Dr K.\_\_\_\_\_ présente l'assurée comme étant en "bon état général" ; en particulier, il constate une absence de traits dépressifs. S'agissant de l'état de son poignet droit, il écrit ce qui suit :

#### "Status

[...] pas de troubles trophiques. Pas d'hyperthymie. Il n'y a pas de craquement pathologique. Discrète déviation radiale du carpe. Hypersensibilité à la palpation de l'ensemble du poignet, un peu plus sur le versant cubito-arpien. Cicatrice post-opératoire calme. Cicatrice après cure STC, également calme.

#### Mobilité des poignets :

- Flexion/extension 50/0/70° (60/0/80° à gauche)
- Inclinaison radio-cubitale 15/0/35° ddc.
- Pro-supination 90/0/90° ddc.

Les mains sont eutrophiques. Enroulement des doigts préservé. L'opposition du pouce est normale. Artères périphériques palpables. Hypoesthésie discrète, mais globale, de la main droite. Réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques.

Force de préhension : 16-16-18 kg à droite; 20-20-20 kg à gauche.

#### Périmètres :

- Avant-bras (à 10 cm de la pointe de l'olécrane) : 28 cm à droite ; 27 cm à gauche.
- Poignets (à hauteur de la styloïde cubitale). 17,5 cm à droite ; 17 cm à gauche.

Le dossier radiologique est connu. Je confirme que, sur les clichés du 31 janvier 2007, la variance ulnaire est neutre. Il n'y a pas de signes dégénératifs de l'articulation radio-cubitale distale, mais aussi radio-carpienne. Les rapports articulaires sont préservés. Pas de signe d'instabilité intra-carpienne.

#### Appréciation du cas

L'essentiel de l'histoire de cette patiente a été égayé plus haut.

Le résultat objectif de son poignet droit est donc bon. On peut raisonnablement s'étonner de la discordance entre ce tableau radio-clinique rassurant et le tableau subjectif, mauvais.

On peut bien admettre que, compte tenu des modestes séquelles, Mme Y. \_\_\_\_\_ puisse avoir une certaine fatigabilité lors d'efforts soutenus, voire une petite baisse de sa force de préhension. On peut aussi s'attendre à quelques douleurs à l'effort, pouvant toutefois être palliées par une antalgie simple. En l'absence de troubles dégénératifs, 10 ans après le traumatisme, la symptomatologie au repos et une partie de celle aux efforts, même mineurs, ne trouve pas son explication dans une entité anatomo-pathologique bien précise.

Dès lors, Mme Y. \_\_\_\_\_ devrait pouvoir s'occuper de l'essentiel de son ménage. Elle peut faire le nettoyage courant. Il n'y a pas de contre-indication à ce qu'elle puisse faire son lit et sa lessive. Elle peut préparer des repas, pratiquant même un peu d'épluchage de légumes, puis nettoyer les ustensiles de cuisine. Elle pourrait nécessiter un peu d'aide pour passer l'aspirateur et faire les vitres, gestes qui peuvent être réalisés par son mari. Le temps de repassage peut être morcelé (par ex. 20-30' par jour). Les petites commissions sont réalisables. Pour le port de caddies lourds, l'aide du mari est nécessaire."

**C.** Par décision du 24 mai 2007, la caisse a refusé d'octroyer à l'assurée les prestations qu'elle sollicitait. A l'appui de cette décision, elle relevait notamment que les constatations des médecins consultés n'avaient mis en évidence, pour les seules suites de l'accident, aucune séquelle significative justifiant la reprise d'un traitement médical, la prise en charge d'une aide au ménage ou encore le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci après : IPAI).

L'assurée, représentée par Me [...], avocat à Lausanne, a formé opposition contre cette décision par acte du 25 juin 2007, requérant de la caisse qu'il lui plaise :

- "1. Assurer à Madame Y. \_\_\_\_\_ un traitement médical approprié aux frais exclusifs de votre Caisse aussi longtemps que des douleurs et séquelles de l'accident du 23 novembre 1997 subsisteront ;
2. Rembourser à Madame Y. \_\_\_\_\_ l'équivalent d'une aide ménagère à compter du 23 novembre 1997 ;

3. Indemniser Madame Y. \_\_\_\_\_ pour la prise en charge d'une aide de ménage aussi longtemps que des douleurs et séquelles de l'accident du 23 novembre 1997 subsisteront ;
4. Verser à Madame Y. \_\_\_\_\_ une indemnité pour atteinte à son intégrité physique et psychique d'un montant dont la quotité fera l'objet d'une expertise."

La caisse a interpellé son médecin-conseil, le Dr K. \_\_\_\_\_ afin que ce dernier se détermine, d'une part, sur la question de savoir si, au jour de la décision attaquée, les suites de l'accident étaient guéries ou stabilisées, et, d'autre part, quant à l'existence éventuelle d'une atteinte importante et durable à l'intégrité physique donnant droit à une indemnité selon la LAA. Ce praticien a répondu que la situation sur le plan médical était stabilisée au plus tard le 25 avril 2007 et qu'il n'y avait pas lieu d'allouer une IPAI en l'absence d'arthrose ou encore d'une instabilité même mineure. Sur ce dernier point, l'intéressé a renvoyé aux tables 5 et 6 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

**D.** Par décision du 18 février 2008, la caisse a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa précédente décision.

Y. \_\_\_\_\_, représentée par Me [...], a recouru devant le Tribunal cantonal des assurances par acte du 31 mars 2008, formulant les conclusions suivantes :

- I. Le recours de Mme Y. \_\_\_\_\_ est recevable ;
- II. Condamner La Caisse Vaudoise à verser à Madame Y. \_\_\_\_\_ la somme de CHF 357'639,45 avec intérêts à 5% à compter du 1<sup>er</sup> décembre 1997 à titre de gain manqué, indemnité pour atteinte à l'intégrité, tort moral, dommage ménager et frais d'avocat hors procès."

Il ressort du mémoire de recours que le montant de 357'639 fr. 45 articulé sous la conclusion II précitée se compose des postes suivants :

- |  |           |
|--|-----------|
| - IPAI :   | 8'802.45  |
| - Indemnité pour perte de gain :                                 | 29'637.-  |
| - Indemnité relative à la prise en charge d'une aide au ménage : | 319'200.- |

La recourante a également requis la mise en œuvre d'une expertise sous la forme d'un bilan fonctionnel de son poignet droit.

Dans sa réponse du 5 mai 2008, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle s'est pour le surplus opposée à la mise en œuvre de l'expertise sollicitée par la recourante.

La recourante et l'intimée ont tour à tour déposé des déterminations, respectivement le 21 juillet et le 11 septembre 2008. La recourante a produit une attestation signée par son mari, rédigée en ces termes :

"Je, soussigné, [...], né le 2 juillet 1939, époux de Y. \_\_\_\_\_, déclare par la présente confirmer que le poignet de mon épouse est privé d'une majeure et essentielle partie de sa mobilité et de sa force.

Elle souffre de manière permanente, ce qu'elle exprime quotidiennement. Après certains travaux sa douleur est aiguë.

Je confirme que mon épouse est notamment incapable :

- d'ouvrir la capsule ou le bouchon d'une bouteille ;
- d'ouvrir une boîte de conserve ;
- d'ouvrir un pot de confiture (lors de la 1<sup>ère</sup> fois) ;
- de porter le panier à lessive lorsque la lessive est encore humide ;
- de laver les vitres ;
- de passer l'aspirateur ;
- de faire les à-fonds ;
- d'essuyer une partie de la vaisselle : casseroles et poêles ;
- de passer le manteau ;
- de faire tous les travaux de jardinage ;
- de déplacer les meubles ;
- de porter les sacs à commissions ;
- de faire les travaux de couture ;
- de nettoyer le balcon.

Je précise que nous avons dû changer le robinet du lavabo ainsi que celui de la salle de bain et de la douche afin que mon épouse puisse ouvrir et fermer l'alimentation en eau.

Mon épouse est ainsi incapable d'accomplir la plupart des travaux du ménage.

Je vous informe que notre situation personnelle est de plus en plus difficile et que je ne peux plus moi-même aider mon épouse suite à 3 opérations d'importance que j'ai dû subir respectivement le 18 mai 2007, le 22 septembre 2007 et le 22 novembre 2007 (cancer de la vessie, ablation de la prostate suite à un second cancer, de la prostate, nouveau cancer de la vessie avec 34 séances de rayons)."

Enfin, le 6 janvier 2009, l'intimée a adressé à la Cour de céans des déterminations complémentaires.

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

**1. a)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (compte tenu des fêtes pascales) et respectant, au jour de son dépôt, les formes prescrites par les art. 60 et 61 al. 1 let. b LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) ainsi que les art. 7 al. 1 et 8 LTAs (loi vaudoise sur le Tribunal des assurances, en vigueur au moment du dépôt du recours, abrogée au 1er janvier 2009), le recours est recevable sur le plan formel.

Vu la valeur litigieuse, supérieure à 30'000 fr., la présente cause ressortit à la compétence de la Cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 let a a contrario et al. 4).

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question du droit de la recourante aux prestations suivantes (cf. conclusion II de l'acte de recours) :

- une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique et psychique (ci-après : IPAI) (cf. consid. 4 ci-dessous) ;
- une indemnité pour perte de gain (cf. consid. 5a ci-dessous) ;

- une indemnité relative à la prise en charge d'une aide au ménage (cf. consid. 5b ci-dessous) ;
- une indemnité pour ses frais d'avocat hors procès (cf. consid. 5c ci-dessous).

N'est en revanche plus litigieuse la question des prestations de soin et du remboursement des frais y relatifs, laquelle a été soulevée dans l'opposition du 25 juin 2007 mais ne fait l'objet d'aucune conclusion dans le cadre du présent recours.

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

En l'occurrence, il n'est à juste titre pas contesté que l'atteinte subie par la recourante à son poignet droit a résulté d'un accident (non professionnel) survenu le 23 novembre 1997.

**b)** De manière générale, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin

que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

S'agissant de la valeur probante d'un avis médical émis par le médecin-conseil d'un assureur, il est de jurisprudence que dès le moment où dit avis satisfait aux réquisits susmentionnés, il convient de lui reconnaître pleine valeur probante aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 104 V 209 ; TFA, 5 septembre 2000, U 71/00, consid. 2b).

Pour ce qui est d'un avis émis par un médecin traitant de l'assuré, le juge doit tenir compte du fait que celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF, 6 février 2009, 8C\_1051/2008, consid. 3.2).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves" ; ATF 130 II 425, consid. 2.1 ; 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

**4. a)** La recourante réclame en premier lieu l'allocation d'une IPAI, fondée sur les art. 24 ss de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-maladie (LAA, RS 832.20).

Aux termes de l'art. 24 LAA, l'assuré a droit à une telle prestation si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou psychique. Selon l'art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est

prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

L'atteinte à l'intégrité s'apprécie en particulier selon le barème de l'annexe 3 OLAA (art. 36 al. 2 OLAA) qui, s'il est reconnu conforme à la loi, n'est pas exhaustif (ATF 124 V 29, consid. Ib et les références). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans cette liste, il y convient d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (annexe 3 OLAA, ch. 1, 2<sup>e</sup> §). A cette fin, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables n'en demeurent pas moins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209, consid. 4a/cc) et permettent une appréciation plus nuancée. En vertu de l'annexe 3 OLAA, ch. 1, 3<sup>e</sup> §, les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité.

Enfin, il est de jurisprudence que la gravité de l'atteinte à l'intégrité s'apprécie uniquement en fonction des constatations médicales objectives et que l'on ne tient pas compte d'éventuelles circonstances propres à l'assuré, en particulier de la manière dont l'assuré vit son atteinte (ATF 113 V 218, consid. 4 ; Ghélew / Ramelet / Ritter, Commentaire de loi sur l'assurance-accidents (LAA), Lausanne 1992, p. 121) Les aspects subjectifs du dommage sont ainsi exclus de l'indemnisation.

**b)** Le droit à l'allocation d'une IPAI suppose, outre le caractère grave et durable de l'atteinte, qu'il existe un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte subie.

Ce lien de causalité doit d'une part être naturel. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout,

ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402, consid. 4.3.1). D'autre part, le lien de causalité doit être adéquat. Tel est le cas 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 129 V 177, consid. 3.2).

S'agissant des affections psychiques, la jurisprudence du Tribunal fédéral a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il a ainsi classé les accidents en trois catégories, savoir les accidents de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour apprécier la gravité d'un accident donné, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, sur son déroulement. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise. En présence d'un accident de gravité moyenne, il convient d'examiner les circonstances de l'accident à la lumière de critères objectifs au nombre desquels figurent notamment 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 les complications

importantes, ou encore le degré et la durée de l'incapacité de travail dues aux lésions physiques (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 ; 115 V 140, consid. 6c/aa et bb et 409, consid. 5c/aa et bb).

**c)** En l'espèce, la recourante allègue avoir subi une atteinte à son intégrité physique et psychique justifiant l'allocation de l'indemnité sollicitée.

L'instruction n'a toutefois démontré l'existence d'aucune atteinte qui remplisse les critères de durée et de gravité requis par la loi. S'il est vrai que dans son rapport du 29 décembre 1998, le Dr N. \_\_\_\_\_ avait émis, au titre d'hypothèses, des craintes quant à une possible limitation permanente de la mobilité du poignet de même que, quant au risque de développement d'une arthrose, les évaluations médicales subséquentes réalisées dès 2006 par les Drs D. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ démontrent sans conteste que sur le plan objectif, la situation a - contrairement à ses craintes - évolué de manière favorable et que la recourante ne souffre à ce jour d'aucun trouble dégénératif. Ainsi le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin-traitant de la recourante, écrit-il, dans son dernier rapport en date, savoir celui du 1<sup>er</sup> février 2007, que "cliniquement et radiologiquement, l'évolution du poignet droit est tout à fait favorable, avec amélioration de la mobilité et de la force" ; il encourage du reste la recourante à utiliser son poignet normalement. Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il relève lui aussi que l'évolution du poignet droit est bonne, s'étonnant de la discordance entre les tableaux radio-clinique et subjectif. Ce praticien admet l'existence de séquelles modestes en ce sens que la recourante peut ressentir "une certaine fatigabilité lors d'efforts soutenus, voire une petite baisse de sa force de préhension. On peut aussi s'attendre à quelques douleurs à l'effort, pouvant toutefois être palliées par une antalgie simple." Enfin, il relève l'absence de troubles dégénératifs dix ans après le traumatisme et conclut que la recourante devrait pouvoir s'occuper de l'essentiel de son ménage.

Ce dernier rapport satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels permettant qu'on lui accorde valeur probante ; il tient en

particulier compte des plaintes de la recourante, est complet et bien documenté. On ne voit du reste pas de raison qui justifierait de s'écarter des conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_, qui concordent parfaitement avec celles du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-traitant de la recourante, et apparaissent tout à fait convaincantes.

A cet égard, l'attestation rédigée de la main du mari de la recourante n'y change rien. En effet, un tel témoignage écrit ne saurait à l'évidence l'emporter sur l'avis de médecins spécialisés, ce à plus forte raison que, comme il a été dit plus haut, la question de l'intensité de l'atteinte ne s'apprécie qu'objectivement et non à l'aune du ressenti subjectif de l'atteinte par l'assurée.

Il n'existe en définitive, compte tenu du caractère tout à fait mineur des séquelles attestées par les deux médecins précités de même que de l'absence d'arthrose, d'instabilité articulaire du poignet ou encore d'autres troubles dégénératifs, aucune atteinte d'une gravité propre à justifier, au regard de l'annexe 3 OLAA, l'octroi d'une IPAI.

Sur le plan psychique, l'existence d'une atteinte justifiant l'octroi d'une telle prestation apparaît encore d'autant moins vraisemblable à l'examen des circonstances et du déroulement de l'accident en cause. La recourante a chuté seule dans sa chambre, de sa propre hauteur et s'est fracturée le poignet droit en se réceptionnant au sol. En soi, un tel accident ne saurait être qualifié de grave. La question de savoir s'il doit être qualifié de faible ou de moyenne gravité peut quant à elle demeurer ouverte dans la mesure où l'instruction n'a de toute manière révélé aucune circonstance particulière qui justifierait, à la lumière des critères développés par la jurisprudence en cas d'accident de gravité moyenne (cf. consid. 4b in fine), la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate. En particulier, les allégations de la recourante selon lesquelles elle serait, après sa chute, restée seule dans sa chambre des heures durant n'ont pas pu être établies, en l'absence notamment de témoins de la scène. Quant au traitement que cette dernière a subi, il ne paraît pas avoir duré anormalement longtemps ni avoir été mené de

manière contraire aux règles de l'art. Enfin, les différents rapports médicaux produits au dossier démontrent que les séquelles qui subsistent aujourd'hui, telles qu'elles ont été objectivées médicalement, sont mineures.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et une quelconque atteinte à l'intégrité psychique, et refusé à la recourante le droit à une IPAI. Le recours doit donc, sur ce point, être rejeté.

**5. a)** La recourante requiert ensuite le versement d'une indemnité pour la perte de gain qu'elle allègue avoir subie dès l'accident dont elle a été la victime et jusqu'au moment où elle a pris sa retraite.

A la lecture de l'acte de recours, il semble que la recourante fonde à tort sa prétention sur le droit privé. Or, à l'évidence, l'intimée ne saurait dans le cas concret répondre des conséquences de l'accident dont la recourante a été la victime sur la base du droit privé de la responsabilité civile ; son intervention ne peut en effet être fondée que sur le droit public des assurances sociales.

La LAA ne prévoit pour sa part le versement d'indemnités journalières qu'aux conditions de son art. 16, soit en cas d'incapacité de travail à la suite d'un accident. Le service de cette prestation présuppose donc l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail.

En l'occurrence, la recourante a bénéficié de telles indemnités entre le 24 décembre 1997 et le 31 mars 1998 (cf. lettre de l'intimée du 20 mai 1998). Pour la période postérieure, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail de la recourante pour la période envisagée ne résultait plus de l'accident en cause mais uniquement de la pathologie psychique préexistante, ainsi que l'atteste le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-traitant de la recourante, dans son courrier du 6 mai 1998 adressé au Dr H.\_\_\_\_\_.

Dans ces circonstances, la recourante ne saurait prétendre au versement de nouvelles indemnités journalières. A titre superfétatoire, on relèvera que cette prétention de la recourante n'a pas été évoquée au stade de son opposition ; on peut dès lors douter de la possibilité d'examiner cette question au stade du seul recours (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c).

**b)** La recourante sollicite également le versement par l'intimée d'une indemnité relative à la prise en charge d'une aide au ménage.

Une fois encore, à la lecture de l'acte de recours, il semble que la recourante entende fonder à tort sa prestation sur le droit privé. Or, comme il a été dit auparavant, l'intimé ne saurait en l'occurrence répondre des suites de l'accident dont la recourante a été la victime que sur la base du droit public des assurances sociales. Cela dit, comme le relève à juste titre l'autorité intimée, l'aide au ménage ne figure pas au rang des prestations octroyées au titre de la LAA. Dans cette mesure, il ne saurait être fait droit aux conclusions de la recourante.

Et même à considérer qu'il faille interpréter cette prétention de la recourante comme tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent, on ne saurait non plus l'admettre. En effet, l'allocation pour impotent n'est servie, en application de l'art. 26 LAA, qu'en cas de besoin permanent de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (cf. art. 9 LPG). Selon la jurisprudence, les actes en question sont les suivants : se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer et établir des contacts avec l'entourage (ATF 107 V 136, consid. 1c). Or, en l'occurrence, il ressort de l'évaluation faite par le Dr K. \_\_\_\_\_ que la recourante n'est empêchée d'accomplir aucun des actes précités. De la même manière, l'attestation établie par le mari de la recourante, qui contient une liste des activités que cette dernière ne peut prétendument plus accomplir, ne mentionne aucun de ces actes élémentaires.

En définitive, c'est à nouveau à bon droit que l'intimée a refusé d'accorder la prestation sollicitée.

**c)** Enfin, la recourante requiert, dans la conclusion II (in fine) de son recours, une indemnité pour des frais d'avocat hors procès qu'elle a assumés.

S'il est vrai que la recourante était assistée d'un mandataire professionnel dans le cadre de la procédure devant l'assureur puis, en partie, durant la présente procédure de recours, on relèvera, d'une part, qu'il n'est en général pas alloué de dépens dans le cadre de la procédure d'opposition (art. 52 al. 3 LPGA) et, d'autre part, que la recourante n'a finalement obtenu gain de cause dans aucune de ces deux procédures. Dans cette mesure, elle ne saurait prétendre à une quelconque indemnité en remboursement de ses frais d'avocat.

**6.** En définitive, le recours apparaît entièrement mal fondé.

Les éléments au dossier étant tout à fait probants pour résoudre, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, les diverses questions litigieuses, l'expertise médicale requise par la recourante se serait révélée superflue (cf. consid. 3b in fine).

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 18 février 2008 confirmée.

Le présent arrêt peut être rendu sans frais conformément à l'art. 61 let. a LPGA, le recourant n'ayant ni agi de manière téméraire ni témoigné de légèreté.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 18 février 2008 par La Caisse Vaudoise est confirmée.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Y. \_\_\_\_\_, à Lausanne
- La Caisse Vaudoise, à Lausanne
- Office fédéral de la santé publique, à Berne

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :