

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Métral et Mme Pasche
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

J._____, à Lausanne, recourante

et

D._____ **SA**, à Lausanne, intimée

Art. 6 LPGA ; 16, 24 et 25 LAA

E n f a i t :

A. a) J. _____ (ci-après : l'assurée), née le 30 mars 1955, titulaire d'un CFC de vendeuse en bijouterie, a été engagée par la société X. _____ SA dès le 1^{er} octobre 2005 en qualité d'employée de réfectoire à 60%. A ce titre, elle était assurée auprès de D. _____ SA (ci-après : D. _____ SA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

b) Le 28 novembre 2006, l'assurée s'est coupée l'annulaire gauche avec une boîte de conserve en faisant la cuisine sur son lieu de travail, ce qui a nécessité une suture du tendon extenseur du doigt. Une déclaration de sinistre LAA a été établie le jour même par son employeur. Suite à cet accident, l'assurée s'est trouvée en totale incapacité de travail jusqu'au 15 janvier 2007. La reprise du travail a été pénible, en raison de la persistance de douleurs et d'une limitation fonctionnelle des deux derniers doigts de la main gauche. L'évolution a ensuite été défavorable, à cause d'une irradiation proximale des douleurs vers l'épaule gauche dès le mois de février 2007. Le 19 juin 2007, l'assurée a été opérée par la Dresse C. _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, ainsi qu'en chirurgie de la main, qui a pratiqué une ténolyse localisée, à cause d'un déficit de flexion de l'IPD (articulation interphalangienne distale) à 30° et de l'IPP (articulation interphalangienne proximale) à 60°. Suite à cette opération, l'assurée s'est retrouvée en totale incapacité de travail. Elle a bénéficié de séances de physiothérapie et d'ergothérapie, et D. _____ SA lui a versé des indemnités journalières selon la LAA. L'assurée a été licenciée par son employeur au 30 novembre 2007.

c) Les douleurs et les limitations fonctionnelles des deux derniers doigts de la main gauche et les douleurs à l'épaule gauche s'aggravant, l'assurée a fait l'objet, le 13 septembre 2007, d'une expertise médicale par le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main, mandaté par D. _____ SA. Dans son rapport du 2 octobre 2007, ce médecin a diagnostiqué un syndrome épaule-main post-traumatique du

membre supérieur gauche, avec probable algoneurodystrophie de Sudeck, ainsi qu'un status après section de la bandelette latérale cubitale à mi-P2 D4 gauche le 28 novembre 2006, suturée en urgence, puis ténolysée le 19 juin 2007. Dans le status, l'expert a notamment retenu que la mobilité des deux épaules était complète et symétrique, avec cependant à gauche de fortes douleurs en regard de l'espace sous-acromial antérieur en fin de mouvement, dans tous les plans ; il ne se trouvait pas d'évidence nette de conflit sous-acromial, mais il existait une contracture douloureuse du trapèze et du sterno-cléïdo-mastoïdien à gauche. L'expert n'a mis en évidence aucun état pathologique préexistant au niveau de la main gauche. Il a conclu que le syndrome douloureux épaule-main du membre supérieur gauche était en lien de causalité naturelle hautement vraisemblable avec l'accident du 28 novembre 2006. L'évolution n'était toutefois pas encore stabilisée, et il n'était pas certain que le statu quo sine puisse un jour être retrouvé, notamment au niveau de la fonction du 4^{ème} doigt de la main gauche. Par ailleurs, le Dr H. _____ a considéré que, si l'assurée était encore totalement incapable de reprendre une activité d'employée polyvalente dans un réfectoire ou une cuisine, elle était par contre entièrement apte à reprendre un travail de vendeuse en bijouterie, pour autant qu'elle n'eût pas de manipulations lourdes à effectuer avec la main gauche.

d) Dans un rapport médical daté du 17 décembre 2007, le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré que la limitation de la mobilité de l'épaule gauche dont souffrait l'assurée, associée à des douleurs d'apparition spontanée sans traumatisme, était due à une épaule gelée, affection indépendante de l'événement survenu au niveau des doigts. Ce médecin proposait un arrêt de la physiothérapie, associée à une bonne antalgie, au motif que ces symptômes disparaissent en général avec le temps.

B. **a)** Par décision du 15 janvier 2008, D. _____ SA a mis fin aux indemnités journalières versées à l'assurée au 15 avril 2008, pour tenir

compte d'un délai d'adaptation, une pleine capacité de travail lui étant reconnue dès cette date dans l'activité exigible de vendeuse en bijouterie.

b) Le 8 février 2008, l'assurée s'est opposée à cette décision, au motif que les progrès espérés par le Dr H._____ ne s'étaient pas vérifiés. Se référant à un rapport de la Dresse C._____ du 25 janvier 2008, dans lequel ce médecin atteste une incapacité de travail pour toute activité nécessitant l'utilisation des mains, pour cause d'épaule gelée à gauche, l'assurée a affirmé n'avoir toujours pas la possibilité de reprendre son travail, même dans son domaine d'activité antérieur.

c) Un complément d'expertise a été effectué par le Dr H._____ le 9 mai 2008. Dans son rapport du 2 juin 2008, l'expert a retenu que l'état de l'assurée était désormais stabilisé, et que sa capacité de travail restait limitée par la fonction résiduelle du membre supérieur gauche, notamment dans toutes les activités de force ou répétitives de la main gauche ou en élévation du membre supérieur gauche. Par contre, toutes les activités légères, y compris bimanuelles, sur un plan de travail rabaissé, restaient exigibles. Le Dr H._____ notait que, comme vendeuse, la capacité de travail est très dépendante du poste de travail. En effet, le travail de vendeuse, même en bijouterie, nécessite apparemment des manutentions bimanuelles parfois lourdes et des efforts répétitifs du membre supérieur gauche qui limiteraient fortement le rendement de l'assurée. Toutefois, dans une activité de petites pièces sur un plan de travail rabaissé, comme par exemple celle d'ouvrière dans une usine de tri de petites pièces voire dans le conditionnement d'aliments, l'assurée pourrait vraisemblablement travailler à 100%. Par ailleurs, au jour de l'expertise, le taux de l'atteinte à l'intégrité pouvait être fixé à 5%, la fonction de la main gauche s'étant légèrement améliorée depuis l'année précédente, même si cela n'avait pas eu de répercussions sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport du 26 août 2008, le Dr H._____ a, sur demande de D._____ SA, donné des précisions sur la capacité de travail de l'assurée en tant que vendeuse en bijouterie. Il a rappelé qu'il

considérerait, dans son rapport d'expertise du 13 septembre 2007, que l'assurée serait entièrement apte à reprendre un travail de vendeuse en bijouterie, pour autant qu'elle n'ait pas de manipulations lourdes à faire avec la main gauche. Il a aussi fait remarquer que, dans son complément d'expertise du 9 mai 2008, il notait que la capacité de travail en tant que vendeuse restait très dépendante du poste de travail, car cela nécessitait, y compris en bijouterie, des manutentions bimanuelles parfois lourdes ou répétitives, ce qui dépendait du poste de travail, qu'il n'avait naturellement pas inspecté personnellement. Il précisait aussi ne pas connaître les possibilités pratiques d'optimisations du poste. Ces considérations ne lui paraissaient par ailleurs pas directement liées aux constatations médicales, mais plutôt au genre de travail.

d) Dans un courrier du 25 septembre 2008 adressé au médecin-conseil de D._____ SA, la Dresse C._____ a relevé que lors de ses différents examens cliniques, elle avait toujours noté une importante limitation de la fonction de l'épaule (abduction 90 degrés, antépulsion 120 degrés) et a estimé que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5% proposé par le Dr H._____ n'était pas conforme à l'atteinte globale du membre supérieur présentée par l'assurée. Ce médecin proposait que la fixation du taux définitif de l'IPAI soit différée, ou que ce taux soit augmenté.

e) Dans une note du 13 octobre 2008, le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de D._____ SA, a estimé que, en ce qui concernait l'IPAI, tout se discutait dans une fourchette de 5 à 10% au maximum. Une physiothérapie d'entretien pouvait quant à elle se justifier, à raison de 2 x 9 séances par année.

f) Dans un courrier du 5 décembre 2008 à l'attention du médecin-conseil de D._____ SA, la Dresse C._____, se référant à son précédent courrier du 25 septembre 2008, a noté que le status de l'assurée ne s'était pas modifié au niveau de son épaule gauche (abduction 90°, antépulsion 120°, rétropulsion avec pouce au sacrum).

Quant à la mobilité de la main, la distance pulpe-paume de l'annulaire était de 5 cm et celle de l'auriculaire de 0,5 cm. Le traitement médical entrepris consistait essentiellement en de la physiothérapie. En résumé, la patiente présentait une limitation de la fonction de l'annulaire et de l'auriculaire de la main gauche, ainsi qu'un syndrome épaule-main qui était encore actif, puisque les douleurs étaient importantes lors de la mobilisation de l'épaule. Les conclusions de la Dresse C._____ restaient les mêmes que celles du 25 septembre 2008, soit que l'assurée devait bénéficier d'un taux d'atteinte à l'intégrité supérieur à 5%.

g) Dans une note du 15 décembre 2008, le Dr S._____ a notamment indiqué que la relation de causalité entre l'accident de novembre 2006 et le problème à la main dont souffrait l'assurée était probable à certaine. Il était par contre difficile de répondre à cette question concernant le problème à l'épaule, car les deux médecins de la Clinique V._____ (les Drs K._____ et C._____) n'étaient pas d'accord entre eux à ce sujet. Il n'était donc pas exclu que l'accident ait rendu manifeste une pathologie concomitante à l'épaule, d'autant plus que l'autre épaule ne semblait pas avoir une fonction complète non plus. Dès lors, soit l'assureur acceptait totalement la prise en charge du problème d'épaule, soit il refusait totalement le traitement à ce niveau.

h) Dans un rapport du 22 décembre 2008, le Dr H._____ a pris position sur le courrier de la Dresse C._____ du 25 septembre 2008. Il s'est étonné d'une telle divergence dans la mesure des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche de l'assurée. Lors de ses deux expertises médicales, la mobilité était en effet complète, avec cependant quelques douleurs résiduelles. Au niveau de la main gauche, l'assurée présentait une limitation fonctionnelle douloureuse et de la force modérée, notamment de D4. Après avoir revu l'ensemble du dossier, le Dr H._____ est arrivé à la conclusion que le taux de l'IPAI devait se situer dans une fourchette de 5 à 10%, sans qu'il fût possible d'être plus précis. Par contre, un taux supérieur à 10% lui semblait véritablement exagéré.

i) Par décision sur opposition du 12 mai 2009, D._____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé la fin du versement des indemnités journalières au 15 avril 2008. L'assureur-accident a notamment retenu que, au vu des conclusions du Dr H._____, l'assurée était apte à travailler à 100% en qualité de vendeuse en bijouterie, ce qui correspond à sa formation, pour autant qu'elle n'ait pas de manipulations lourdes à faire avec la main gauche, ainsi que dans toute activité de petites pièces sur un plan de travail rabaissé, telle qu'ouvrière en usine de tri de petites pièces ou de conditionnement d'aliments. Quant aux traitements médicaux en lien avec le problème main-épaule, ils restaient à charge de l'assurance-accidents à raison de 2 x 9 séances de physiothérapie au maximum par année, par gain de paix et pour tenir compte de l'avis de l'expert du 2 octobre 2007, qui établissait un lien de causalité naturelle hautement probable entre l'accident et le "syndrome douloureux épaule-main du MSG". En ce qui concernait l'IPAI, l'assureur a déclaré qu'il y avait lieu de suivre les conclusions de l'expert du 2 octobre 2007, qui avait retenu une IPAI de 5 à 10% par analogie avec les Tabelles n° 40 et 41 de la Table n° 3.5 de la SUVA. Il ne se justifiait en effet pas de suivre l'avis de la Dresse C._____ du 5 décembre 2008, qui divergeait de celui de l'expert sur les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche, dans la mesure où le Dr H._____ ne s'expliquait pas de telles divergences au vu des examens cliniques effectués les 13 septembre 2007 et 9 mai 2008, où il avait constaté une mobilité complète de l'épaule gauche, avec quelques douleurs résiduelles. Toutefois, par gain de paix et pour tenir compte de l'avis du Dr S._____ du 13 octobre 2008, ainsi que de la marge de manœuvre laissée à l'administration, l'assureur consentait à fixer le taux d'IPAI à 10%, au lieu des 5% précédemment retenus dans les contacts avec l'assurée.

C. a) Par acte du 10 juin 2009, J._____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du 12 mai 2009, dont elle conclut implicitement à l'annulation, au motif que le taux de l'IPAI ne correspond pas à son incapacité et que les difficultés de mouvement de sa main et de

son épaule ne lui permettent pas d'accomplir un travail de vendeuse en bijouterie.

b) Le 7 août 2009, l'intimée a maintenu sa décision et a conclu au rejet du recours.

c) Dans un courrier daté du 14 septembre 2009 adressé à la juge instructrice, la Dresse C. _____ a déclaré ce qui suit :

« Je reviens sur 2 problèmes essentiels concernant cette affaire :

En ce qui concerne l'épaule gauche de la patiente, il n'a pas été tenu compte des différents rapports que j'ai adressés à l'assurance. En date du 22.12.08, le Docteur H. _____, mandaté comme expert (?) s'étonnait d'une divergence, dans la mesure des limitations fonctionnelles, entre le propre examen qu'il avait réalisé chez la patiente et mes examens antérieurs. En juin 2009, j'ai présenté la patiente au Dr P. _____, orthopédiste, fréquemment cité comme expert en ce qui concerne les problèmes de l'épaule. Il relève la persistance d'une douleur au repos, entraînant des réveils nocturnes 7 jours sur 7. La patiente se plaint d'une difficulté à se coiffer, à porter ou à prendre un quelconque objet au-dessus du plan abdominal.

L'examen de l'épaule gauche révèle une abduction active à 80°, mais complète passivement avec de très importantes douleurs. L'antépulsion est active à 80° mais complète passivement avec beaucoup de douleurs. Dans l'examen coude au corps, on note une limitation de la rotation du bras activement et passivement à 30°, avec le coude à 90° d'abduction, la rotation interne/externe est de 50-0-80°. Il conclut donc à l'existence d'une capsulite rétractile, qui laisse des séquelles dans la fonction de l'épaule. Cette limitation correspond à une perte de l'intégrité d'environ 10%. Nous ne pouvons pas préjuger d'une évolution qui puisse être appréciable.

Je vous demande donc de bien vouloir tenir compte de l'avis de cet orthopédiste qui est fréquemment consulté pour des problèmes d'épaule en tant qu'expert. Le cas échéant, vous pourriez lui soumettre une demande de contre-expertise en bonne et due forme.

Cette limitation de l'intégrité physique se surajoute bien entendu à la limitation en ce qui concerne la main.

Le second point, qui est discutable, est celui de l'exigibilité. L'D. _____ SA dans un courrier du 15 janvier 2008, mentionne au 3^{ème} paragraphe du point 2 exigibilité : "Toutefois, afin de tenir compte d'un délai d'adaptation de 3 mois, nous continuerons à vous allouer une indemnité journalière relative à une incapacité de travail de 100% jusqu'au 15 avril 2008". Si dans la théorie, la patiente pouvait effectivement exercer une activité de vendeuse par exemple, dans la pratique, la limitation de l'abduction de l'épaule à 75° et de l'antépulsion à 100° rend impossible la prise des objets au

niveau ou au-dessus de sa tête. A la même date, la prise d'objets est rendue difficile par la fonction de l'annulaire et de l'auriculaire qui ne peuvent se fermer complètement (distance pulpe-paume = 4 cm pour l'annulaire et ½ cm pour l'auriculaire). La manipulation de plateaux, de vaisselle, est également extrêmement ralentie. Du point de vue médical, la pleine capacité de travail dans une activité exigible n'étant pas réalisée, je pense que l'D. _____ SA qui cesse le versement des indemnités journalières en date du 15.04.09 [recte : 15.04.08], n'assume pas son mandat.

Je souhaite que vous teniez compte de ces arguments dans l'appréciation globale du cas, ce qui manifestement n'a pas été fait jusqu'à ce jour. »

d) Se déterminant le 2 octobre 2009 sur le courrier précité, l'intimée a maintenu sa position en se référant à un avis de son médecin conseil, daté du 28 septembre 2009, dont le contenu est le suivant :

« Cette lettre du 14 septembre 2009 n'apporte aucune réponse médicale nouvelle. On constate simplement la divergence de status entre des moments différents, sans que la raison en soit claire. Cela avait d'ailleurs été évoqué par le Dr H. _____. Le problème est donc de la fiabilité des divers status dont on peut se demander si la compliance de la patiente a toujours été la même. »

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à continuer à bénéficier, au-delà du 15 avril 2008, des indemnités journalières de l'assurance-accident, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité auquel elle a droit.

3. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGA).

Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; cf. ATF 129 V 460, consid. 4.2 ; 114 V 281, consid. 1d). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} phrase, LPGA). Si une activité de substitution est exigible, un laps de temps suffisant compris entre trois et cinq mois doit alors être imparti à l'assuré pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (SJ 2000 II p. 440, consid. 2b). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281, consid. 3c). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (TF 8C_861/2008 du 7 juillet 2009, consid. 3).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351, consid. 3a). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci

aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd, n. 688c, p. 1025). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

c) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a subi un accident en date du 28 novembre 2006, dont les suites ont été prises en charge par l'intimée au titre de l'assurance-accidents, notamment par le versement d'indemnités journalières, au vu de la totale incapacité de travail dans laquelle s'est alors trouvée la recourante dans son activité d'employée de réfectoire. Il ressort toutefois du rapport d'expertise du Dr H._____ du 2 octobre 2007 (cf. supra, let. A.c) que, au jour de l'expertise, soit au 13 septembre 2007, la recourante, par ailleurs encore totalement incapable de reprendre une activité d'employée polyvalente dans un réfectoire ou une cuisine, était désormais entièrement apte à reprendre un travail de vendeuse en bijouterie, soit une activité correspondant à sa formation, pour autant qu'elle n'eût pas de manipulations lourdes à faire avec la main gauche, et ce même si son état de santé n'était pas encore stabilisé. Dans son complément d'expertise du 2 juin 2008, tel que précisé le 26 août 2008 (cf. supra, let. B.c), le Dr H._____ a retenu que l'état désormais stabilisé de la recourante lui permettait de travailler dans une activité légère sur un plan de travail

rabaissé, comme vendeuse ou ouvrière dans une usine de tri de petites pièces ou dans le conditionnement d'aliments. Ces rapports d'expertise du Dr H._____, qui se basent sur un examen de la recourante et son dossier médical, contiennent une anamnèse complète, ainsi qu'une description des plaintes de l'assurée au niveau de la main et de l'épaule. Il ressort notamment du status que la mobilité des deux épaules est complète et symétrique, avec cependant à gauche des douleurs en fin de mouvement. L'appréciation de la situation médicale est claire et motivée. Ces rapports remplissent par conséquent tous les réquisits légaux pour se voir reconnaître valeur probante.

Dans son courrier du 14 septembre 2009 (cf. supra, let. C.c), la Dresse C._____ conteste la pleine capacité de travail retenue par le Dr H._____, au motif que les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche et la fonction restreinte de l'annulaire et de l'auriculaire gauches ne permettent pas à la recourante de prendre des objets au niveau ou au-dessus de sa tête, et ralentissent sa manipulation de plateaux et de vaisselle. Il appert toutefois que ces éléments ont déjà été pris en considération par le Dr H._____ dans sa description d'un poste de travail adapté, même si ce dernier n'a jamais constaté de limitations fonctionnelles de l'épaule gauche mais uniquement des douleurs à ce niveau. En effet, l'expert a bien retenu, dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, que l'état du membre supérieur gauche de cette dernière ne lui permettait plus de travailler que dans une activité ne nécessitant pas de manipulations lourdes ni en hauteur. Il convient par ailleurs de souligner que le rapport de la Dresse C._____, médecin traitant de la recourante, n'est pas assez complet et motivé pour se voir reconnaître pleine valeur probante selon la jurisprudence.

Au vu de ce qui précède, force est de conclure que l'intimée pouvait légitimement considérer que l'assurée possédait, fin 2007, une pleine capacité de travail dans sa profession de vendeuse en bijouterie, pour autant que le poste de travail n'implique pas de manipulations lourdes à faire avec la main gauche. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a mis un terme au versement d'indemnités journalières à la

recourante au 15 avril 2008, tenant ainsi compte d'un délai d'adaptation de trois mois à compter de la décision du 15 janvier 2008 fixant la fin du droit.

4. a) La recourante conteste également le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui lui a été allouée, estimant que celle-ci devrait être supérieure aux 10% retenus par l'intimée.

b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'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 (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). D'après l'art. 25 al. 1 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.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 229, p. 915). 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 ; 113 V 218, consid. 4b ; RAMA 2004 n° U 514 p. 415 ; TFA U 134/03, consid. 5.2 ; RAMA 2000 n° U 362 p. 41 ; TFA U 360/98, consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 235, p. 917).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème, reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29, consid. 1b ; 209, consid. 4a/bb ; 113 V 218, consid. 2a), des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a 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. Dans la mesure, toutefois, 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 à l'OLAA (ATF 124 V 209, consid. 4a/cc ; 116 V 156, consid. 3a ; RAMA 1998 no°U 296, p. 235 ; TFA U 245/96, consid. 2a).

c) Dans son rapport du 2 juin 2008 (cf. supra, let. B.c), le Dr H. _____ a tout d'abord estimé qu'un taux d'IPAI de 5% tenait dûment

compte des limitations de la main gauche de l'assurée. Ce taux a toutefois été contesté par la Dresse C. _____ en date du 25 septembre 2008 (cf. supra, let. B.d) et du 5 décembre 2008 (cf. supra, let. B.f). Ce médecin estimait en effet que ce taux était trop bas, compte tenu de l'atteinte globale au membre supérieur gauche de l'assurée, son épaule gauche présentant en effet également des limitations fonctionnelles. Par conséquent, le taux de l'IPAI devait, selon la Dresse C. _____, soit être augmenté soit être fixé ultérieurement. Le 22 décembre 2008, le Dr H. _____, se déterminant par rapport à l'avis émis par la Dresse C. _____ (cf. supra, let. B.h), s'est étonné de leurs divergences dans la mesure des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche de la recourante, précisant que, lors de ses deux expertises médicales, la mobilité à ce niveau était complète, bien qu'avec quelques douleurs résiduelles. Revenant sur son premier avis s'agissant des douleurs à l'épaule et des restrictions de mobilité à ce niveau, le Dr H. _____, bien que ne s'expliquant pas ces dernières, a alors proposé un taux d'IPAI compris entre 5 et 10%. Cette fourchette avait également été retenue par le médecin-conseil de l'intimée, le Dr S. _____, dans sa note du 13 octobre 2008 (cf. supra, let. B.e). Dans sa décision sur opposition du 12 mai 2009 (cf. supra, let. B.i), l'intimée a consenti à fixer le taux de l'IPAI à 10% au lieu de 5%, par gain de paix et afin de tenir compte de l'avis de son médecin-conseil. Dans son courrier du 14 septembre 2009, la Dresse C. _____ estime néanmoins que les seules limitations au niveau de l'épaule gauche, dues à une capsulite rétractile, justifient déjà un taux d'IPAI de 10% environ. L'avis de la Dresse C. _____ est toutefois très bref et cette dernière n'indique aucun taux précis d'IPAI ni ne motive son point de vue, selon lequel les limitations de l'épaule correspondraient à une perte de l'intégrité d'environ 10%. Il convient par conséquent de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un taux d'IPAI de 10%, par analogie avec les Tabelles n° 40 à 42 de la Table n° 3.5, ainsi qu'avec la Table 1, (épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale), est approprié dans le cas de la recourante. Un tel taux tient en effet dûment compte des différents avis médicaux au dossier, soit de celui des Drs H. _____ et S. _____, qui estiment ce taux entre 5 et 10% mais excessif au-delà, et de celui de la Dresse C. _____, dans la mesure où ce médecin

retient un taux supérieur à 5% afin de tenir également compte des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche.

5. En définitive, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin au droit de la recourante au versement d'indemnités journalières au 15 avril 2008 et qu'elle a retenu une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Le recours doit donc être rejeté et la décision sur opposition du 12 mai 2009 confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 12 mai 2009 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- J. _____,
- D. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :