

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 août 2013

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Métral  
Greffier        :       M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Pierre-Olivier Wellauer, avocat à Lausanne,

et

**R.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Bâle, intimée, représentée par Me Isabelle Jacques, avocate à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1, 10 al. 1 et 19 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation professionnelle, mère d'un enfant né en [...], a travaillé à compter du 1<sup>er</sup> juin 2008 en qualité de caissière pour le compte de H.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de R.\_\_\_\_\_ SA.

Le 30 juin 2008, l'assurée a glissé de sa hauteur sur le sol mouillé et s'est blessée au poignet gauche, sur lequel elle s'est réceptionnée. Elle a interrompu le travail dès cette date. Le même jour, elle s'est rendue à la Clinique [...]. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin assistant à ladite clinique, a établi un certificat médical prévoyant une durée probable d'incapacité de travail de 5 à 6 semaines, prolongée par certificat médical du 9 juillet 2008.

R.\_\_\_\_\_ SA a pris le cas en charge.

Le 8 juillet 2008, l'assurée a subi une réduction ouverte, une ostéosynthèse par plaque palmaire du radius distal gauche et un embrochage de la styloïde cubitale.

Le 4 août 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de clinique à la clinique [...], a posé le diagnostic de fracture du radius distal gauche intra-articulaire avec déplacement secondaire.

L'ablation de la broche styloïde cubitale est intervenue le 23 septembre 2008 (AMO).

Le 10 octobre 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chef de clinique adjoint à la clinique [...], a attesté une incapacité de travail à 50% à compter du 13 octobre 2008.

Le 28 janvier 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de névrome de la branche sensitive du nerf cubital du poignet gauche dans un status après réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque palmaire et embrochage de la styloïde cubitale pour fracture du radius distal et de tenosynovite sténosante des fléchisseurs de l'index et du majeur. L'assurée a subi le 28 janvier 2009 une neurolyse de la branche sensitive du nerf cubital, une résection d'un névrome d'une branche efférente plus une suture micro-chirurgicale termino-terminale, ainsi qu'une infiltration de la gaine des fléchisseurs index et majeur.

Le 27 février 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de travail totale à compter du 28 janvier 2009, d'une durée probable de deux mois.

Le 22 juin 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Dans son rapport médical du 23 juillet 2009 à R. \_\_\_\_\_ SA, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'allodynie dans le territoire de la branche sensitive dorsale du nerf cubital gauche et de status après ostéosynthèse d'une fracture de l'extrémité distale du radius et de styloïde cubitale. Le travail avait été repris à 40% le 1<sup>er</sup> juillet 2009, mais la patiente présentait un manque de force dans la main gauche, une douleur dorso-cubitale de la main et une allodynie sur cicatrice dorsocubitale avec des dysesthésies distalement. Le traitement consistait en de l'ergothérapie de désensibilisation et de l'antalgie. A la question "faut-il s'attendre à un préjudice permanent?", le Dr P. \_\_\_\_\_ a répondu "possible allodynie résiduelle mais évolution en cours".

Le 9 septembre 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une tuméfaction douloureuse du poignet gauche, en précisant que l'examen radiologique avait objectivé une fracture de Fryckmann VIII de l'extrémité distale du radius gauche. A la suite de l'opération du 8 juillet 2008, la

patiente avait développé une neuropathie de la branche sensitive du nerf cubital associée à une allodynie. Vu l'évolution peu favorable de la neuropathie, une nouvelle intervention avait eu lieu le 28 janvier 2009. La patiente décrivant des douleurs de type allodynie au niveau de la face dorsale de la main gauche en regard de la cicatrice ainsi que des douleurs centrées sur l'articulation cubito-carpienne, une infiltration de l'articulation cubito-carpienne par Diprophos avait eu lieu le 31 août 2009. Dans les métiers de magasinnière au rayon fruits et légumes, de caissière, de serveuse ou de femme de ménage exercés avant l'accident, l'incapacité de travail était de 60%. La capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée ne nécessitant pas de mouvements répétitifs ou d'utilisation de la force au niveau du membre supérieur gauche. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit: limitation quant aux mouvements de flexion-extension du poignet et au niveau du port de charges du membre supérieur (moins de 5 kg). Pour le Dr P.\_\_\_\_\_, il existait une atteinte probablement durable à l'intégrité corporelle de l'assurée. Néanmoins, les troubles dont souffrait cette dernière n'apparaissaient pas sur le tableau n° 1 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres supérieurs.

Dans son rapport médical du 8 mars 2010 à R.\_\_\_\_\_ SA, le Dr X.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, a diagnostiqué des douleurs neuropathiques de la branche sensitive du nerf cubital au poignet gauche après un status post-ostéosynthèse par plaque palmaire et embrochage de la styloïde cubitale du même poignet. Il a attesté que l'assurée était suivie à la [...]. L'incapacité de travail était toujours de 60% dans l'activité habituelle, mais entière dans un travail ne nécessitant pas de force (travail de bureau), avec port de charges limité à 5 kg pour le bras gauche. L'assurée ne présentait par ailleurs pas de limitation dans le travail assis, debout ou courbé.

Le 16 mars 2010, les Drs E.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie, ont diagnostiqué un syndrome douloureux chronique du poignet gauche. En présence de douleurs neurogènes, ils ont proposé un test de neuromodulation. Ils ont relevé que la patiente estimait ce

traitement trop compliqué par rapport à ses douleurs et exprimait une grande crainte à son égard.

Le 29 mars 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assurée semblait actuellement consolidé. Elle présentait une limitation fonctionnelle de son poignet liée d'une part à une limitation de mobilité et d'autre part à des douleurs en lien avec l'atteinte de la branche sensitive du nerf cubital. Il estimait l'atteinte à l'intégrité à 7.5%.

Par décision du 3 mai 2010, R.\_\_\_\_\_ SA a informé l'assurée qu'elle mettrait fin aux indemnités journalières le 31 juillet 2010.

A la demande de R.\_\_\_\_\_ SA, l'assurée a fait l'objet d'un examen psychiatrique au [...]. Le 19 mai 2010, le Prof. T.\_\_\_\_\_, psychiatre, et la psychologue C.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1), estimant un travail à 100% peu réaliste compte tenu de l'épisode dépressif de l'assurée, l'état de la patiente au plan psychologique lui permettant de travailler à 50%. Ils ont précisé que comme l'employeur de l'assurée ne pouvait lui attribuer d'autres fonctions, la patiente avait conservé une activité chez H.\_\_\_\_\_ SA à 50% sur une durée indéterminée à partir d'août 2010, et qu'elle serait de ce fait à 50% au chômage à partir du 1<sup>er</sup> août 2010. Le traitement actuel consistait en une thérapie bifocale, à savoir une psychothérapie à raison d'une fois par semaine, ainsi qu'un traitement médicamenteux prescrit par son généraliste, soit un anti-dépresseur, des gouttes et un anxiolytique.

Le 20 mai 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité, au motif qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (main gauche: pas de travaux de force, pas de mouvements répétitifs de pro-/supination, pas de flexion/extension, pas de port de charges supérieur à 5 kg). Elle ne subissait aucun préjudice économique compte tenu de cette capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

Le 31 mai 2010, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a fait savoir au médecin-conseil de R.\_\_\_\_ SA que la situation évoquait pour lui un état de stress post-traumatique, estimant la capacité de travail entière dans une activité ne nécessitant pas l'utilisation de la main gauche. Il était d'avis que le suivi psychothérapeutique et la médication psychotrope semblaient être d'une grande aide pour la patiente. La Clinique [...], par l'intermédiaire du Dr X.\_\_\_\_\_, ne semblait pas proposer de nouveau traitement.

Le 31 mai 2010, l'assurée, par son conseil Me Pierre-Olivier Wellauer, a formé opposition à la décision du 3 mai 2010 de R.\_\_\_\_ SA, affirmant en substance ne pas conserver de capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le 29 juin 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision de refus de rente.

Le 20 juillet 2010, R.\_\_\_\_ SA a rendu une décision relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: l'IPAI) par laquelle elle a reconnu à l'assurée le droit à une telle indemnité d'un degré de 7.5%, correspondant à un montant de 9'450 francs.

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> février 2011, R.\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 3 mai 2010. Elle a notamment indiqué que l'assurée présentait un état de santé stabilisé sur le plan somatique et sur le plan psychologique.

**B.** Par acte de son conseil du 25 février 2011, H.\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce que le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais liés au traitement médical se poursuivent jusqu'à ce qu'un deuxième expert se prononce sur la capacité de travail résiduelle et l'amélioration de son état de santé par des mesures médicales ou paramédicales. En substance, elle fait valoir que selon le Dr P.\_\_\_\_ (rapports médicaux des 23 juillet 2009

et 9 septembre 2009), un préjudice permanent est possible, voire même probable. Elle observe que de l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 8 mars 2010), son incapacité de travail est de 60%. Quant au stage de réadaptation mis en place par l'OAI, il a permis de constater que toute activité nécessitant l'usage de la main gauche était exclue. Elle relève encore que selon le [...], sa capacité de travail est de 50%, alors que le Dr A. \_\_\_\_\_ estime que sa capacité de travail est entière. Pour elle, les conclusions des médecins font apparaître des contradictions inconciliables avec la décision attaquée. Elle soutient enfin qu'il n'y a pas d'activité manuelle pouvant être exercée d'une seule main et qu'il convient dès lors de la soumettre à l'opinion d'un tiers expert.

Dans sa réponse du 17 juin 2011, l'intimée, représentée par Me Isabelle Jaques, conclut au rejet du recours. Elle observe que les certificats/documents médicaux au dossier sont conciliables et que sur le plan somatique l'état de santé de la recourante était stabilisé lorsqu'elle a statué. Elle explique encore que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, et qu'au plan psychologique, sa capacité de travail est également entière, l'intéressée travaillant à 50% pour H. \_\_\_\_\_ SA et étant au chômage pour l'autre 50% selon les médecins du [...]. Elle relève en outre qu'une atteinte durable à l'intégrité corporelle ne signifie pas que l'intéressée subisse une atteinte durable à sa capacité de travail et observe enfin qu'une expertise complémentaire ne se justifie pas.

Par réplique du 11 juillet 2011, la recourante maintient sa position, s'interrogeant à nouveau sur l'activité manuelle ne nécessitant pas l'usage de la main gauche. Elle fait en outre valoir que sa capacité de travail, compte tenu des douleurs résiduelles dont elle souffre, n'a jamais été appréciée, et réitère sa requête d'expertise.

Par duplique du 21 juillet 2011, l'intimée observe que l'OAI a fait les mêmes constats qu'elle et requiert production du dossier de cet office, concluant derechef au rejet du recours.

**C.** Le dossier de l'assurée auprès de l'OAI a été produit. Outre les pièces déjà mentionnées ci-dessus, il en ressort notamment les documents suivants:

- un rapport médical du Dr A. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 29 juin 2009, à l'occasion duquel ce médecin a posé le diagnostic de fracture du poignet gauche avec deux reprises et de trouble anxieux secondaire existant depuis le 30 juin 2008;
- un rapport médical du Dr P. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 11 août 2009, dans lequel ce médecin a diagnostiqué une fracture de l'extrémité distale du radius gauche Fryckmann VIII avec arrachement de la styloïde cubitale, une allodynie sur névrome de la branche sensitive dorsale du nerf cubital au poignet gauche et une ténosynovite sténosante des fléchisseurs de l'index et du majeur gauches;
- une communication du 22 septembre 2009 selon laquelle l'OAI prenait en charge l'atelier de gestion du changement;
- un rapport médical du 21 octobre 2009 du Dr I. \_\_\_\_\_ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR) qui a relevé que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée (limitation fonctionnelle de la main gauche: travaux de force, mouvements répétitifs de pro-/supination, flexion/extension, port de charges de plus de 5 kg);
- une communication du 3 février 2010 de l'OAI accordant à la recourante un stage en entreprise auprès de l' [...] ( [...]);
- une lettre d' [...] du 20 avril 2010 informant l'OAI de l'interruption de stage de l'assurée après 3 jours, au motif que les tâches n'étaient pas compatibles avec son problème de santé, l'intéressée ayant pris la décision de rester chez H. \_\_\_\_\_ SA;

- une communication du 11 mai 2010 de l'OAI accordant à l'assurée une orientation et un soutien dans ses recherches d'emploi;
- la décision de refus de rente de l'OAI du 29 juin 2010, adressée en copie à R. \_\_\_\_\_ SA;
- un courrier du 16 juillet 2010 du conseil de l'assurée à l'OAI indiquant qu'il est consulté;
- un procès-verbal d'entretien du 4 novembre 2010 avec un coordinateur emploi de l'OAI, selon lequel l'assurée disait ne pas pouvoir reprendre d'activité à 100% et se contentait de son 40%, s'estimant inapte physiquement et psychologiquement à entreprendre des démarches et disant refuser la mesure de l'office;
- un compte-rendu d'entretien du 16 mai 2011, selon lequel des cibles de recherches d'emploi étaient mises en place, caissière dans un cinéma, un kiosque, une boutique étant une piste à exploiter;
- un courrier de l'OAI du 16 juin 2011 priant l'assurée de prendre contact avec sa coordonnatrice emploi;
- un courrier de l'OAI du 15 juillet 2011 convoquant l'assurée à un rendez-vous avec sa coordinatrice emploi le 5 août 2011;
- un courrier de l'OAI du 26 mars 2012, à la teneur suivante: *"En référence à notre entretien téléphonique du 15 février 2012, nous vous adressons en annexe un courrier que nous vous prions de bien vouloir nous retourner daté et signé. Nous avons clairement compris que votre emploi actuel à 40% vous convenait et qu'une démarche d'aide au placement*

*n'était actuellement plus nécessaire. Néanmoins, nous avons besoin de votre confirmation pour pouvoir clore, au moins temporairement, notre mandat.*

*Sans nouvelle de votre part d'ici au 13 avril 2012, nous considérerons que vous êtes d'accord avec ce qui précède et fermerons votre dossier";*

- un rapport final du 11 juin 2012 de la coordinatrice emploi à la division administrative de l'OAI, à la teneur suivante: *"Nous avons rencontré l'assurée en date du 4 novembre 2010 dans le cadre de l'aide au placement. Nous avons fixé ensemble des objectifs auxquels celle-ci ne s'y tiendra pas. A maintes reprises, nous reprendrons contact avec notre bénéficiaire et fixerons une nouvelle convocation à l'office le 5 août 2011. Sans excuses, l'assurée ne se présentera pas. Le 15 février 2012, nous reprenons contact avec l'intéressée pour faire un point de situation. Elle nous informe ne plus vouloir bénéficier de notre aide et dit se contenter de son activité à 40% auprès de son employeur actuel. De ce fait, nous lui envoyons une lettre de renonciation à nous signer et retourner d'ici le 13 avril 2012. A ce jour, nous n'avons aucune nouvelle de sa part. Au vu de ce qui précède, nous mettons fin à notre mandat d'aide au placement à ce jour".*

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le dossier AI.

Par écriture du 21 novembre 2012, la recourante a sollicité la suspension de la procédure, en faisant valoir que si aucune mesure de réinsertion n'aboutissait et qu'il n'existait aucune activité adaptée à son handicap, l'OAI devrait revoir sa décision de refus de rente. La recourante a à nouveau sollicité la suspension de cause le 28 novembre 2012.

Dans ses déterminations du 26 novembre 2012, l'intimée s'est opposée à la requête de suspension de cause. Elle a relevé qu'il ressortait du dossier AI que la recourante présentait une capacité de travail entière

et que la reprise du traitement du dossier par l'OAI n'aurait pas d'incidence sur le dossier en cause, compte tenu de cette capacité de travail entière.

Cette requête de suspension a été rejetée le 4 décembre 2012 par le juge instructeur, au motif que la position de l'OAI ressortait de son dossier.

Par déterminations du 18 décembre 2012, la recourante a fait valoir que l'OAI et l'intimée n'ont plus communiqué depuis le mois de juin 2009, si bien que l'argument de l'intimée tendant à se référer aux décisions prises par l'OAI ne l'autorise pas à se prononcer sur sa capacité de travail. Dans un autre moyen, elle fait valoir que l'OAI avait pour tâche de la réinsérer, or seul un stage lui a été proposé. Quant aux deux autres mesures, elles ne lui permettaient pas, en tant que telles, de retrouver une activité professionnelle adaptée à son état. Pour elle, l'OAI a négligé son devoir s'agissant des mesures d'ordre professionnel, estimant que les négligences (sic) de l'OAI doivent être prises en compte, de même que l'absence de résultat à ce jour des mesures de réinsertion mises en place par l'OAI.

Dans ses déterminations du 22 mars 2013, l'intimée a relevé que la recourante aurait dû diriger ses griefs contre l'OAI, que dans la mesure où la décision de l'OAI a été prise sur la base du dossier médical de l'intéressée, comme la sienne, un échange régulier de correspondances n'aurait pas modifié l'affaire, ce que la recourante admet en affirmant que l'OAI a négligé son devoir s'agissant des mesures d'ordre professionnel. Elle observe enfin que dans la mesure où la recourante a sollicité d'être réintégrée dans un programme d'aide au placement, elle admet elle-même disposer d'une pleine capacité de travail.

Dans d'ultimes observations du 3 juin 2013, la recourante fait à nouveau valoir que l'OAI a mal rempli son mandat et qu'il n'est dès lors pas possible de tirer d'argument de son dossier auprès de l'OAI. Elle répète que sa capacité de travail n'a pas été analysée avec le sérieux et

l'objectivité nécessaires. Pour elle, les certificats médicaux au dossier ne sont pas suffisamment précis et ne permettent pas d'arriver au résultat auquel est parvenu l'intimée. Le Dr A. \_\_\_\_\_ fait état d'une capacité de travail de 100% en précisant qu'il s'agit d'une considération théorique. Le Dr X. \_\_\_\_\_ se limite à affirmer que la capacité de travail serait entière dans une activité ne nécessitant pas de force, comme un travail de bureau. Elle indique en outre que certaines douleurs importantes subies à la suite de l'accident n'ont pas été prises en compte dans l'évaluation des divers intervenants. En deuxième lieu, elle soutient que l'intimée aurait dû réaliser par elle-même que l'OAI ne menait pas à bien sa mission puisqu'il n'est pas possible de lui trouver une activité adaptée. Elle relève à nouveau que l'OAI lui a proposé très peu de mesures. Pour elle, l'intimée ne peut donc se fonder sur le dossier AI.

### **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 (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

**2.** En l'espèce, la recourante ne conteste pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui n'est donc pas comprise dans l'objet du litige. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents (indemnités journalières ainsi que prise en charge du traitement médical) au-delà du 31 juillet 2010.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Savoir si l'évènement 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 juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; 119 V 338 consid. 1).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard / Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2<sup>ème</sup> éd., n° 153 p. 895).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008).

**4. a)** Dans le cas présent, les rapports médicaux sur lesquels se fonde l'intimée sont probants et permettent de statuer en toute connaissance de cause, de sorte que l'expertise requise par l'assurée n'est pas nécessaire. Tous les avis médicaux au dossier concordent - et conduisent à retenir une capacité de travail et de gain entière dans une activité adaptée (cf. notamment l'avis médical du 9 septembre 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, ceux des 8 et 29 mars 2010 du Dr X.\_\_\_\_\_, celui du 31 mai 2010 du Dr A.\_\_\_\_\_, et l'avis médical du Dr I.\_\_\_\_\_ du SMR du 21 octobre 2009), seul le Prof. T.\_\_\_\_\_ faisant état d'une capacité de travail de 50%, compte tenu de l'état dépressif de la patiente. Toutefois, ce médecin a également relevé que la recourante travaillerait à 50% dès août 2010 dans la mesure où son employeur ne pouvait lui attribuer d'autres fonctions ou une autre place de travail, et qu'elle serait pour le 50% restant au chômage. Une telle affirmation permet donc de considérer que la recourante présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Au demeurant, même si la recourante souffrait de troubles psychiatriques invalidants, le lien de causalité adéquate avec l'accident ne serait pas établi.

En effet, d'après la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération certains critères, dont les plus importants sont 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 qui ont pu en résulter, ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa; TF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3).

Dans le cas présent, l'accident est de peu de gravité, chuter de sa hauteur ne pouvant être considéré comme un accident de gravité moyenne. Dans ces circonstances, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet accident et d'éventuels troubles psychiques consécutifs doit être niée d'emblée.

Pour le surplus, l'intimée ne remet pas en cause que les médecins interrogés estiment l'incapacité de travail entre 50 et 60% dans l'activité exercée jusqu'alors.

Le grief tiré de la contradiction des rapports médicaux est donc dénué de fondement.

Il y a encore lieu de constater que l'état de la recourante était bien stabilisé au 31 juillet 2010, et très certainement bien avant cette date, une capacité de travail entière lui étant reconnue dans une activité adaptée à compter du mois de septembre 2009 par le Dr P.\_\_\_\_\_. Cela étant, le Dr X.\_\_\_\_\_ a bien posé le 29 mars 2010 que l'état de la patiente semblait consolidé, sans être contredit. Il convient dès lors de constater que l'état de santé de la recourante était stabilisé lorsque l'intimée a statué sur le droit aux prestations, et qu'il l'était à plus forte raison le 31 juillet 2010.

**b)** La recourante se prévaut en outre du fait que le Dr P. \_\_\_\_\_ aurait fait état d'un préjudice permanent possible, voire même probable. Or l'existence d'une atteinte probablement durable à l'intégrité corporelle n'est pas contestée, et a du reste donné lieu à une IPAI de 7.5%, correspondant à un montant de 9'450 fr., préjudice chiffré par le Dr X. \_\_\_\_\_ lui-même à ce taux.

**c)** La recourante semble mettre en doute le fait qu'il existe une activité manuelle pouvant être exercée "d'une seule main". Or la recourante est droitère et il n'est pas établi qu'elle ne puisse plus exercer qu'une activité monomanuelle. S'il n'est par ailleurs pas contesté qu'elle présente des limitations fonctionnelles au niveau de la main gauche (travaux de force, mouvements répétitifs de pro-/supination, flexion/extension, port de charges de plus de 5 kg, cf. rapport médical du Dr I. \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2009), il est constant qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre le marché du travail en général, un certain nombre d'entre elles sont adaptées au handicap de la recourante, notamment des travaux de contrôle et de surveillance.

**d)** La recourante soutient encore que les douleurs résiduelles dont elle souffre n'ont pas été prises en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail. Cette affirmation est pourtant contredite par les rapports médicaux au dossier: il apparaît en effet que les médecins se sont attachés à décrire les douleurs ressenties par leur patiente (ainsi le Dr P. \_\_\_\_\_ les 23 juillet et 9 septembre 2009 et le Dr X. \_\_\_\_\_ le 29 mars 2010), et qu'ils ont intégré ce constat à leur appréciation de sa capacité de travail résiduelle. La recourante ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle soutient que ses douleurs n'ont pas été prises en compte.

**e)** On relèvera enfin que les critiques formulées par la recourante à l'égard de l'OAI ne sont pas non plus de nature à remettre en cause la décision attaquée. Il apparaît bien plutôt que cet office a mis en œuvre les mesures qui pouvaient l'être et a instruit le dossier de la recourante à satisfaction de droit. Il a ainsi interpellé ses médecins, qui

l'ont renseigné par des rapports médicaux des 29 juin et 11 août 2009 notamment. Les éléments médicaux ont ensuite été soumis au SMR. S'agissant du placement, la recourante a pu rencontrer un coordinateur emploi de l'OAI. Pourtant, à la suite de l'entretien du 16 mai 2011, elle ne s'est plus manifestée. L'OAI l'a alors priée de prendre contact avec un coordinateur emploi le 16 juin 2011, puis l'a convoquée à un entretien le 5 août 2011. La recourante ne s'y est toutefois pas présentée. Elle a finalement signalé que son emploi à 40% lui convenait, ce qui a conduit l'OAI à mettre fin à son mandat d'aide au placement (cf. courrier de l'OAI du 26 mars 2012 et rapport final du 11 juin 2012). Quoi qu'il en soit, si la recourante entendait critiquer l'instruction du dossier de l'OAI, il lui incombait de faire valoir ses griefs auprès de cet office, et non dans le cadre de la présente procédure.

Il apparaît au demeurant que lorsque l'intimée a statué, l'OAI avait déjà mené à terme les mesures de réadaptation envisagées, dès lors qu'il a rendu un projet de décision refusant le droit à la rente d'invalidité le 20 mai 2010, à la suite de l'interruption par la recourante de son stage en avril 2010.

**5.** La recourante demande également la poursuite de la prise en charge de son traitement médical par l'intimée.

**a)** L'art. 10 al. 1 LAA prévoit le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (TFA U 188/04 du 18 juillet 2005 consid. 5.2, TFA U 252/01 du 17 juin 2002 consid. 3a, TFA U 134/99 du 8 novembre 2001 consid. 1b, in RDAT 2002 I no 77 p. 502; Jean-Maurice Frésard / Margrit Moser-Szleless, op. cit., no 138 p. 891; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274 ch. 1 et 2).

Aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical s'éteint lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement une sensible amélioration de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Dès cette date, le droit éventuel à une rente de l'assurance-accidents prend naissance. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.1; Frésard / Moser-Szeless, op. cit., nos 138 p. 891 et 153 p. 895; Maurer, op. cit., p. 274 et 372; cf. également ATF 134 V 109 consid. 4 p. 113 ss).

**b)** Si la recourante prend une conclusion tendant à la prise en charge des frais liés au traitement médical, on voit mal à quel traitement elle fait allusion, dans la mesure où elle n'explique pas de quel traitement il s'agit, ni les motifs qui devraient conduire à sa prise en charge. Quoiqu'il en soit, ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 4a), son état était stabilisé à compter du début de l'année 2010, et à tout le moins au 31 juillet 2010. Certes le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait état d'un traitement d'ergothérapie et d'antalgie dans son rapport du 23 juillet 2009. Le 8 mars 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_ a pour sa part uniquement mentionné un suivi à la [...] [...]. A cet égard, les Drs E.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont suggéré, en présence de douleurs neurogènes, un test de neuromodulation, que l'assurée a refusé, estimant ce traitement trop compliqué par rapport à ses douleurs et exprimant une grande crainte à son égard (rapport médical du 16 mars 2010). Cela étant, le 31 mai 2010, le Dr A.\_\_\_\_\_ a indiqué que le Dr X.\_\_\_\_\_ ne semblait pas proposer de nouveau traitement, seul subsistant le suivi psychothérapeutique et la médication psychotrope. Or, ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 4a), les troubles dont se plaint la recourante au plan psychiatrique ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident en cause. Dans ces circonstances, ce traitement n'est donc pas à la charge de l'intimée.

**6.** En conclusion, la décision sur opposition de l'intimée du 1<sup>er</sup> février 2011 est fondée et la recourante ne peut prétendre à la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical au-delà du 31 juillet 2010. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (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 1<sup>er</sup> février 2011 par R. \_\_\_\_\_ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Pierre-Olivier Wellauer, avocat à Lausanne (pour H. \_\_\_\_\_)
- Me Isabelle Jacques, avocate à Lausanne (pour R. \_\_\_\_\_ 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).

Le greffier :