

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 octobre 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, à
Lausanne,

et

R._____, à Lausanne, intimée.

Art. 6 LPGA ; 16 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], droitière, œuvrait depuis le 16 août 2011 pour le compte de l'EMS « [...] » à [...] en qualité d'aide-infirmière et était à ce titre assurée auprès de R. _____ (ci-après : R. _____ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Selon la déclaration d'accident non datée reçue le 22 mars 2012 par R. _____, l'assurée s'était encoublée devant sa maison et était tombée lourdement sur le bras gauche, le samedi 17 mars 2012 à 22h.30. Les premiers soins ont été prodigués le 18 mars 2012 aux [...] ([...]) et, le 21 mars 2012, l'assurée a subi une réduction sanglante et une ostéosynthèse par plaque palmaire en raison d'une fracture comminutive intra-articulaire du radius distal gauche. Elle a présenté une incapacité de travail à 100% dès le 17 mars 2012.

R. _____ a pris le cas en charge.

Dans un rapport du 22 mai 2012, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a mentionné une évolution marquée par une neuroalgodystrophie pour laquelle un traitement de physiothérapie avait été instauré, sans que les radiographies ne montrent de déplacement secondaire de la fracture. Ce chirurgien précisait également qu'une ostéoporose modérée des os du carpe pouvait être en train d'apparaître.

Le 24 juillet 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de prestations AI pour adultes auprès de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison de son atteinte au bras gauche (« radius du bras cassé, Südeck prononcé ») existant depuis le 17 mars 2012.

Dans un rapport du 14 août 2012 au Dr D._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, le Dr X._____ s'est exprimé en ces termes sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée :

"[...]

Appréciation du cas : actuellement la fracture peut être considérée comme consolidée et les suites liées à la neuroalgodystrophie empêchent la patiente de reprendre son activité professionnelle d'aide-soignante. La physiothérapie doit être poursuivie. Une réorientation professionnelle par l'AI est initiée et je leur adresse en copie cette lettre comme certificat.

La patiente pourrait être adressée au centre de réadaptation de la SUVA à Sion afin de traiter son algodystrophie si le médecin-conseil de la R._____, le Dr Z._____, confirme cette indication.

En ce qui me concerne je reverrai Mme G._____ à la fin de l'année afin d'évaluer l'indication à une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse. Je te laisse le soin d'adapter sa capacité travail jusqu'à cette date. [...]"

Par lettre du 9 novembre 2012, l'EMS « [...] » a signifié à l'assurée la résiliation de son contrat de travail avec effet au 31 janvier 2013, dès lors qu'elle se trouvait en incapacité de travail depuis le 17 mars 2012.

Dans un rapport du 18 décembre 2012 au Dr D._____, le Dr X._____ a relevé que le suivi d'une physiothérapie dirigée avait permis une récupération progressive de la fonction du poignet et de la main gauches de l'assurée. A l'examen, ce chirurgien a observé ce qui suit :

"La mobilité en prosupination est presque symétrique, l'inclinaison radio-cubitale est limitée mais peut être aisément initiée sans douleur et la flexion dorso-palmaire elle reste sévèrement limitée en flexion palmaire à environ 15°. La tuméfaction des doigts et du poignet tend à diminuer. Il persiste une allodynie de la cicatrice qui est discrètement érythémateuse.

Les radiographies confirment la consolidation de la fracture."

De l'avis du Dr X._____, il était trop tôt pour envisager l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO). Il se prononçait pour la poursuite d'une physiothérapie dirigée, estimant une reprise de la profession habituelle d'aide-soignante impossible, avec la précision qu'une

réorientation professionnelle était en cours auprès de l'assurance-invalidité (stage à l'Orif) dans une activité de secrétariat. Un contrôle radio-clinique était prévu à dix-huit mois post accident afin d'évaluer l'indication de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Dans un rapport du 25 janvier 2013, le maître socio-professionnel répondant et le directeur de l'Orif de [...] se sont prononcés en ces termes au sujet de l'observation professionnelle de l'assurée débutée le 7 janvier 2013 :

“Proposition :

Au vu des douleurs encore très présentes et de la dégradation très rapide de la main gauche de Mme G._____, la mesure a été interrompue en date du 21 janvier 2013 d'entente avec votre office.

Selon nos observations, l'exercice d'une activité dans le bureau-commerce est précipitée et pas envisageable pour l'instant.

Dans le cas où le domaine serait retenu par la suite, en cas d'amélioration de l'état de sa main, il serait bénéfique pour Mme G._____ de pouvoir suivre des cours d'informatique sur les outils OFFICE et Windows, ce qui permettrait à votre assurée de réintégrer le marché du travail grâce aux connaissances professionnelles déjà acquises, qu'il suffirait de rafraîchir.”

L'assurée a été examinée le 9 janvier 2013 par le médecin-conseil de R._____. Dans son rapport d'examen du 28 janvier 2013, le Dr Z._____ a indiqué notamment ce qui suit :

“Au status : femme de 164,5 cm, 93 kg. Absolument pas dépressive, de contact facile, participant parfaitement bien à l'examen, y apportant toute sa collaboration.

En station verticale, l'épaule gauche est légèrement plus basse que la droite.

Mobilité cervicale en extension distance menton-sternum 15 cm en flexion 1 cm, rotations de la tête 80° symétriques sensibles, flexions latérales 20° symétriques sensibles aussi, sensation de sable dans la colonne cervicale. Mobilité des épaules : élévation 180° symétrique, abduction 180° symétrique, rotation externe 60° symétrique, interne 100° symétrique. Mobilité des coudes: sans limitation avec une légère hyper extension des 2 coudes. Circonférence des bras chez une droitrière 33 cm symétrique, des avant-bras 27 cm à gauche, 28,5 à droite. Circonférence des poignets 18,5 cm symétrique. Ecartement des doigts, avec une distance entre le pouce et le 5ème doigt de 18 cm à gauche, 21 cm à droite.

Mobilité des poignets : extension-flexion à gauche 30/0/10, à droite 90/0/100, ab-adduction 20/0/20 à gauche, 40/0/10 à droite,

supination 70° à gauche, 90° à droite, pronation 80° symétrique. Bonne extension des doigts, du pouce, le poing peut être presque complètement refermé à gauche, pas de trouble de la sensibilité. Cicatrice longitudinale antérieure, centrale à la partie distale de l'avant-bras, sensible à la palpation, non adhérente.

Les nouvelles radiographies en 2 incidences des 2 poignets montrent un matériel d'ostéosynthèse palmaire gauche parfaitement stable, une fracture consolidée, une inclinaison radio-cubitale du radius distal de 20° à gauche, 27° à droite, une bascule palmaire du radius distal gauche de 20°, 12° à droite. Une nette dystrophie osseuse à la partie distale du radius et des os de la main gauche comparée à la main droite. La longueur du radius gauche est au niveau de l'articulation radio-cubitale distale augmentée de 2-3mm.

Appréciation : actuellement, l'évolution est favorable, les douleurs tout à fait supportables ne prend du reste plus de médicament, mais utilise principalement sa main droite, évite toute charge du membre supérieur gauche, ce qui est surtout frappant c'est l'enraidissement du poignet gauche surtout en extension et en flexion.

Si je ne vois pas l'intérêt actuellement de drainage lymphatique, par contre une dizaine de séances d'ergothérapie me semblerait justifiée. Si ce traitement était retenu, il n'y aurait pas de raison de poursuivre la physiothérapie. A mon avis Mme G. _____ va pouvoir d'ici février rechercher une activité adaptée et tout d'abord à 50%, puis à partir de mi-mars à 100%.

Le dernier contrôle du Dr X. _____ remonte au 18 décembre [2012], le prochain contrôle est prévu avec éventuellement une ablation du matériel d'ostéosynthèse dont l'indication reste très relative en septembre 2013."

Par décision du 4 février 2013, R. _____ a informé l'assurée que de l'avis de son médecin-conseil, elle bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'exercice d'une activité adaptée dès le 1^{er} février 2013, puis de 100% à partir du 15 mars 2013. R. _____ lui servirait ainsi ses indemnités journalières à un taux de 50% du 15 février au 15 mars 2013, date de la fin du versement des prestations.

Le 11 février 2013, l'assurée a fait part de ses observations sur la décision précitée en indiquant que malgré ses efforts, elle n'avait pas été en mesure de mener à terme son stage d'orientation professionnelle de trois semaines auprès du centre Orif de [...]. Elle précisait que cet abandon était lié à sa main douloureuse et très enflée, les responsables du stage lui ayant demandé de ne pas poursuivre la mesure.

Le 28 février 2013, dès lors assistée de son conseil, l'assurée a souligné que les conclusions du rapport du 28 janvier 2013 du médecin-

conseil de R._____ étaient contredites par les observations du rapport du 25 janvier 2013 des responsables du centre Orif de [...]. Elle relevait qu'en raison de l'état de sa main gauche (avec la persistance de douleurs et une dégradation très rapide de ce membre), l'exercice d'une activité dans le domaine du « bureau-commerce » était « précipitée et pas envisageable pour l'instant ». Elle reprochait en outre au Dr Z._____ de ne pas avoir tenu compte pour l'appréciation de sa capacité de travail de l'impact éventuel du syndrome de Südeck-Leriche (ou algoneurodystrophie). Elle observait que dans son rapport du 14 août 2012, le Dr Z._____ notait pourtant que « les suites liées à la neuroalgodystrophie empêchent la patiente de reprendre son activité professionnelle d'aide-soignante », indiquant que le syndrome en question pouvait être à l'origine d'une incapacité de travail. S'ajoutait à cela que le 22 mai 2012, le médecin-conseil de R._____ avait attesté l'apparition d'« une ostéoporose modérée des os du carpe ». Or, l'algoneurodystrophie se caractérisait par une déminéralisation épiphysaire. Cette pathologie « compliquant » la situation était également mise en évidence par le médecin traitant, le Dr D._____. L'assurée demandait par conséquent à R._____ la poursuite du versement de ses indemnités journalières à 100% à compter du 1^{er} (recte : 15) février 2013.

Le 8 mars 2013, l'assurée a produit un certificat du 4 mars 2013 du Dr D._____ adressé à son conseil. Le médecin traitant résumait en ces termes les diverses investigations menées :

“Par la présente, je confirme être le médecin traitant de Madame G._____ depuis le 7 mai 2012.

Madame G._____ travaille comme aide-soignante à l'EMS du [...] à [...]. Elle a présenté une fracture du radius distal gauche le 17.3.2012 suite à une chute. Elle a été traitée par ostéosynthèse le 21.3.2012 à l'hôpital d' [...] par le Docteur X._____, mais malheureusement les suites se compliquent d'une algoneurodystrophie de Südeck dont l'évolution n'est pas favorable, caractérisée par la persistance de douleurs et surtout d'œdème, empêchant une activité professionnelle.

Madame G._____ bénéficie d'un traitement de physiothérapie et de miacalcic spray. Malheureusement, la mobilité est limitée en flexion palmaire, avec notamment une tuméfaction que l'on constate à chacune de mes consultations.

J'ai suivi la patiente régulièrement dès le 7.5.2012, et je l'ai vue le 22.5.2012, le 27.7.2012, le 1.10.2012, le 26.10.2012, le 27.11.2012,

le 21.12.2012, le 28.1.2013, le 8.2.2013, et finalement le 27.2.2013, date de la dernière consultation.

La patiente a aussi été suivie respectivement par les Docteurs B. _____, rhumatologue à [...], le Docteur X. _____, orthopédiste à [...] qui a opéré la patiente.

Elle a aussi effectué un stage à l'ORIPH [actuel : Orif] à [...] dans le cadre d'une mesure d'intervention précoce (AI), mais qui a dû être interrompu en raison de la dégradation de l'état de la main gauche à Madame G. _____ le 21.1.2013 de façon précoce, qui, selon leurs conclusions ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle, conclusion à laquelle j'adhère totalement. En effet je ne crois pas que la patiente est actuellement en état de travailler en raison de cette main gauche douloureuse et tuméfiée.

Par ailleurs, les conséquences de ces troubles fonctionnels de la main gauche entraînent des troubles du sommeil, et une baisse de l'état général global de cette patiente en raison de ses difficultés administratives et procédurières en plus de la maladie de Südeck ayant compliqué sa fracture."

Le 23 avril 2013, l'assurée a été réexaminée par le Dr Z. _____. Il ressort ce qui suit du compte-rendu d'examen du 29 avril 2013 établi par le médecin-conseil de R. _____ :

"Consultation du 23.04.2013

Evolution défavorable dit-elle depuis mon premier examen de janvier : la mesure d'intervention précoce commencée le 07 janvier, a été interrompue après 11 jours effectifs, alors qu'il était prévu 3 semaines en raison de fortes douleurs à la main gauche. Même dans une activité de bureau, l'ORIF estime qu'elle n'est pas encore envisageable. Il était envisagé des cours d'informatique, permettant une réintégration au marché du travail. Mme G. _____ utilise un ordinateur à la maison, pour son courrier, pour des recherches d'emploi. Elle est suivie par le Dr D. _____ une fois par mois, le dernier contrôle remonte au 25 mars, le prochain est prévu le 24 avril. Elle s'inquiète d'une tension artérielle augmentée, me donne des valeurs de 150 sur 90, comme médicament Remeron 30 mg, un par jour, a renoncé aux anti-inflammatoires sans effet dit-elle, prend encore du Dafalgan un tous les 2 jours en moyenne. Ne peut s'endormir qu'à 4h du matin et pendant environ une heure, jusqu'à maintenant n'a pas voulu prendre des somnifères comme proposé par son médecin de famille.

Au status : mobilité cervicale, distance menton-sternum en extension 15 cm, en flexion 2 cm. Rotations de la tête 40° à droite, 50° à gauche. Flexions latérales 20° symétriques avec des craquements comme du sable dit-elle, avec des douleurs paracervicales inférieures gauches irradiant sur l'épaule gauche. L'épaule gauche est toujours nettement plus basse que la droite. Mobilité des épaules sans changement, comparée à janvier, à l'exception de la rotation externe, 70° symétrique. Mobilité des coudes sans limitation, comme en janvier 2013. Circonférence des

avant-bras 26,5 cm à gauche, 28 à droite, même différence de circonférence qu'en janvier. Circonférence des poignets 18,5 cm symétrique, écartement des doigts de la main gauche 18,5 cm (18 cm en janvier). Amplitude des mouvements du poignet gauche, extension-flexion 25/0/43, ab-adduction 20/0/20, supination-pronation 70/0/80, extension relativement bonne des doigts, flexion permettant la fermeture du poing, mais manque de souplesse, de force de la main gauche. Troubles de sensibilité sur la partie radiale, distale de la cicatrice palmaire au poignet. Dysesthésie, comme un courant électrique partant du quart distal de la cicatrice jusqu'au pouce (névrome cicatriciel ?) ces troubles de la sensibilité n'étaient pas présents en janvier. Sensibilité des doigts différente à droite, diminuée."

Dans un rapport du 15 mai 2013, le Dr Z. _____ a répondu comme il suit aux questions de R. _____ s'agissant de l'état de santé de l'assurée et ses incidences éventuelles sur l'exigibilité dans une activité adaptée en comparaison avec son précédent examen du 9 janvier 2013 :

"Après le réexamen du 23.04.13, après avoir pris connaissance du rapport ORIF du 25.01.13, du rapport du Dr D. _____ du 04.03.13. Question sur les constatations cliniques actuelles, plaintes et status local, rapportés dans le rapport de consultation du 23.04.13 et comparaison avec les constatations cliniques du 09.01.13: pas d'augmentation de circonférence du poignet déjà constaté en janvier, circonférence tout à fait comparable à celle du poignet opposé, contrairement aux constatations du Dr D. _____ qui décrit une main tuméfiée (rapport du 4 mars 13). Amélioration de la mobilité en extension, flexion du poignet gauche qui passe d'une amplitude de 40° à une amplitude de presque 70°, sans changement de l'ab-adduction dont l'amplitude est de 40° alors qu'elle est de 50° à droite. La pronation particulièrement utile pour un travail de bureau n'est pas diminuée et tout à fait comparable à la pronation du poignet droit, la supination reste légèrement limitée à 70° (90° à droite) ce qui pour un travail de bureau reste fonctionnellement sans importance. Le traitement des douleurs est tout à fait minime, consiste à passer sa main sous l'eau chaude et froide, alternativement, avec des doses minimales de Dafalgan, un tous les 2 jours en moyenne. Il est noté dans le rapport ORIF, une vitesse de saisie correcte, une excellente vitesse de frappe, il est mentionné aussi les difficultés dans le tri, le classement des dossiers mais sans plus de précision sur le volume et le poids de ce qu'elle devait trier. Capacité de travail dans une activité adaptée comme affirmé dans mon rapport du 28.01: l'activité est de 50% dès février 2013 et de 100% dès le 15 mars 2013. Il est clair que, comme Mme G. _____ n'avait pas travaillé depuis son accident du 17.03.12 la reprise, lors de son stage à l'ORIF, a entraîné une augmentation de douleurs ce qui à mon avis ne justifiait pas l'interruption du stage."

Le 23 mai 2013, l'assurée a produit un rapport du 8 mai 2013 de la Dresse H. _____, rhumatologue. A son examen du 5 mai 2013, la

Dresse H. _____ a relevé en particulier ce qui suit sur l'état de santé de l'assurée :

"[...]

L'évolution locale est relativement satisfaisante :

- Œdèmes distaux mais relativement symétriques, peut-être même un peu plus marqués à droite qu'à gauche.
- Flexions palmaire d'environ 30°, extension d'environ 30°.
- Pas encore de récupération de la force distale et douleurs relativement diffuses.

L'examen clinique permet aussi de retrouver une souffrance cervicale globale sans limitation de la mobilité avec des contractures bilatérales à légère prédominance gauche, une irradiation de l'angulaire de l'omoplate, à la région inter-scapulo-vertébrale.

La patiente signale parfois des douleurs lombaires dans un contexte de scoliose connue mais modérée et de surcharge pondérale.

Je retrouve aussi aux MS [membres supérieurs] des irradiations d'origine cervicale ddc [des deux côtés], un peu plus marquées à gauche qu'à droite avec épicondyalgies et épitrochléalgies mais il n'y a pas de tendinopathie locale.

Epaules et coudes ne sont pas limités. Il n'y a pas de syndrome épaule-main.

Fort heureusement il n'y a aucune rétraction distale. Il n'y a pas non plus de ténosynovite, simplement une douleur à la palpation de la base du pouce en faveur d'une rhizarthrose débutante un peu plus symptomatologique à gauche qu'à droite (répartition de la force probable).

Cette patiente est droitrière, a exercé la profession d'aide-soignante. Elle est en train de se réorienter vers un travail de secrétariat, a déjà travaillé dans les bureaux avant d'exercer la profession d'aide-soignante.

Elle est parfaitement autonome au domicile, bien qu'il y ait eu sans doute de nombreuses difficultés au départ après la fracture elle-même.

L'ablation du matériel sera sans doute envisagée fin 2013 avec un rendez-vous prévu auprès de Monsieur le Docteur X. _____ en septembre.

L'évolution de l'algodystrophie elle-même est donc favorable, sachant qu'il y aura une probable amélioration radiologique dans les 5 ans, clinique au bout de 18 mois.

Nous sommes donc parfaitement dans les temps."

Sur la base de ses constatations, la Dresse H. _____ proposait la poursuite de la physiothérapie, une éventuelle prise en charge physiothérapeutique pour le rachis cervical faute d'amélioration à l'examen radiologique ainsi qu'un traitement d'ergothérapie.

Par décision du 4 juillet 2013, R._____ a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle se fondait sur les conclusions du Dr Z._____ du 23 avril 2013, lequel ne décrivait pas de limitation à la reprise d'une activité professionnelle. Si le Dr Z._____ admettait que la reprise du travail avait pu entraîner une augmentation des douleurs, ces dernières ne justifiaient pas l'interruption du stage à l'Orif de [...].R._____ était ainsi d'avis que faute de nouvel élément contraire, il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions de son médecin-conseil. Elle a dès lors confirmé la réduction des indemnités journalières à 50% dès le 15 février 2013 et a mis fin à leur versement au 15 mars 2013, la capacité de travail de l'assurée étant recouvrée en totalité.

B. Par acte du 13 août 2013, G._____, représentée par Inclusion Handicap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme, des indemnités journalières entières lui étant versées au-delà du 15 février 2013 et « tant que les conditions de l'article 6 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1] continueront à être remplies ». En substance, elle reproche à R._____ de s'être basée pour son analyse uniquement sur les rapports de son médecin-conseil, au détriment de ceux contradictoires des Drs D._____, X._____ et J._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI ainsi que des constatations des responsables du stage Orif. La recourante allègue que sa situation n'est pas stabilisée, relevant à cet égard que le Dr Z._____ a lui-même constaté le 29 avril 2013 une dysesthésie apparue depuis son premier examen de janvier 2013. Elle soutient que dans son appréciation, le Dr Z._____ a ignoré le syndrome de Südeck, affection pourtant à l'origine de son rétablissement très lent. Elle relève que quand bien même il constate une dysesthésie susceptible également de provoquer des douleurs, le Dr Z._____ l'occulte sans raison, minimisant les douleurs exprimées en particulier lors du stage Orif. Elle ajoute que selon les responsables de ce stage, l'importante tuméfaction de sa main l'empêchait de poursuivre la mesure, à savoir d'exécuter des tâches d'assistante de bureau. Elle soutient que les

rapports du médecin-conseil de l'intimée n'ont pas valeur probante mais que celui du 4 mars 2013 du Dr D._____, corroboré tant par les responsables Orif que par le médecin-conseil du Service de l'emploi, devrait l'emporter, une incapacité de travail totale devant être reconnue. Subsidiairement, elle fait valoir que par sa décision du 4 février 2013, l'intimée n'était pas fondée à mettre fin aux indemnités journalières au 15 mars 2013 en les diminuant au préalable de moitié dès le 1^{er} (recte : 15) février 2013 sans lui accorder un délai convenable (compris entre trois et cinq mois) pour retrouver une activité. Elle produit avec son recours un rapport du 15 juillet 2013 du Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil du Service de l'emploi, qui atteste une incapacité de travail temporaire totale d'une durée prévisible de neuf mois dès le 17 mars 2012 en toutes activités.

Dans sa réponse du 13 septembre 2013, R._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. Elle maintient que seuls les rapports du Dr Z._____ ont valeur probante s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, sa décision de mettre fin aux prestations litigieuses n'étant pas critiquable. L'intimée observe en outre que la prise en charge des indemnités journalières à 100% jusqu'au 14 février 2013, puis à 50% jusqu'au 15 mars suivant, a permis à la recourante de s'annoncer dans les meilleurs délais auprès de l'assurance-chômage.

Au terme de sa réplique du 8 octobre 2013, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale par le Tribunal afin de trancher le litige.

Par courrier du 21 octobre 2013, la recourante a produit les nouvelles pièces suivantes :

- un protocole opératoire du 16 octobre 2013 du Dr X._____ en lien avec l'ablation le même jour du matériel d'ostéosynthèse (plaque palmaire du radius distal G) ;

- un certificat du même jour dans lequel le Dr X._____ atteste une incapacité de travail de l'assurée d'une durée probable de quatre semaines débutée le 16 octobre 2013.

C. Le dossier de l'assurance-invalidité a été produit le 28 octobre 2013. En plus des pièces figurant sous lettre A ci-dessus, il comprend en particulier les éléments suivants :

- un rapport d'examen SMR du 23 avril 2013 du Dr J._____ qui retient l'atteinte principale à la santé de status post fracture distale du radius gauche (S00-T98) avec pour incidence une incapacité de travail à 100% de l'assurée dès le 17 mars 2012, et estime que la capacité de travail de l'assurée est de 50% dès le mois de février 2013 et de 100% dès le 1^{er} mars 2013 ;
- un projet de décision du 29 avril 2013 dans lequel l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser ses prestations ;
- un avis du 23 juillet 2013 au terme duquel les Drs J._____ et M._____ du SMR ont rappelé que les rapports de l'Orif n'avaient pas de valeur médicale dès lors qu'ils étaient basés sur des observations et non pas sur un examen médical ;
- un rapport du 6 septembre 2013 dans lequel le Dr X._____ a informé l'OAI que l'examen clinique du même jour révélait une récupération des amplitudes articulaires en pro-supination avec une limitation en flexion dorso-palmaire d'environ 20° par rapport au côté controlatéral. Une tuméfaction de la main était observée avec des dysesthésies éventuelles. Les radiographies attestant une fracture consolidée, le Dr X._____ annonçait l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) le 16 octobre 2013.

Le 31 octobre 2013, les parties ont été invitées à se déterminer sur le dossier de l'assurance-invalidité.

Dans ses déterminations du 18 novembre 2013, la recourante a relevé maintenir les conclusions prises à l'appui de son acte du 13 août 2013.

Le 21 novembre 2013, R._____ a confirmé les conclusions de sa réponse. Elle a noté que le Dr J._____ du SMR fondait son appréciation sur celles des Drs X._____ et Z._____ dont il ne voyait pas de raison de s'écarter. Le médecin du SMR a également rappelé que de par leur nature, les rapports de l'Orif n'avaient pas de valeur médicale. A la suite de l'échec de la mesure Orif, le Dr Z._____ a conclu à de légères limitations fonctionnelles n'autorisant pas de retenir une incapacité de travail. Fondé sur les constatations de l'examen du 6 septembre 2013 du Dr X._____, le Dr J._____ a mentionné une « faible limitation » en demandant au Dr X._____ de revoir l'assurée trois semaines après l'AMO. En l'absence de rapport relatif à ce nouvel examen, l'intimée a retenu que le Dr X._____ confirmait l'évolution favorable déjà décrite le 18 décembre 2012.

Le 16 juin 2014, le juge instructeur a invité l'OAI à produire les pièces du dossier s'y étant ajoutées depuis le 28 octobre 2013.

Il en résulte qu'en date du 7 novembre 2013, l'OAI a invité le Dr X._____ à le renseigner sur les limitations fonctionnelles qui subsisteraient ainsi que sur les motifs qui pourraient faire que dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail ne serait pas entière. Donnant suite à cette demande le 15 janvier 2014, le Dr X._____ a relevé ce qui suit :

"1. Madame G._____ a été victime d'une fracture du radius distal qui a été traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse dont les suites ont été marquées par un Sudeck qui a nécessité une longue rééducation. Nous avons procédé à l'ablation de la plaque le 16 octobre 2013. L'évolution a par chance été simple, sans complication par une maladie de Sudeck.

A la consultation de ce jour, l'examen du membre supérieur de la patiente révèle une bonne récupération des amplitudes articulaires du coude de la prosupination qui est symétrique. Par contre, il existe une limitation de la flexion du poignet qui [est] d'environ 45° pour 90° à droite, l'extension du poignet est limitée

d'environ 10° par rapport au côté droit et l'inclinaison radio-cubitale est libre en inclinaison cubitale mais limitée en inclinaison radiale. La force semble en voie de récupération.

Sur les radiographies réalisées ce jour après ablation du matériel, la position du radius distal est satisfaisante. Il n'existe pas de trouble dégénératif majeur posttraumatique radio-cubital.

2. Avant son accident, la patiente travaillait comme aide médicale dans un EMS, ce qui nécessite de manipuler des patients avec force. Cette activité ne peut être réalisée de façon pleine et entière. Dans une activité de secrétariat, la patiente ayant une formation de secrétaire, on peut s'attendre à une capacité de travail plus importante mais encore une fois les limitations des amplitudes articulaires du poignet gauche vont limiter les capacités de frappe et d'utilisation d'un clavier d'ordinateur. A ce stade, il est difficile de pouvoir vous garantir que la patiente puisse reprendre une activité plein[e] et entière dans une quelconque profession mais une activité partielle me paraît tout à fait envisageable."

L'assurée a été convoquée le 31 janvier 2014 auprès de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de T._____ à [...] pour une expertise. Lorsque la Cour des assurances sociales a sollicité de l'OAI, le 1^{er} décembre 2014, qu'une copie des pièces venues s'ajouter depuis le 19 juin 2014 lui soit remise, l'expertise n'avait toutefois pas encore été réalisée, l'assurée étant attendue le 18 mars 2015 à l'Hôpital de T._____.

Le 10 juin 2015, les parties ont été informées que le dossier de la recourante à compter du 1^{er} décembre 2014 avait été produit et qu'elles pouvaient le consulter au greffe.

L'assurée a été réexaminée par les Drs V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-chef, E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, de l'Hôpital Cantonal de [...], O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-assistant et I._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, co-directrice de clinique à l'Hôpital de T._____, le 11 novembre 2015.

Le 26 janvier 2016, les parties ont été informées que le dossier AI de la recourante à compter du 5 juin 2015 avait été produit et qu'elles pouvaient le consulter au greffe.

Le rapport d'expertise des Drs V._____, E._____, O._____ et I._____ du 8 février 2016 a été adressé le 16 mars 2016 par la recourante à la Cour de céans. Les experts y ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déficit de réhabilitation sur fracture consolidée intra-articulaire du radius distal gauche du 17 décembre 2012 avec statut post réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque palmaire (le 21 mars 2012), statut post développement post opératoire d'un CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) type 1 (diagnostiqué le 22 mai 2012) et statut post ablation du matériel d'ostéosynthèse (le 16 octobre 2013). Ils ont en outre fait l'appréciation suivante du cas :

"5. Appréciation du cas et pronostic

Madame G._____ présente un déficit de réhabilitation après fracture intra-articulaire du radius distal gauche avec développement transitoire d'un CRPS. Lors des examens cliniques du 18.03.2015 et du 11.11.2015, effectués dans le cadre de cette expertise médicale, nous n'avons pas trouvé de signe clinique faisant suspecter la présence d'un CRPS. Sur la base de l'examen clinique et par ultrasons nous pouvons exclure la présence d'un syndrome de compression nerveuse, en particulier du nerf médian. Tout au plus on peut trouver une irritation du rameau palmaire du nerf médian au niveau des 2cm distaux de la cicatrice opératoire, fait soutenu par la présence d'un signe de Tinel. Ceci n'explique toutefois pas les douleurs, la faiblesse et les crampes présentes chez la requérante. Sur la base de l'anamnèse et de la documentation à notre disposition, Madame G._____ a souffert d'un CRPS durant la période située entre l'ostéosynthèse et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse; CRPS qui a été traité de façon insuffisante avec des « bains écossais » et de la physiothérapie laquelle a été arrêtée de façon prématurée. Il existe deux types de « complex regional pain syndrome ». Dans le cas d'un CRPS de type 2 il y a par définition une lésion nerveuse périphérique, dans le type 1 il n'y en a pas (Troeger 2010). Dans le cas de Madame G._____ il s'agit d'un CRPS de type 1. L'intensité de la symptomatologie est démesurée par rapport à la lésion traumatique incidente et comprend le développement d'un œdème, des modifications circulatoires locales et de la sudo-motricité dans la région douloureuse ainsi qu'une allodynie et/ou une hyperalgésie (Merskey 1994). En détail, il faut être en présence des éléments suivants pour pouvoir poser le diagnostic de CRPS de type 1:

1. événement traumatique (sans lésion primaire directe de nerf périphérique)
2. douleurs spontanées, allodynie, hyperalgésie, laquelle ne se limite pas à la zone lésée par le traumatisme et qui est d'intensité démesurée par rapport au traumatisme initial
3. œdème, troubles circulatoires locaux, troubles sudo-moteurs locaux

4. Exclusion d'autres causes

Sur la base de l'anamnèse et de l'étude des documents à notre disposition nous retrouvons ces symptômes chez la requérante dès environ 3 semaines post traumatique, symptômes qui s'estompent ensuite entre le 12^{ème} et le 18^{ème} mois post traumatique. Le diagnostic de CRPS se base principalement sur les signes cliniques et les symptômes typiques décrits ci-dessus. Radio-logiquement, des zones de déminéralisation mouchées périarticulaires et à prédominance distale peuvent être objectivées mais ne le doivent pas. Chez Madame G. _____, de telles zones de déminéralisation osseuse typiques sont déjà devinables dans les radiographies du 14.08.2012 et ensuite clairement visibles dans les clichés du 22.05.2012. Dans les radiographies du 06.09.2013 ces zones de déminéralisation mouchetées deviennent légèrement moins prononcées. D'une façon générale il n'est pas possible de donner de pronostic clair sur l'évolution d'un CRPS, car celle-ci est variable et non prévisible. Un CRPS peut durer plusieurs mois et même plusieurs années. A la fin il peut y avoir une restauration *ad integrum* mais dans certains cas il peut aussi y avoir persistance de sévères séquelles trophiques, comme des contractures périarticulaires provoquant des troubles fonctionnels irréversibles (Merskey 1994). Chez la requérante nous n'avons pas objectivé de telles séquelles trophiques lors de nos examens cliniques. Nous avons constaté une mobilité réduite persistante au niveau du poignet gauche en flexion - extension (gauche 60-0-55°, droite 70-0-70°) et en déviation ulnaire - radiale (gauche 25-0-10°, droite 35-0-15°) en comparaison au côté controlatéral ainsi qu'une diminution significative de la force de préhension (9-10-13 kp) et de la force de pince pouce - index (2-3-2,5 kp) que nous interprétons comme un déficit de réhabilitation en l'absence de troubles trophiques et au vu d'un arrêt prématuré du traitement physiothérapeutique."

S'agissant de la capacité de travail, les experts ont relevé ce qui suit :

"6. Capacité de travail

L'assurée présente une capacité de travail limitée dans son travail habituel d'aide-soignante. La capacité de travail pourra probablement évoluer jusqu'à une capacité de travail pleine dans le futur, toutefois il n'est pas possible de prévoir la rapidité de cette progression. Actuellement la requérante peut effectuer des tâches nécessitant peu de force (charge maximale répétitive de la main gauche de 3 Kg respectivement charge rare de 13 Kg). Le port d'une attelle de poignet pourrait également avoir une influence positive.

Questions de l'assurance-invalidité

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés au plan physique, psychique et mental, et au plan social

Madame G. _____ ne peut utiliser sa main gauche (droitière) que de façon limitée dans ses activités quotidiennes. Ceci découle d'une part d'un manque de force évident et d'autre part des douleurs qui se développent quand elle charge sa main gauche. Au vu de ce qui précède elle ne peut exercer actuellement son activité professionnelle habituelle, en tant qu'aide-soignante, que de façon limitée. Nous considérons que Madame G. _____ est capable d'effectuer des travaux légers tels que des activités administratives, la distribution de médicaments ou de nourriture. Des travaux physiques (charge régulière de la main gauche de plus de 3 Kg, respectivement charge rare de plus de 13 Kg) comme assister les patients à exécuter leurs soins corporels ou surtout les assister à effectuer des transferts ne sont réalisables actuellement qu'avec des douleurs (affirmation se basant sur les symptômes relatés et sur nos constatations cliniques). Le cas échéant le port d'une attelle de poignet pourrait soulager les douleurs. Il n'y a pas de limitations mentales. Socialement, Madame G. _____ est plus isolée du fait de ne plus être en contact avec ses collègues de travail et avec les résidents du home où elle travaillait.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

A cause de la perte de force et des douleurs lors de la charge de la main gauche, la requérante ne peut exercer actuellement le travail d'aide-soignante dans un home que de façon limitée. Dans cette activité elle doit régulièrement aider les résidents du home lors de la mobilisation, ce qui nécessite beaucoup de force. Cette tâche nécessite l'utilisation des deux mains et ne peut pas être exécutée avec une seule main. Des travaux légers, tels que des tâches administratives, la distribution de médicaments ou de nourriture peuvent être exécutés. Une attelle de poignet peut être utilisée à but de soutien.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La requérante présente une limitation de la mobilité de son poignet gauche en flexion-extension (60-0-55°) et en déviation radiale-ulnaire (25-0-10°) en comparaison au côté controlatéral. La force de préhension (9-10-13 kp) et la force de pince pouce-index (2-3-2,5 kp) sont nettement limitées du côté gauche. Le port de charges de plus de 3 Kg avec la main gauche est possible (force de préhension de 9-10-13 kp) mais provoque des douleurs. Les mouvements de « vissage » ne peuvent pas être exécutés (voir rapport d'ergothérapie). Il n'y a pas d'autres limitations.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible?

Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

L'activité exercée jusqu'ici est exigible sans limitation de temps. Toutefois il faut tenir compte des limitations mentionnées plus haut.

2.4 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure ?

Oui. La main gauche ne peut actuellement pas être régulièrement chargée de plus de 3 Kg, respectivement rarement de plus de 13 Kg.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y'a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? L'incapacité de travail à 100% naît le 17.03.2012, date de l'accident.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'incapacité de travail n'a pas été jugée de façon identique par les médecins consultés.

1. Dr. X._____, chirurgien orthopédique traitant, atteste une incapacité de travail à 100% jusqu'au 14.08.2012. Comme écrit dans son rapport daté du 14.08.2012, il laisse ensuite le Dr. D._____, médecin traitant de la requérante, se prononcer sur la suite de l'évolution de la capacité de travail. Sur demande de l'AI, il se prononce à nouveau sur la capacité de travail de la requérante dans son rapport du 14.01.2014 où il écrit que l'activité d'aide-soignante dans un EMS ne peut être réalisée de façon pleine et entière et qu'on peut s'attendre à une capacité de travail plus importante dans une activité de secrétariat. Il n'apparaît pas de pourcentage de la capacité de travail dans ce rapport.
2. Dr. D._____, interniste et médecin traitant de la requérante, juge l'incapacité de travail à 100% dans son certificat du 04.02 [recte : 03].2013. Pas de rapport plus récent traitant de la capacité de travail.
3. Dr. Z._____, chirurgien orthopédique et médecin-conseil de la R._____ (assurance-accident de la requérante), juge l'incapacité de travail de la requérante à 100% depuis la date de l'accident (17.03.2012) jusqu'à la « fin janvier 2013 », à 50% de « février 2013 jusqu'à mi-mars 2013 » et ensuite à 0% (en se basant sur l'examen du 09.01.2013).
4. Dr. A._____, interniste et médecin-conseil du Service public de l'emploi du Canton de Vaud juge l'incapacité de travail de la requérante à 100% dans son travail habituel en tant qu'aide-soignante et dans les autres activités, le 15.07.2013.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

L'instauration d'un traitement ergothérapeutique régulier sur plusieurs mois avec réalisation d'exercices de force ciblés est possible et conseillé. Ceci pourrait avec une haute probabilité améliorer la force de préhension et la force de pince pouce-index de la main gauche de la requérante. Actuellement un tel traitement n'est pas en cours.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Le poste de travail occupé jusqu'ici peut être adapté à l'aide d'une capacité de travail partielle permettant d'éviter les travaux physiques (port régulier de charges de 3 Kg, respectivement rarement de 13 Kg maximum avec la main gauche) avec par la suite élargissement des tâches en fonction de l'évolution. A noter que la requérante a été licenciée le 05.01.2013.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Oui. L'assurée peut exécuter des tâches exposant régulièrement respectivement rarement sa main gauche à une charge maximale de 3kg, respectivement de 13 Kg. La diminution de mobilité persistante du poignet gauche en flexion-extension (60-0-55°) et en déviation ulnaire-radiale (25-0-10°) ne provoque pas de limitation en ce qui concerne le profil d'un travail adapté. La performance effective de travail a été jugée par nos ergothérapeutes. Toutes les tâches du simulateur de travail « BTE » ont pu être réalisées dans le cadre de l'évaluation ergothérapeutique, hormis les mouvements de vissage. Les activités professionnelles respectant les limitations mentionnées ci-dessus peuvent être réalisées par la requérante. Ainsi, des travaux administratifs sont exécutables. Les travaux ne nécessitant pas d'efforts manuels comme par exemple des activités de contrôle ou un travail dans un centre d'appels téléphoniques peuvent également être exécutés par la requérante.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? Une activité adaptée peut être exercée à 100% (8 heures par jour).

3.3 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ?

Dans une activité adaptée il n'y a pas de diminution du rendement.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible?
Une activité adaptée est exigible de suite.

3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Sans objet.

D. Remarques

Aucune."

Dans ses déterminations du 12 avril 2016 sur le rapport d'expertise, l'assurée a précisé les conclusions de son recours, en ce sens que l'intégralité des indemnités journalières lui sont dues au-delà du 31 janvier 2013, « plus précisément jusqu'au 31 mars 2014 », cette date tenant à ses yeux compte de son état de santé réel et d'un délai raisonnable pour qu'elle puisse retrouver un emploi adapté à sa situation.

Se déterminant le 12 avril 2016, l'intimée a notamment relevé que le rapport d'expertise confirme que la recourante est en mesure d'exécuter des tâches exposant régulièrement, respectivement rarement, sa main gauche à une charge maximale de 3 kg, respectivement de 13 kg. Quant à la limitation de mobilité du poignet gauche, elle ne provoque pas de limitation dans l'exercice d'un travail adapté de sorte que selon les

experts, un emploi adapté peut être exercé à 100%. Si ces derniers ne se prononcent pas sur la capacité de travail pour la période précédant leur expertise, ils retiennent néanmoins que la recourante a souffert d'un CRPS de type 1 dès environ trois semaines post-traumatique, symptômes qui s'estompent ensuite entre le 12^{ème} et le 18^{ème} mois post-traumatique. Or, cette dernière période correspond à celle où l'assurée a été examinée à deux reprises (les 9 janvier et 23 avril 2013) par le Dr Z. _____ dont les évaluations ne justifient pas la poursuite d'une incapacité de travail. L'intimée a ainsi confirmé les conclusions de sa réponse du 13 septembre 2013.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

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 al. 1 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).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des indemnités journalières de la part de l'intimée au-delà du 14 février 2013, respectivement du 15 mars 2013.

3. a) Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. 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 sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 ; voir également l'art. 6, deuxième 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 consid. 2b p. 440). 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 *in fine* ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., 2009, n° 26 *ad art.* 6). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle.

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 et les références citées). En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1 et 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). En cas de rapports médicaux contradictoires,

l'administration - en cas de recours, le juge - ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 *op. cit.*, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3,

9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. En l'occurrence, l'intimée a rendu sa décision sur la base de l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr Z._____, qui a examiné l'assurée les 9 janvier et 23 avril 2013. Toutefois, il est le seul médecin à avoir estimé, à cette époque, que l'assurée était en mesure de reprendre une activité à plein temps. Son opinion est en effet contredite par les Drs X._____ et D._____. Le Dr X._____ a ainsi indiqué dans son rapport du 18 décembre 2012 que si le suivi d'une physiothérapie dirigée avait certes permis une récupération progressive de la fonction du poignet et de la main gauches, il persistait une allodynie de la cicatrice. Pour le Dr X._____, la reprise de la profession habituelle d'aide-soignante était alors impossible. Le stage mis en œuvre par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud auprès de l'Orif en janvier 2013 a du reste dû être interrompu en raison des douleurs au membre supérieur gauche. Le Dr D._____ a pour sa part déclaré le 4 mars 2013 adhérer pleinement aux conclusions des intervenants de l'Orif, selon lesquelles la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable en l'état. Il résulte par ailleurs de l'expertise de l'Hôpital de T._____ que la recourante a souffert d'une neuroalgodystrophie (Complex Regional Pain Syndrome [CRPS]) durant la période située entre l'ostéosynthèse (pratiquée le 21 mars 2012) et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ([AMO] le 16 octobre 2013). Ce CRPS a de surcroît été traité de façon

insuffisante de l'avis des experts. Certes ces derniers ont estimé que les symptômes s'étaient estompés entre le 12^{ème} et le 18^{ème} mois post traumatique. Il n'en demeure pas moins que le Dr Z._____ ne s'est pas prononcé sur le point de savoir si l'assurée était en mesure de reprendre son activité habituelle d'aide-soignante, considérant plutôt que c'était une activité « adaptée » qui pouvait être exercée à 50% dès février 2013, et à 100% dès le 15 mars 2013.

Le rapport d'expertise des médecins de l'Hôpital de T._____ remplit les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître pleine valeur probante. Il a en effet été rédigé à la suite de deux examens de l'assurée, dont les plaintes ont été prises en considération. Son anamnèse y est bien décrite, et le rapport a été rédigé en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts sont au demeurant claires et dénuées de contradictions. Il convient dès lors de retenir qu'en raison du CRPS dont elle a souffert entre le 21 mars 2012 et le 16 octobre 2013, la recourante ne disposait durant ce laps de temps pas d'une capacité de travail raisonnablement exigible, et ce quand bien même les symptômes se seraient estompés entre le 12^{ème} et le 18^{ème} mois post traumatique.

Dans ces conditions, il y a lieu de s'en tenir au rapport, probant, des médecins de l'Hôpital de T._____ et de retenir que le CRPS a disparu à la suite de l'AMO pratiquée le 16 octobre 2013. Cette dernière a encore eu pour conséquence une incapacité de travail de quatre semaines selon le Dr X._____, soit jusqu'au 16 novembre 2013. L'intimée aurait dès lors dû servir ses indemnités journalières jusqu'à cette date, laquelle correspond à la stabilisation de l'état de l'assurée des suites de l'événement accidentel du 17 mars 2012.

Cela étant, la recourante soutient qu'un délai convenable aurait encore dû lui être imparti, se référant à cet égard à un arrêt du Tribunal fédéral (TF 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2) : dans la mesure où, de l'avis des experts, l'assurée présente une capacité de travail limitée dans son travail habituel d'aide-soignante, force est de

constater qu'elle se trouve dans la situation dans laquelle un délai convenable doit lui être imparti pour trouver un emploi adapté à son état de santé.

Certes les experts sont d'avis que la capacité de travail pourra probablement évoluer jusqu'à une capacité de travail pleine dans le futur ; toutefois, ils ne sont pas en mesure de prévoir la rapidité de cette progression.

Compte tenu des limitations fonctionnelles actuelles de la recourante, à savoir qu'elle doit se limiter à effectuer des tâches nécessitant peu de force (charge maximale répétitive de la main gauche de 3 Kg respectivement charge rare de 13 Kg), et qu'elle ne peut utiliser sa main gauche (droitière) que de façon limitée dans ses activités quotidiennes, l'activité habituelle d'aide-soignante n'est pas adaptée. Il est en effet constant que si les travaux légers tels que des activités administratives et la distribution de médicaments et de nourriture constituent une partie de l'activité d'aide-soignante, cette activité exige de pouvoir également assister les patients dans leurs soins corporels ainsi que dans les transports. Or la recourante n'est en l'état pas en mesure d'effectuer de telles tâches compte tenu de ses douleurs (les experts ayant précisé à cet égard avoir fondé cette affirmation tant sur les symptômes constatés que sur leurs constatations cliniques).

Dans ces conditions, l'intimée aurait dû fixer un délai convenable supplémentaire à la recourante, qu'il convient ici d'arrêter à trois mois, si bien que les indemnités journalières sont dues, à tout le moins, jusqu'au 16 février 2014. Au-delà de cette date, on ignore si la recourante subit ou non une perte de gain dans une activité adaptée. Il y a dès lors lieu de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à la comparaison des revenus pour la période postérieure au 16 février 2014, puis statue sur le droit aux indemnités journalières dès cette date en fonction du résultat de cette comparaison (cf. dans ce sens TF 8C_251/2012 précité).

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante (expertise judiciaire). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 et 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

Le recours sera dès lors admis, et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède à la comparaison des revenus pour la période postérieure au 16 février 2014, l'intimée étant pour le surplus invitée à examiner si les conditions d'octroi d'une éventuelle IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité) sont réunies (cf. art. 24 et 25 LAA ; art. 36 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]), respectivement celles d'octroi d'une rente.

5. Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision sur opposition du 4 juillet 2013 réformée, en ce sens que l'intimée doit verser des indemnités journalières à la recourante jusqu'au 16 février 2014, la cause lui étant renvoyée pour le surplus afin qu'elle procède à la comparaison des revenus pour la période postérieure à cette date.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. à la charge de l'intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 4 juillet 2013 par R._____ est réformée en ce sens que l'intimée doit verser des indemnités journalières à G._____ jusqu'au 16 février 2014, la cause étant renvoyée à l'intimée pour le surplus afin qu'elle procède à la comparaison des revenus pour la période postérieure à cette date.

- III. R._____ versera à G._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour G._____),
- R._____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :