

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par **E.**_____, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 7, 8, 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en [...], droitrière, architecte de formation, assistante en technologie à 100% pour le compte de M._____, était à ce titre assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou l'intimée) contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Selon la déclaration de sinistre LAA adressée le 3 octobre 2011 par l'employeur à la CNA, en se promenant dans la forêt, le 1^{er} octobre 2011, l'assurée s'était encoublée sur une racine et était tombée avec la main gauche sur une pierre. Il en est résulté une fracture intra articulaire du radius distal gauche ainsi qu'une fracture métaphysaire de la base de l'auriculaire. L'incapacité de travail a été totale dès cette date.

Le 13 octobre 2011, l'assurée a été opérée du poignet gauche par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et en chirurgie de la main. Le médecin a procédé à une réduction par voie dorsale, une allogreffe osseuse, une ostéosynthèse par plaque dorsale titane aptus en H, une ténolyse et une extériorisation du tendon epl (extensor pollicis longus), ainsi qu'une neurectomie du nerf interosseux dorsal.

La CNA a pris le cas en charge.

Le 2 décembre 2011, le Dr K._____ a fait état d'un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : CRPS) de type I, estimant que le travail pouvait être repris à 40% à compter du 21 novembre 2011. Le 11 janvier 2012, il a indiqué qu'une reprise à 50% était possible à compter du 16 janvier 2012. Il a procédé le 9 février 2012 à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO), ainsi qu'à une ténolyse des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} coulisses des extenseurs.

Le 21 février 2012, le Dr K. _____ a estimé qu'une reprise à 100% était envisageable à compter du 12 mars 2012, mais a finalement indiqué, le 13 mars 2012, que la capacité de travail était toujours de 50%.

Dans son rapport du 19 mars 2012 à la CNA, le Dr K. _____ a posé les diagnostics de status à 5 mois ½ post-ostéosynthèse du radius distal gauche par plaque dorsale, allogreffe osseuse pour fracture intra articulaire déplacée AOC3, de CRPS de type I main gauche et capsulite rétractile de l'épaule gauche, ainsi que de status à 1 mois post-ablation de la plaque, ténolyse des 2^{ème}, 3^{ème}, et 4^{ème} coulisses des extenseurs. A ses yeux, l'évolution depuis l'AMO du 9 février 2012 était lentement favorable avec une forte diminution des douleurs à la flexion des doigts, la patiente signalant toutefois la réapparition des douleurs depuis une semaine, estimant qu'une activité professionnelle à 50% était un maximum. De l'avis du Dr K. _____, une prise en charge intensive à la J. _____ (ci-après : J. _____) était nécessaire.

L'assurée a alors séjourné du 9 mai au 13 juin 2012 auprès de la J. _____.

Le 13 juillet 2012, le Dr K. _____ a estimé que la capacité de travail de sa patiente était de 50% à compter du 14 juin 2012, puis de 60% dès le 1^{er} août 2012.

Dans son rapport du 19 juillet 2012, le Dr X. _____ de la J. _____ a résumé la situation de l'assurée en ces termes :

« En résumé, 9 mois après une fracture intra articulaire de l'extrémité distale du radius gauche et de la phalange distale de d5 gauche, l'évolution est marquée par une algodystrophie de la main et du poignet gauches et une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Il n'y a pas d'indication chirurgicale complémentaire à proposer actuellement selon notre consultant. Au terme du séjour, tant subjectivement qu'objectivement, il y a une amélioration de la mobilité de l'épaule du poignet et des doigts gauches. Il persiste un déficit de mobilité de ces articulations. La physiothérapie et l'ergothérapie seront poursuivies, avec comme objectif un gain d'amplitudes articulaires. La patiente a un rendez-vous prévu à la consultation du Dr K. _____ le 15.06.2012. Il est proposé à la patiente un suivi psychologique dans le contexte d'un probable

trouble de la personnalité, à but de soutien chez une patiente rapportant une certaine souffrance en fin de séjour. Pour notre consultant neurologue, il n'y a pas de signe clinique ou radiologique en lien avec la maladie de Lyme qui a été traitée. L'IRM cérébrale du 29.05.2012 montrant un méningiome de 9mm de la paroi postérieure du rocher, après avis auprès du service de neurologique de l'hôpital de [...], la patiente est adressée à la consultation du Prof R._____, chez qui un rendez-vous est prévu le 31.07.2012 afin de discuter de l'indication à résection par Gamma-knife ou radiochirurgie.

[...]

Sur le plan socio-professionnel, on rappelle que Mme W._____ travaille comme assistante en technologie dans une activité administrative. Elle a été licenciée pour fin août 2012, après une reprise à 50% réalisée fin février 2012. A la sortie, elle reprendra son activité à 50%, est informée qu'il faudra qu'elle s'inscrive au chômage. Nous n'avons pas effectué d'annonce à l'AI durant le séjour et proposons d'accompagner la patiente dans cette démarche. »

Pour le Dr X._____, la capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante en technologie était nulle du 9 mai au 13 juin 2012, puis de 50% du 14 juin au 16 juillet 2012.

Le 7 août 2012, le Dr P._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA et spécialiste en chirurgie, a estimé qu'il était possible que l'assurée puisse reprendre son activité professionnelle habituelle à plein temps à terme, la date de la stabilisation étant difficile à prévoir.

L'assurée a été examinée le 24 septembre 2012 par le Dr P._____, en présence du Dr Z._____, également médecin d'arrondissement auprès de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du même jour, le Dr P._____ a fait état d'une évolution lentement favorable de la symptomatologie du membre supérieur gauche par rapport à l'examen de sortie de la J._____. Il a estimé que le pronostic était favorable, avec espoir d'une récupération n'entraînant finalement pratiquement aucune limitation fonctionnelle dans l'activité professionnelle habituelle, estimant toutefois que la capacité de travail demeurerait de 50% jusqu'à la fin de l'année [2012].

Dans un rapport du 16 octobre 2012, le Dr L._____, médecin traitant, a estimé que l'évolution était médiocre, faisant état de troubles multiples interagissant, l'incapacité de travail demeurant totale.

Le 30 octobre 2012, le Dr K._____ a fait état d'une capacité de travail de 50% depuis le 14 juin 2012.

Les rapports de travail entre M._____ et l'assurée ont finalement pris fin conventionnellement au 30 novembre 2012.

Examinant le dossier de l'assurée le 28 janvier 2013, le Dr P._____ a estimé que, dans la mesure où l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) organisait une expertise rhumato-psychiatrique, il convenait d'attendre le résultat de celle-ci et reconnaître jusqu'à cette date une incapacité de travail de 50%.

Le 10 mai 2013, le Dr K._____ a fait savoir à la CNA que la capacité de travail était toujours de 50%, en précisant que le syndrome douloureux régional complexe de type I du membre supérieur gauche était encore actif chez la patiente.

Selon les conclusions du rapport d'arthro-rx et d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 7 mai 2013 du Dr B._____, spécialiste en radiologie, l'arthro-rx et l'arthro-IRM étaient sans particularité.

Le 20 juin 2013, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir au médecin-conseil de la CNA que sa patiente avait une capsulite rétractile de l'épaule gauche, qui s'était muée en tendinopathie.

Dans son rapport du 14 août 2013 à la CNA, le Dr K._____ a indiqué qu'à ses yeux, la situation médicale du membre supérieur gauche s'était stabilisée et pouvait être considérée comme définitive. Il a précisé que les séquelles du syndrome douloureux complexe type I du membre supérieur gauche consisteraient en une mobilité réduite de l'épaule et du

poignet gauches, une perte d'endurance des activités manuelles à gauche, ainsi qu'une perte de force. Il n'avait pas prévu de revoir la patiente.

Le 26 août 2013, le Dr L._____ a derechef fait état d'une évolution médiocre et d'un pronostic difficile à prévoir, avec incapacité de travail totale. Le 29 août 2013, il a toutefois estimé l'incapacité de travail à 50% du 26 août au 30 septembre 2013, capacité de travail qu'il a maintenue par la suite.

Selon une attestation de la T._____ (ci-après : T._____) du 8 octobre 2013, l'assurée avait commencé en août 2013 une formation de 180 crédits ECTS en vue d'obtenir le diplôme d'enseignement pour les degrés préscolaire et primaire, ainsi que le Bachelor en enseignement pour les degrés préscolaire et primaire.

Le 8 octobre 2013, le Dr G._____ a diagnostiqué un status post-fracture de l'extrémité distale du radius du poignet gauche, ainsi qu'une capsulite rétractile à l'épaule gauche (status post probable contusion à l'épaule gauche). Il estimait que l'évolution était bonne, le pronostic étant réservé sur le plan fonctionnel. Il précisait enfin ne pas avoir prescrit d'arrêt de travail. S'agissant du dommage, il a indiqué « séquelles fonctionnelles au poignet ».

L'assurée a été examinée par le Dr P._____ le 2 décembre 2013, en présence du Dr Z._____. Dans son rapport du même jour, le Dr Z._____ a notamment relevé que pour la patiente, la situation semblait stabilisée, même si elle estimait être encore en mesure de faire quelques progrès dans la mobilisation de son épaule gauche. Le Dr P._____ a pour le surplus relevé ce qui suit :

« Subjectivement, la patiente déclare ne pratiquement plus avoir de douleurs au niveau de son épaule G [gauche] mais avoir, par contre, des limitations importantes des amplitudes articulaires de cette épaule G. Au niveau du poignet et de la main G, elle ressent pratiquement constamment un endormissement du 1^{er} rayon de la main G avec, à la sollicitation de ce poignet et de cette main G, une augmentation de cette sensation d'endormissement avec apparition de tiraillements, picotements et fourmillements au niveau du 1^{er}

rayon. La patiente se plaint d'un important manque de force, en particulier, dans les mouvements du pouce, empêchant tous travaux fins et tous travaux avec le poignet et la main G correspondant au port de charge de plus de 2 kg. La patiente déclare, en outre, qu'elle ne peut pas porter de charges avec le MSG [membre supérieur gauche] de plus de 4 kg.

Objectivement à l'examen clinique, légères douleurs à la palpation des apophyses épineuses de D2 et D3, légères douleurs à la palpation de la musculature para-vertébrale de la charnière cervico-dorsale. Légères limitations de l'inclinaison de la tête à gauche (50° à droite contre 40° à gauche). Limitation de l'abduction de l'épaule G à 90° (contre 180° à droite). Limitation de l'antépulsion de l'épaule G à 130° (contre 180° à droite). Limitation de la rotation externe, coudes au corps, de l'épaule G à 10° (contre 50° à droite). Limitation de la rotation globale interne de l'épaule G avec le pouce atteignant L4 (alors qu'il atteint D 5 à droite). Limitation globale de la force de l'épaule G. Au niveau du poignet G, limitation de la flexion palmaire (D 70° contre 35° à gauche), de la flexion dorsale (D 70° contre 55° à gauche), de l'inclinaison cubitale (D 35° contre 25° à gauche) et de l'inclinaison radiale (D 20° contre 10° à gauche). Diminution de force de préhension au dynamomètre de Jamar (28 kg à gauche contre 35 kg à droite) et diminution de force au Keypinch (6 kg à droite contre 2,5 kg à gauche).

Le bilan radiologique met en évidence un début d'arthrose moyenne radio-carpienne et un début d'arthrose moyenne au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du 1^{er} rayon.

Du point de vue asséurologique, la situation peut être considérée comme stabilisée.

Nous ne ferons toutefois le bilan final qu'une fois en possession de l'expertise rhumatologique effectuée le 22.11.2013 par le Dr C._____ . »

L'expertise rhumatologique mise en œuvre par l'OAI auprès du Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, a été communiquée le 22 janvier 2014 à la CNA. Dans son rapport du 25 novembre 2013, ce médecin a retenu avec effet sur la capacité de travail les diagnostics de douleur et ankylose du poignet gauche résiduelle et d'omalgies gauches sur schéma capsulaire résiduel. Il a pour le surplus relevé ce qui suit dans son appréciation du cas :

« Au status de ce jour, l'examen frappe par la présence de diminution des amplitudes articulaires avec ankylose au niveau du poignet G [gauche] et de l'épaule G avec limitation des mouvements d'abduction et antépulsion au-delà de 100°. La force de préhension est également diminuée de manière significative au niveau du poignet G (10kg pour une norme de 30kg pour son âge). Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, il n'y pas de douleurs insertionnelles, il n'y a pas de signe de non organicité.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour est rassurant. Au niveau de l'épaule, il n'y a pas de signe de rupture, même partielle, il n'y a pas de collection liquidienne intra articulaire ou au niveau de la bourse. Il n'y a pas de nécrose de la tête humérale. La radiographie des mains est également rassurante, hormis une ostéopénie en bande et de minimes troubles dégénératifs scapho-radiaux, il n'y a pas de signe de pseudoarthrose, la fracture est bien consolidée. L'IRM cérébrale de contrôle conforme l'absence de changement significatif de la lésion du méningiome.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait continuer à bénéficier d'une prise en charge ergothérapeutique et physiothérapeutique dans le but d'améliorer les amplitudes articulaires tant du poignet que de l'épaule G. Au vu de l'intolérance médicamenteuse multiple, il n'y a pas d'indication à une médication antalgique.

Concernant son exigibilité, du point de vue rhumatologique, dans son activité d'architecte ou de secrétaire dans un bureau, estimant qu'elle devrait porter des lourds classeurs et effectuer des mouvements en porte-à-faux avec le MS G [membre supérieur gauche], sa capacité de travail est estimée à 50%.

Dans une activité adaptée, en limitant les mouvements en porte-à-faux au-dessus de l'horizontal avec le MS G et les mouvements de préhension répétitifs ainsi que le travail prolongé sur ordinateur, sa capacité de travail pourrait être entière avec diminution de rendement de 20%.

Cette appréciation s'apparente à celle du Dr P._____, qui estime que dans son activité habituelle, en raison de la symptomatologie du MS G, sa capacité de travail est de 50%. En effet, elle présente une ankylose avec diminution des amplitudes articulaires et de la force du poignet G et une diminution des amplitudes articulaires de l'épaule G. »

Le Dr C._____ a par ailleurs estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail serait de 100%, en précisant que dans une telle activité, l'assuré ne devrait pas présenter une diminution de rendement de plus de 20%.

Le 7 février 2014, après avoir pris connaissance du rapport du Dr C._____, le Dr P._____ a procédé à l'appréciation suivante du cas :

« En fonction de ce qui précède, les limitations fonctionnelles en relation avec les séquelles de l'accident du 01.10.2011 sont : pas de mouvement du MSG [membre supérieur gauche] au-dessus du niveau des épaules, pas de mouvement répétitif de rotation interne et externe du bras G [gauche], pas de port de charges du MSG bras écarté du tronc, pas de port de charges ou d'efforts du MSG accolé au corps correspondant au port de charges de plus de 10 kg, pas de mouvement répétitif du poignet G, pas de travaux demandant des mouvements du poignet ou la main G avec effort correspondant au

port de charges de plus de 2 kg et enfin, pas de travaux fins avec la main G.

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précises précitées, la capacité de travail de la patiente est entière. En effet dans une telle activité rien ne justifierait une diminution de rendement.

En ce qui nous concerne, nous estimons que la situation est stabilisée. Nous estimons qu'actuellement la patiente connaît suffisamment les exercices d'ergothérapie et de physiothérapie nécessaires à maintenir ou à augmenter ses amplitudes articulaires pour qu'elle puisse le faire sans aide extérieure.

Restent à la charge de l'assurance-accident, selon l'article 21 LAA, le traitement médicamenteux antalgique prescrit et jusqu'à 2x9 séances de physiothérapie antalgique par année, si prescrites, pour douleurs du MSG.

Enfin, nous estimons que la patiente a droit, en fonction des séquelles de son accident du 01.10.2011 à une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] de 17,5%. En effet, la patiente a une antépulsion de son épaule G de 130° et la symptomatologie de cette épaule G correspond à une périarthrite scapulo-humérale moyenne, ouvrant un droit à une IPAI de 10% selon la table 1 des indemnités des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table concernant l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des MS [membres supérieurs]. La patiente présente, en outre, un début d'arthrose moyenne radio-carpienne ainsi qu'un début d'arthrose moyenne au niveau de l'articulation MCP [métacarpophalangienne] du 1^{er} rayon. Celui lui ouvre le droit à une IPAI de 7,5% selon l'indemnité des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table concernant les atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses. Cette table prévoit en effet une IPAI de 5% pour un début d'arthrose radio-carpienne et nous pouvons y ajouter une IPAI de 2,5% pour le début de l'arthrose du MCP du 1^{er} rayon. »

M. _____, à la requête de la CNA, a rempli le 16 mai 2014 un formulaire de description du poste de travail, de la façon suivante :

« L'entreprise M. _____ réalise des études et des constructions de façades et de fenêtres notamment métalliques, elle réalise tous travaux de serrurerie et vitrerie, ainsi que des constructions de toute nature.

La préparatrice de dossiers œuvre dans les locaux de l'entreprise. Elle procède à la préparation des dossiers pour les calculateurs, voire avec un chef de projet de vente. Elle cherche les soumissions sur internet et propose, sur aval du responsable, un petit dossier d'information pour prise de décision (métrés, calcul de surfaces, etc.). En aucun cas elle n'est le bras droit du chef. Une fois la sélection réalisée, elle réalise les appels d'offres aux fournisseurs et réalise les métrés précis dans le but que les calculateurs puissent chiffrer le projet dans sa globalité. Ce n'est pas un poste décisionnel, mais purement d'exécution. Sur le marché européen (UK surtout), il n'y avait pas de soumission, mais juste un listing illustré de travail, tandis que sur le marché suisse, il y a obligatoirement les soumissions. Elle est donc le 75% du temps sur ordinateur. Elle manipule passablement de classeurs A3, notamment pour imprimer

des plans. Distance de port : 10 mètres maximum. Elle fait aussi des téléphones pour des demandes.

[...]

Les seuls mouvements en « porte-à-faux » est pour plier un plan sur une table (100 grammes) et cela pourrait être fait par un tiers. »

Le Dr P._____ a estimé le 28 mai 2014 que selon la description du poste de travail du 19 mai 2014, la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était totale, dite description permettant de respecter toutes les limitations fonctionnelles édictées dans l'appréciation du 7 février 2014.

Par décision du 3 juin 2014, la CNA a fixé la capacité de travail de l'assurée à 100% à compter du 1^{er} juillet 2014, en relevant que, bien qu'elle soit victime de limitations fonctionnelles de son membre supérieur gauche, elle était à même de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans son activité de préparatrice de dossiers de vente, sans baisse de rendement. Elle ne remplissait dès lors pas les conditions du droit à une rente d'invalidité.

Par décision séparée du même jour, la CNA a fixé l'IPAI à 17,5% et versé la somme de 22'050 fr. à l'assurée à ce titre.

Le 20 juin 2014, l'assurée a formé opposition provisoire, confirmée le 8 août 2014 par [...]. Elle a pour l'essentiel fait valoir que c'était sans précision que le médecin-conseil de la CNA s'était écarté de l'appréciation du Dr C._____, selon laquelle elle ne pourrait exercer qu'une activité adaptée, à plein temps, avec une baisse de rendement de 20%. Pour elle, la question du rendement devait faire l'objet d'investigations complémentaires.

Le 22 août 2014, le Dr Q._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a relevé que le Dr C._____ n'expliquait pas les raisons pour lesquelles l'assurée ne pouvait pas travailler avec un rendement normal dans une activité parfaitement adaptée.

Par décision sur opposition du 27 août 2014, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a retenu en substance que le Dr C._____ n'expliquait pas pour quelle raison l'assurée ne pourrait pas travailler en plein dans une activité adaptée, la capacité de travail étant entière dans l'activité habituelle telle que décrite par l'employeur.

B. Par acte du 10 septembre 2014, W._____, représentée par [...] (désormais E._____) a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente de 20% dès le 1^{er} juillet 2014, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour calcul de la rente, sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et d'une diminution de rendement de 20%. Elle fait valoir que la détermination du Dr P._____ dans son du 7 février 2014 n'est pas le résultat de ses constatations à la suite de l'examen du mois de décembre 2013, mais constitue une « second opinion » à la suite de l'expertise du Dr C._____, dont les conclusions devaient conduire la CNA au versement d'une rente. Elle relève à cet égard que les conclusions du Dr P._____ sont similaires à celles des autres médecins intervenus ainsi qu'à celles du Dr C._____ ; la seule divergence réside dans l'appréciation de la capacité de travail par le Dr P._____, laquelle a été effectuée *après* que ses confrères se sont prononcés en faveur d'une limitation de la capacité de travail, respectivement d'une baisse de rendement. Elle ajoute que le rapport du Dr P._____ ne contient aucune explication sur cette divergence. Contrairement au Dr C._____, qui a examiné ses limitations fonctionnelles à l'aune de son activité professionnelle et de sa formation, le Dr P._____ ne semble pas s'être demandé quelle incidence les limitations auraient, concrètement, sur une activité de bureau.

Dans sa réponse du 15 Octobre 2014, la CNA a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 29 octobre 2014, la recourante a répété que les conclusions du Dr P._____ ne pouvaient pas être retenues, et qu'il était de notoriété publique qu'un classeur fédéral pour documents A4,

plein, atteint près de 3 kg, et qu'elle serait selon la description du poste faite par l'employeur, tenue de manipuler « passablement » de classeurs A3.

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 (cf. art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte uniquement sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Le taux de l'IPAI n'est quant à lui pas contesté.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (cf. art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d, 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, 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 ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure

d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

On précisera encore que, selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (seconde opinion) sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas ; l'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité. Si l'assureur n'est donc pas autorisé à remettre en question le bien-fondé d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, il est néanmoins tenu d'examiner si et dans quelle mesure il convient de compléter l'instruction, afin que l'état de fait déterminant pour la solution du litige soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA ; TF 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1).

5. a) L'assurée a chuté le 1^{er} octobre 2011 sur le membre supérieur gauche. Il en est résulté une fracture intra articulaire de l'extrémité distale du radius gauche et de la phalange distale de d5 gauche. L'évolution a été compliquée par une algodystrophie de la main et du poignet gauches, ainsi que par une capsulite rétractile de l'épaule gauche (cf. rapport du Dr X. _____ du 19 juillet 2012 et rapport du Dr G. _____ du 8 octobre 2013). Le Dr K. _____ a toutefois constaté qu'une reprise d'activité au taux de 50% était possible dès le 16 janvier 2012 (cf. rapport du 2 décembre 2011). Ce taux d'activité a été confirmé à la sortie

de la J._____. Le 7 août 2012, le Dr K._____ a précisé qu'il était possible que l'assurée puisse reprendre à plein temps son activité professionnelle habituelle à terme, sans toutefois indiquer à quelle date. Cela étant, une amélioration de la mobilité de l'épaule, du poignet et des doigts gauches a été constatée durant le séjour à la J._____. Ce constat d'évolution lentement favorable a été également fait par le Dr P._____ à l'issue de son examen de l'assurée du 24 septembre 2012. Pour ce médecin, le pronostic était favorable, avec espoir d'une récupération n'entraînant finalement pratiquement aucune limitation fonctionnelle dans l'activité professionnelle habituelle. Le Dr P._____ a toutefois estimé qu'en l'état, la capacité de travail demeurait de 50%, et ce jusqu'à la fin de l'année 2012. En outre, selon son avis du 28 janvier 2013 faisant suite à un examen du dossier de l'assurée, le Dr P._____ a maintenu cette incapacité de travail de 50% dans l'attente des résultats de l'expertise qui serait mise en œuvre par l'OAI. Le médecin d'arrondissement de la CNA a encore examiné l'assurée le 2 décembre 2013, sans établir le bilan final, dans la mesure où il attendait d'être en possession du rapport d'expertise du Dr C._____ pour ce faire. Cela étant, dans son rapport du 2 décembre 2013, le Dr P._____ a constaté que la situation pouvait être considérée comme stabilisée du point de vue asséculo-logique, rejoignant en cela l'appréciation du Dr K._____ du 14 août 2013, qui avait constaté également la stabilisation médicale du membre supérieur gauche, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail. Dans ce rapport d'août 2013, le Dr K._____ a par ailleurs estimé que les séquelles du syndrome douloureux du membre supérieur gauche consisteraient en une mobilité réduite de l'épaule et du poignet gauches, une perte d'endurance des activités manuelles à gauche, ainsi qu'une perte de force.

S'agissant plus spécifiquement de la capacité de travail, le Dr P._____ ne s'est pas formellement prononcé à son sujet dans son rapport du 2 décembre 2013, dans la mesure où il attendait l'expertise du Dr C._____ pour établir le bilan final. Après avoir pris connaissance de ladite expertise, laquelle conclut à une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50% et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec baisse de rendement de 20%, le Dr P._____ a retenu le 7

février 2014 que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qu'il avait définies (pas de mouvement du membre supérieur gauche au-dessus du niveau des épaules, pas de mouvement répétitif de rotation interne et externe du bras gauche, pas de port de charges du membre supérieur gauche bras écarté du tronc, pas de port de charges ou d'efforts du membre supérieur gauche accolé au corps correspondant au port de charge de plus de 10 kg, pas de mouvement répétitif du poignet gauche, pas de travaux demandant des mouvements du poignet ou la main gauche avec effort correspondant au port de charges de plus de 2 kg et enfin, pas de travaux fins avec la main gauche), la capacité de travail de la recourante était entière, sans baisse de rendement. Après avoir interpellé l'employeur sur la nature exacte des tâches confiées à la recourante, le Dr P._____ a estimé que l'activité habituelle était adaptée et pouvait dès lors être exercée à 100%, sans baisse de rendement, considérant que la description du poste de travail faite par M._____ respectait les limitations fonctionnelles qu'il avait déterminées le 7 février 2014 (cf. avis du Dr P._____ du 28 mai 2014).

Il résulte ainsi de ce qui précède qu'après avoir attendu les résultats de l'expertise mise en œuvre par l'OAI auprès du Dr C._____ conformément à l'art. 44 LPGGA, la CNA a fait procéder à une nouvelle appréciation de la situation par son médecin-conseil, lequel s'est écarté des conclusions de l'expert. Or en pareille situation, si le Dr P._____, singulièrement la CNA, entendait s'écarter des conclusions du Dr C._____, il lui incombait de mettre en œuvre à son tour une expertise au sens de l'art. 44 LPGGA, ce que l'intimée n'a pas fait. Les constats posés par le Dr P._____ ne sont au demeurant pas convaincants, dès lors que ce médecin n'indique pas les motifs le conduisant à s'écarter des observations du Dr C._____. En particulier, le Dr C._____ estime qu'une activité adaptée ne doit notamment pas comprendre de travail prolongé sur l'ordinateur. Or selon les informations communiquées par l'employeur le 16 mai 2014 à la CNA, l'activité habituelle se déroule 75% du temps devant l'ordinateur. Toujours selon l'employeur, l'assurée doit manipuler « passablement de classeurs A3, notamment pour imprimer des plans ». Or de tels classeurs sont lourds et volumineux, et le Dr C._____

a bien relevé que l'assurée devait éviter les mouvements de préhension répétitifs, le port de lourds classeurs ainsi que les mouvements en porte-à-faux avec le membre supérieur gauche. Toutefois de l'avis du Dr P. _____ du 28 mai 2014, sur lequel s'est fondée la CNA, la capacité de travail dans l'activité habituelle était totale, dès lors que la description du poste de travail faite par l'employeur respecterait les limitations fonctionnelles. Tel n'est toutefois pas le cas et l'on peine à comprendre les raisons ayant conduit le Dr P. _____ à retenir une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle en se fondant sur la description du poste de travail communiquée à la CNA le 16 mai 2014 par l'employeur. Ledit poste paraît au demeurant ne même pas être conforme aux limitations fonctionnelles posées le 7 février 2014 par le Dr P. _____ lui-même, dans la mesure où, en particulier, ce médecin a estimé que les travaux fins avec la main gauche n'étaient pas envisageables, au même titre que les mouvements répétitifs du poignet gauche.

On relèvera encore que les médecins se sont accordés pour retenir depuis l'accident d'octobre 2011 une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle. Ainsi le 28 janvier 2013 encore, le Dr P. _____ a-t-il estimé que la capacité de travail dans l'activité usuelle devait être maintenue à 50%. Le Dr K. _____ a lui aussi arrêté la capacité de travail à 50% (cf. rapport du 10 mai 2013), au même titre que le Dr L. _____ (cf. rapport du 29 août 2013). Finalement, le Dr C. _____ a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50%, en observant que dans son activité d'architecte ou de secrétaire dans un bureau, la recourante serait amenée à porter de lourds classeurs et effectuer des mouvements en porte-à-faux avec le membre supérieur gauche. Partant, l'appréciation - postérieure à l'expertise du Dr C. _____ - du Dr P. _____ du 7 février 2014, respectivement son rapport du 28 mai 2014, s'inscrivent en contradiction avec les observations des autres médecins. Il en va de même s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée : à cet égard en effet, le Dr C. _____ a estimé qu'une baisse de rendement de 20% devait être retenue, compte tenu de la limitation des mouvements en porte-à-faux au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche et des mouvements de préhension répétitifs ainsi que du

travail prolongé sur l'ordinateur. Le Dr P._____ a pour sa part nié toute baisse de rendement, sans toutefois motiver sa position, et ce contrairement, là encore, au Dr C._____, qui a exposé les motifs le conduisant à retenir une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée.

b) Partant, dès lors que le Dr P._____ n'a pas exposé les motifs l'ayant conduit à s'écarter de l'appréciation du Dr C._____ quant à la baisse de rendement dans une activité adaptée, respectivement faute d'avoir motivé pour quelles raisons l'assurée présenterait une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité, ceci en contradiction avec les limitations fonctionnelles qu'il avait pourtant retenues, son appréciation ne peut être suivie. Celle-ci s'inscrit au demeurant en contradiction avec les explications des médecins ayant examiné la recourante, en particulier celles données par le Dr C._____, et laisse ainsi subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, sur laquelle cette dernière s'est exclusivement fondée pour nier le droit à la rente.

Dans ces conditions, les éléments au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimée s'est en effet prononcée en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis médicaux discordants au dossier. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimée prendra en outre soin de se faire communiquer le dossier AI de la recourante, étant observé que le droit à une rente entière de l'AI lui a été reconnu à compter du 1^{er} février 2013. Il appartiendra pour le surplus à la CNA de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, puis de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 août 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à W._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- E. _____ (pour W. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :