

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

G._____, à [...] (France), recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

O._____ **ASSURANCE-ACCIDENTS SA**, à [...], intimée.

Art. 7, 8 et 16 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1954, travaillait comme secrétaire d'unité à 80% pour le compte du Centre hospitalier D. _____ au bénéfice d'un contrat de durée déterminée depuis le 1^{er} mai 2009. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de La Caisse C. _____, membre du Groupe S. _____.

Selon une déclaration d'accident du 12 août 2009 adressée au Groupe S. _____ (pour La Caisse C. _____), l'assurée a été victime le 28 juillet 2009 d'un accident en ce sens qu'elle est tombée sur son poignet gauche qu'elle a fracturé. Habitant en France, elle a été opérée le 30 juillet 2009 à l'Hôpital de X. _____.

Selon un entretien téléphonique qu'elle a eu le 24 août 2009 avec La Caisse C. _____, l'assurée devait reprendre son travail le 14 septembre 2009, ce qu'elle a fait.

Selon un courrier du 15 octobre 2009 du Service de la médecine du personnel du Centre hospitalier D. _____, l'assurée ne présentait alors aucune limitation fonctionnelle et aucun aménagement du poste de travail n'était nécessaire.

D'après un entretien téléphonique de l'assurée avec le Groupe S. _____ le 19 novembre 2009, des complications se sont produites en ce sens que son poignet gauche se déformait et lui provoquait de grosses douleurs. Elle annonçait une nouvelle opération devant s'effectuer à la Clinique V. _____.

Dans une lettre du 17 décembre 2009, le Service de la médecine du personnel du Centre hospitalier D. _____ indiquait que l'assurée travaillait à son taux contractuel de 80% depuis le 14 septembre 2009.

Le 20 janvier 2010, l'assurée a été examinée par le Dr [...], spécialiste en neurologie, qui n'a observé aucune anomalie significative du status neurologique et notamment pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte des nerfs médian et ulnaire gauches au poignet.

L'assurée a été opérée le 4 février 2010 à la Permanence V._____ par le Dr B._____, médecin-chef, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main. Dans le protocole opératoire, il a expliqué que l'assurée avait développé dans les suites de l'accident des douleurs de la radio-ulnaire distale associée à une laxité et une dégénération progressive de l'articulation radio-ulnaire distale et une variance ulnaire positive. Vu la gêne de l'intéressée, l'indication à un raccourcissement du cubitus associé à une ostéotomie de Bowers était donnée.

Une nouvelle intervention chirurgicale a été pratiquée le 18 mars 2010 par le Dr B._____, l'assurée étant gênée par les broches d'ostéosynthèse de raccourcissement.

Selon un entretien téléphonique du 14 avril 2010 avec le Groupe S._____, l'assurée était toujours en incapacité totale de travail depuis le 4 février 2010 et aucune date de reprise n'était prévue.

Une échographie du poignet gauche de l'assurée a été effectuée le 23 avril 2010 et le rapport y relatif du 28 avril 2010 des Drs B._____ et [...], spécialiste en chirurgie et en chirurgie de la main, faisait état de la conclusion suivante :

« Dépassement d'une vis d'ostéosynthèse au niveau de l'extrémité distale du radius gauche avec dépassement de 1.4 mm dans la 2^{ème} coulisse. ».

Dans un rapport du 10 mai 2010 à La Caisse C._____, le Dr B._____ a indiqué que l'évolution était très lentement favorable, que l'assurée se plaignait de douleurs résiduelles très importantes le long du

5^e doigt de l'extenseur ainsi qu'une ténosynovite des fléchisseurs accompagnante et qu'elle présentait également une ténosynovite au niveau du deuxième compartiment des extenseurs avec une vis qui dépassait très légèrement en dorsale de 1.4 mm confirmée à l'ultrason du 28 avril 2010. Il a indiqué que la reprise du travail n'était pas encore définie et qu'une adaptation de la place de travail pouvait peut-être améliorer la capacité de travail si l'intéressée n'avait rien à porter.

D'après une lettre du 26 mai 2010 du Service de la médecine du personnel du Centre hospitalier D._____, l'assurée devait reprendre son travail à partir du 1^{er} juin 2010 à son taux contractuel de 80% avec une diminution de rendement de 50%.

Selon un entretien téléphonique du 8 juin 2010 avec un collaborateur du Groupe S._____, l'assurée a effectivement repris son travail de secrétaire d'unité à temps complet dès le 1^{er} juin 2010.

L'assurée a à nouveau été opérée le 23 juin 2010 par le Dr B._____ pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Le 21 juillet 2010, l'assurée a subi une arthrographie et un scanner du poignet gauche au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier D._____. Dans leur rapport du même jour, les Drs [...], professeur associé, [...], chef de clinique adjoint et [...], médecin assistante, tous trois spécialistes en radiologie, ont notamment exposé ce qui suit :

« **ARTHROGRAPHIE DU POIGNET GAUCHE :**
(...)

Sur les radiographies standard, on note une ostéopénie ainsi qu'un petit fragment ossifié en regard de l'espace luno-triquétral proximal provenant possiblement de la styloïde ulnaire réséquée. Diastasis scapho-lunaire mesurant 3 mm. Remaniement du radius distal à mettre en relation avec les antécédents chirurgicaux. La pente radiale et l'angle scapho-lunaire sont dans la norme avec toutefois une discrète bascule dorsale du lunatum.

CT SCAN DU POIGNET GAUCHE :
(...)

Le CT confirme la présence d'une déchirure du ligament luno-triquétral partiel dans son segment dorsal et complète dans sa portion médiane. Absence de lésion du ligament scapho-lunaire. Erosion cartilagineuse avec mise à nu de l'os radial sous-jacent, des fossettes radio-scaphoïdiennes et radio-lunaires. La surface cartilagineuse du versant scaphoïdien est amincie, de même que celle du versant lunaire. Le cartilage retrouve une épaisseur normale en regard de l'espace ulno-lunaire. Erosion cartilagineuse avec remaniement dégénératif débutant de l'articulation pisolotricométrale. Les surfaces cartilagineuses médio-carpiennes sont préservées. Lunatum de type II. Absence de lésion visible des ligaments extrinsèques sous réserve d'un examen CT et non IRM [imagerie par résonance magnétique].

Conclusions

Antécédents de fracture du radius distal avec résection de la tête ulnaire. Déchirure du ligament luno-triquétral (médiane et dorsale). Erosion des surfaces cartilagineuses radio-scaphoïdiennes et radio-lunaires. ».

Selon un entretien téléphonique de l'assurée avec le Groupe S._____ du 22 juillet 2010, l'intéressée était en incapacité de travail à 50% à la suite de la dernière intervention chirurgicale.

Dans un rapport du 3 août 2010, le Dr B._____ a indiqué qu'il y avait un nouvel arrêt de travail depuis le 29 juillet 2010.

Lors d'un entretien téléphonique avec La Caisse C._____ du 26 août 2010, l'assurée a indiqué avoir donné son congé pour fin décembre 2010 car elle ne pourrait plus jamais faire le travail qu'elle avait alors.

Le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil du Groupe S._____, a examiné l'assurée et a établi un rapport le 29 novembre 2010. Il a apprécié le cas en ces termes :

« Status après fracture multi-fragmentaire du radius distal gauche, ostéosynthésée, évoluant vers un léger raccourcissement, compliquée d'un conflit cubito-carpien.

Tentative de traitement de ce conflit par une ostéotomie de raccourcissement du cubitus, puis par l'excision pure et simple de la tête cubitale. Plus récemment, ablation du matériel du radius.

Actuellement, la patiente se plaint de douleurs essentiellement cubito-carpiennes à l'effort. Elle porte une orthèse. Elle prend des antalgiques de manière inconstante. Elle dit épargner la main autant que possible.

Le tableau objectif n'est cependant pas mauvais. La mobilité du poignet est très bonne. On ne détecte pas de manière évidente des troubles neurologiques en particulier sensitifs. Il n'y a pas d'éléments en faveur d'une dystrophie réflexe. Enfin, la trophicité globale du membre, en particulier des structures musculaires est normale (pour un membre non dominant), ce qui parle plutôt en faveur d'une utilisation « à peu près normale » du membre.

Certes, la multiplication des gestes chirurgicaux peut laisser des douleurs type « parties molles », qui sont cependant appelées à s'estomper avec le temps. Il existe aussi la problématique de l'arthrose radio-carpienne, encore modeste, qui va certainement évoluer, probablement de manière lente, comme c'est souvent le cas pour les articulations importantes.

Dans l'absolu, je pense que cette patiente peut reprendre une activité professionnelle dans le domaine du secrétariat, en tout cas à 50% (taux qui prévalait courant juin et juillet 2010, c'est-à-dire avant l'ablation de la plaque du radius qui, pour elle seule, n'a clairement pas modifié la bio-mécanique et partant, l'évolution subjective du poignet). On se demande même si une pleine capacité de travail ne pourrait être exigée, moyennant l'utilisation de l'orthèse de stabilisation du poignet. Cette orthèse ne devrait pas sensiblement gêner l'utilisation d'un membre non dominant pour l'utilisation d'un ordinateur. Finalement, le classement des dossiers lourds peut être fait avec le membre dominant.

Avant de faire des propositions concrètes et en voulant épuiser les possibilités diagnostiques, j'ai proposé à la patiente la pratique d'une IRM injectée, examen qui nous permettra de mieux apprécier l'état tendineux autour du poignet et une éventuelle répercussion osseuse (œdème) de l'arthropathie dégénérative débutante. Examen programmé pour le 15 décembre 2010. Il fera l'objet d'un court rapport complémentaire. ».

L'IRM prévue a été annulée par l'assurée en raison des conditions météorologiques (il neigeait).

Par lettre du 17 décembre 2010, La Caisse C. _____ a indiqué à l'assurée qu'elle considérait que le report de l'IRM n'était pas admissible et qu'elle suspendait ses prestations jusqu'à nouvel avis, invitant l'intéressée à prendre ses dispositions afin de faire au plus vite l'examen demandé.

Dans un rapport du 17 janvier 2011, le Dr F._____, spécialiste en radiologie, a écrit la conclusion suivante après l'IRM pratiquée le jour même :

« Arthrose connue radio-carpienne avec touche de rhizarthrose. Discret manchon inflammatoire coiffant l'extrémité cubitale résiduelle. Structures tandino-ligamentaires sans particularité tout comme les tissus mous. ».

Dans un rapport complémentaire du 20 janvier 2011, le Dr W._____ a rédigé ce qui suit, se référant à l'IRM du 17 janvier 2011 :

« Cet examen est rassurant, corroborant finalement le tableau objectif de ce poignet. On peut donc exclure la notion de tendinite régionale significative. Le discret manchon inflammatoire autour du moignon du cubitus explique une petite partie de la symptomatologie alléguée. Idem pour l'arthrose, encore une fois modérée.

Sur la base de ces éléments, tenant compte aussi des remarques faites dans mon précédent rapport, Mme G._____ était certainement apte à œuvrer sur sa place de travail, avec un rendement minimum de 50%, en novembre dernier (taux qui prévalait déjà durant l'été 2010, avant l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse], geste qui n'a pas modifié le cursus subjectif). Un mois plus tard (1^{er} janvier 2011), avec le réentraînement au travail, cette patiente pouvait œuvrer à 100 %, moyennant encore une fois l'utilisation de son orthèse (accessoire suffisant pour pallier en grande partie les douleurs de surcharge, ou inflammatoires résiduelles), et quelques adaptations ergonomiques mineures.

Sur le plan thérapeutique, je n'ai pas d'autres propositions, hormis l'utilisation aux besoins d'une médication antalgique/anti-inflammatoire. L'évolution de l'arthrose est à surveiller. Il n'est pas exclu qu'on arrive, à moyen ou à long terme, à une chirurgie complémentaire de type arthrodèse. ».

Par décision du 1^{er} février 2011, S._____ Assurances SA (anciennement La Caisse C._____) s'est fondée sur les rapports du Dr W._____ pour conclure que l'assurée présentait une capacité de travail totale dans une activité de bureau dès le 1^{er} janvier 2011. Elle informait en conséquence l'intéressée que l'indemnité journalière serait versée jusqu'au 31 décembre 2010, les frais traitements devant être pris en charge tant qu'ils s'avéraient nécessaires et en relation de causalité avec l'accident.

Dans un rapport du 11 février 2011, le Dr B._____ a exposé que l'évolution n'était pas favorable, qu'une infiltration test pour une dénervation avait été pratiquée le 10 février 2011 avec une nette amélioration de la symptomatologie et qu'une dénervation du poignet gauche était prévue en mars 2011. Ce praticien relevait encore que dans son dossier, une reprise de travail à 50% était mentionnée à partir du 22 janvier 2011.

Le 21 février 2011, l'assurée, par son conseil, a fait opposition à la décision du 1^{er} février 2011, concluant à l'annulation de celle-ci.

Selon une correspondance du 3 mars 2011 du Dr B._____ au Dr J._____, spécialiste en chirurgie, en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main à [...], il avait été renoncé à la dénervation.

Le 24 mars 2011, le Dr B._____ a écrit ce qui suit au conseil de l'assurée :

« J'avais remis la patiente à 50 % de reprise de travail dès le 21.1.2011.

Vu que l'évolution est défavorable, nous avons discuté d'une autre possibilité thérapeutique par exemple une dénervation et nous avons effectué une infiltration test le 10.2.2011. Plusieurs jours après la patiente n'était plus favorable à cette possibilité vu les douleurs importantes qu'elle présentait. J'ai proposé à la patiente d'avoir un deuxième avis par le docteur J._____ à [...] et si les douleurs de type mécanique persistent on pourrait effectivement procéder à une arthrodèse partielle (radio-scapho-lunaire) voire une arthrodèse totale du poignet. L'arthrodèse totale me semble néanmoins prématurée en voyant les radiographies standard de Mme G._____. ».

S._____ Assurances SA a sollicité le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, pour un second avis.

Par courrier du 26 avril 2011, le conseil de l'assurée s'est opposé à cette désignation et a réclamé le paiement des indemnités journalières à 100% jusqu'au 21 janvier 2011 puis à 50% depuis lors.

Le 26 avril 2011 également, l'assurée a téléphoné à S. _____ Assurances SA pour l'informer qu'elle ne voulait pas se rendre chez le Dr M. _____ car « son avocat lui a[vait] signalé que ce dernier était au service des assurances ... ». Elle a aussi exprimé son incompréhension devant la décision de l'assurance de cesser le paiement des indemnités journalières car seul le Dr W. _____ pensait qu'elle pouvait travailler. Elle a indiqué qu'elle avait vu les Drs B. _____, J. _____, K. _____ et Z. _____ et que tous étaient d'avis que l'incapacité de travail était justifiée. Selon elle, le Dr W. _____ n'avait pas lu son dossier car s'il l'avait fait, il aurait vu qu'elle prenait du Lyrica et que ce médicament empêchait de travailler.

Lors d'un nouvel entretien téléphonique avec l'assurée le 27 avril 2011, S. _____ Assurances SA a informé celle-ci que la consultation chez le Dr M. _____ était maintenue faute d'un motif de récusation valable. L'intéressée a avisé l'assurance qu'elle allait se faire opérer le 4 mai 2011 et qu'elle serait plâtrée le 16 mai suivant, jour du rendez-vous chez le Dr M. _____.

Par lettre du 2 mai 2011, S. _____ Assurances SA a informé le conseil de l'assurée que le rendez-vous chez le Dr M. _____ était annulé compte tenu de l'opération prévue le 4 mai 2011, relevant qu'il ne s'agissait pas d'une expertise mais d'un simple avis médical. Elle précisait également qu'elle ne pouvait garantir la prise en charge de cette intervention, ni de l'incapacité de travail.

Le 3 mai 2011, le conseil de l'assurée a informé S. _____ Assurances SA que l'opération prévue le 4 mai 2001 ne pouvant être garantie, elle allait être repoussée de 2-3 mois et qu'il refusait que le Dr M. _____ soit sollicité pour un avis médical.

Le 3 mai 2011 également, le Dr J._____ a rédigé le rapport suivant à la demande de l'assurée :

« A l'examen clinique, lors de la consultation du 31.01.2011, elle présentait une extension-flexion de son poignet qui était libre, une prono-supination libre à 80/0/80 dans toutes les amplitudes, une force de serrage à D [droite] qui était à 30 kg contre 10 kg du côté G [gauche] traumatisé, soit une grande perte de force de 66%. La force de serrage, elle aussi, pour la pince pollici-digitale était fortement diminuée. La mobilisation radio-carpienne révélait lors de la consultation, des douleurs et des craquements importants. Elle présentait de plus une instabilité radio-lunaire distale au niveau de son moignon de résection de tête lunaire. Au vu des examens présentés par la patiente ce jour, elle présente de manière certaine une arthrose scapho-radiale importante avec possiblement une arthrose médio-carpienne associée. Elle présente dans la vie de tous les jours des activités qui peuvent être en force et notamment exposées à des chocs. On ne retient donc pas une indication à la réalisation d'une arthroplastie totale du poignet, par contre, cette patiente doit pouvoir bénéficier d'une arthrodèse, soit partielle radio-scapho-lunaire, soit totale arthrodèse pancarpienne en fonction de l'état clinique de l'articulation médio-carpienne. L'indication chirurgicale doit être posée chez une patiente qui présente des douleurs importantes au niveau de sa main G qui sont exacerbées au moindre mouvement de son poignet, ceci pourrait lui apporter une diminution de sa symptomatologie douloureuse au prix bien entendu d'une diminution des mouvements de flexion-extension. ».

Par lettre du 5 mai 2011 à S._____ Assurances SA, le conseil de l'assurée a confirmé que celle-ci avait dû annuler l'opération prévue le 4 mai 2011, faute de garantie. Il a également proposé que le Dr K._____, médecin-chef à [...], spécialiste reconnu de la chirurgie de la main et du poignet que sa cliente ne connaissait pas puisque ce médecin ne l'avait jamais traitée, donne son avis sur la nécessité de l'opération envisagée.

S._____ Assurances SA a répondu le 16 mai 2011 qu'elle n'adhérait pas à la proposition de désigner le Dr K._____ comme expert et a proposé deux autres experts.

Le 6 juillet 2011, S._____ Assurances SA a informé l'assurée qu'elle prendrait en charge l'opération proposée par les Drs B._____ et J._____.

L'assurée a subi une nouvelle opération réalisée le 20 juillet 2011 par le Dr B._____, consistant en une arthrodèse radio-scapho-lunaire du poignet gauche.

Par correspondance du 9 août 2011, le conseil de l'assurée a indiqué à S._____ Assurances SA que l'opération s'était déroulée comme prévu avec arthrodèse partielle et que l'intéressée s'était vu prescrire un arrêt total de travail pour une durée d'environ trois mois. Il relevait qu'elle n'avait reçu aucune indemnité journalière.

Le 6 septembre 2011, S._____ Assurances SA a exposé que la question de la prise en charge de l'intervention et celle de l'incapacité de travail antérieure n'étaient pas forcément liées et a indiqué que pour se prononcer, son médecin-conseil désirait quelques renseignements supplémentaires.

Par lettre du 15 septembre 2011, S._____ Assurances SA a informé l'assurée, par son conseil, qu'elle verserait les indemnités journalières à 100% du 1^{er} au 20 janvier 2011 et à 50% du 21 janvier au 19 juillet 2011.

Par correspondance du 21 novembre 2011 à S._____ Assurances SA, le conseil de l'assurée a relevé que sa cliente avait reçu les indemnités journalières jusqu'à fin septembre 2011 mais plus depuis lors, alors qu'elle serait toujours en incapacité de travail.

Dans un rapport du 23 novembre 2011, le Dr B._____ a exposé que l'assurée se plaignait toujours de douleurs au niveau de la main et du poignet gauches, malgré qu'il y ait eu un changement dans les douleurs depuis l'intervention, et qu'elle n'avait plus de douleurs mécaniques comme avant mais une douleur sur le dos de la main gauche irradiant vers l'avant droit et une douleur de la première colonne à la base du pouce à gauche. Ce praticien précisait qu'une reprise du travail à 20% dès le 15 novembre 2011 avait été convenue et que l'intéressée avait essayé de faire des travaux à domicile avec l'ordinateur mais qu'elle

n'arrivait pas à augmenter sa capacité. Il précisait encore que dans une activité adaptée sans devoir beaucoup utiliser sa main gauche, par exemple répondre au téléphone, une activité serait certainement possible.

Par courrier du 28 novembre 2011, le conseil de l'assurée a à nouveau demandé la reprise du versement des indemnités journalières.

Le 30 novembre 2011, S. _____ Assurances SA a répondu qu'elle n'avait eu aucune nouvelle information concernant l'incapacité de travail de l'assurée avant le courrier du 21 novembre 2011. Elle constatait que le dernier certificat médical mentionnait une incapacité de travail de 2 à 3 mois dès le 20 juillet 2011, soit jusqu'au 20 septembre, voire 20 octobre 2011, précisant que sans nouvelles, elle s'était adressée au Dr B. _____ afin de savoir ce qu'il en était. Compte tenu des informations transmises par le conseil de l'intéressée, elle a expliqué qu'elle verserait les indemnités du 1^{er} au 20 octobre 2011 dans l'attente d'être en possession des renseignements du médecin pour poursuivre ses versements.

Dans une correspondance du 22 décembre 2011 à S. _____ Assurances SA, le conseil de l'assurée a indiqué qu'une activité de téléphoniste ne pourrait pas convenir à une personne handicapée d'une main puisqu'une telle activité impliquait l'usage simultané d'un ordinateur, donc des 2 mains, la parole et l'écoute étant transmises au moyen d'un casque. Il réclamait donc les prestations d'indemnités journalières au-delà du 20 octobre 2011.

Par lettre du 3 janvier 2012, le conseil de l'assurée a avisé S. _____ Assurances SA qu'après un scanner, le Dr B. _____ était d'avis qu'il faudrait enlever le matériel d'ostéosynthèse, dont une vis qui pourrait être la cause de nouvelles douleurs éprouvées par l'intéressée. Il indiquait en outre que de l'arthrose s'était manifestée dans l'articulation du pouce suite aux opérations et qu'une intervention devrait aussi être effectuée à ce niveau.

Par courrier du 7 février 2012, le conseil de l'assurée a informé S._____ Assurances SA qu'une opération avait été décidée pour le 14 mars 2012 pour enlever le matériel qui appuyait sur des os et tendons, ainsi que pour un os du pouce qui produisait de l'arthrose.

Dans un rapport du 16 février 2012 le Dr B._____ était d'avis qu'avec un aménagement du poste de travail et/ou un allègement des horaires, une activité adaptée sans devoir porter des charges, par exemple répondre au téléphone, serait possible.

Une nouvelle intervention chirurgicale a été effectuée le 14 mars 2012 par le Dr B._____.

Le 15 mars 2012, S._____ Assurances SA a informé le conseil de l'assurée qu'elle adhérait à la proposition de l'intervention prévue le 14 mars 2012. Elle demandait également un certificat médical depuis le 16 décembre 2011 pour pouvoir établir un décompte des indemnités journalières.

Par lettre du 5 avril 2012 au conseil de l'assurée, S._____ Assurances SA a informé celui-ci que les indemnités journalières de janvier à mars 2012 avaient été versées le 2 avril 2012. En outre, elle indiquait annuler sa décision du 1^{er} février 2011 « se rapportant uniquement sur la capacité de la reprise du travail ».

Le 3 août 2012, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main à la Clinique V._____, a attesté une incapacité travail jusqu'au 5 août 2012, le travail pouvant être repris à 100% le 6 août 2012 « dans la plus grande proportion ».

Selon un entretien téléphonique du 9 octobre 2012 d'un collaborateur de S._____ Assurances SA avec le conseil de l'assurée, celle-ci n'était plus en arrêt de travail depuis début août 2012, mais ne

pouvait toutefois pas rester plus d'une heure à l'ordinateur, de sorte qu'elle ne pourrait plus exercer son métier de secrétaire.

Le même jour, le conseil de l'assurée a écrit à S. _____ Assurances SA qu'il incombait à celle-ci de fixer une rente d'invalidité ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Il expliquait que sa cliente ne pouvait pas continuer à travailler comme secrétaire parce qu'après une heure d'ordinateur, sa main se raidissait et lui faisait trop mal, indiquant que selon le Dr Z. _____, on ne pouvait rien faire pour améliorer la situation.

Le 9 novembre 2012, S. _____ Assurances SA lui a répondu que l'indemnité journalière serait versée à l'assurée jusqu'au 5 août 2012 et qu'elle allait demander de nouveaux renseignements médicaux pour examiner les prestations de longue durée.

Par lettre du 12 novembre 2012, le Dr Z. _____ a écrit à S. _____ Assurances SA qu'il avait été mis un terme à la prise en charge de l'assurée le 3 août 2012 et que l'accident se soldait par des séquelles durables, à savoir une atteinte à l'intégrité résultant de la panarthrodèse du poignet gauche, cet état correspondant selon les tabelles LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) à un taux d'atteinte à l'intégrité de 15%.

Le 13 novembre 2012, le conseil de l'assurée a écrit ce qui suit à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), avec copie à S. _____ Assurances SA :

« Revenant à ce dossier, je vous remets le certificat médical final du Dr Z. _____ du 6 août 2012 indiquant une possibilité de reprise à 100% mais « dans la plus grande proportion » (possible).

Ainsi, l'état du poignet gauche après arthrodèse ne peut plus être amélioré. Malheureusement, la mobilité du poignet, donc la fonction de la main, a pratiquement disparu. La moindre utilisation de cette main engendre enflures et douleurs; même la conduite d'un véhicule, après quelques kilomètres, devient douloureuse.

Ma cliente souhaiterait naturellement travailler, mais elle ne voit aucune activité possible ne nécessitant pas l'usage des deux membres supérieurs. En particulier dans son activité de secrétariat (ce qui vaut aussi pour une activité du même genre comme par exemple réceptionniste), l'usage d'un clavier d'ordinateur est indispensable et n'est malheureusement pas possible pour une nouvelle formation de type intellectuel (haute école ou université), ma cliente, âgée de 58 ans, paraît malheureusement trop âgée.

En résumé et à moins qu'on puisse imaginer une activité de substitution (mais quel genre ?), on doit bien se résoudre à constater qu'il y a ici invalidité entière, ma cliente ne pouvant d'ailleurs se présenter chez aucun employeur sans dire qu'elle n'a presque plus d'usage de son MSG [membre supérieur gauche].

Mme G. _____ se tient à votre disposition pour en discuter.

À toutes fins utiles, j'adresse un double de la présente et de son annexe, pour information, à l'assureur LAA S. _____ Assurances SA, [...], les arguments invoqués valant également pour cet assureur social. ».

Toujours par une lettre du 13 novembre 2012 de son conseil à S. _____ Assurances SA, l'assurée a pris note de l'intention de l'assurance de verser l'indemnité journalière jusqu'au 5 août 2012, relevant que son incapacité de travail n'avait pas pris fin à cette date qui pouvait toutefois être retenue provisoirement comme date du passage à la rente. L'intéressée se référait également à l'appréciation du Dr Z. _____ s'agissant de l'atteinte à l'intégrité. Elle réclamait aussi l'entier des frais de déplacement au motif que travaillant au Centre hospitalier D. _____, elle avait été envoyée à la Clinique V. _____ par son employeur et qu'il était logique qu'elle se fasse soigner là-bas et non pas à X. _____. Elle indiquait également avoir fait depuis longtemps une annonce à l'AI.

Le 13 novembre 2012 également, S. _____ Assurances SA a annoncé le cas à O. _____ Assurance-accidents SA (ci-après : O. _____ Assurance-accidents SA ou l'intimée), avec qui elle avait conclu un accord pour la prise en charge des prestations de longue durée conformément à l'art. 70 al. 2 LAA.

Dans une évaluation du 10 décembre 2012, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil d'O. _____ Assurance-accidents SA, a

indiqué qu'il partageait l'avis du Dr Z._____ s'agissant de la stabilisation du cas au 5 août 2012 et de l'IPAI de 15% et qu'il doutait de l'utilité d'une expertise puisque le médecin traitant considérait que la capacité de travail était totale. Quant à l'expression « capacité de travail à 100% dans la plus grande proportion », il était d'avis que le Dr Z._____ entendait une activité à temps complet dans un travail adapté ne nécessitant pas de surcharge du membre non dominant.

Le 28 décembre 2012, S._____ Assurances SA a répondu au courrier du 13 novembre 2012 du conseil de l'assurée que s'agissant de la décision concernant le droit à l'IPAI et à une rente, le dossier avait été transmis à leur partenaire en charge des prestations à long terme, soit O._____ Assurance-accidents SA. Quant aux frais de déplacement, elle remarquait que l'intéressée avait été précédemment remboursée intégralement pour les trajets effectués jusqu'à [...] mais que c'était à tort puisque l'assureur social ne devait rembourser les frais de transport que jusqu'au dispensateur le plus proche du domicile. Elle constatait que s'il n'était plus possible de se rendre au Centre hospitalier de X._____ comme elle le prétendait, elle aurait dû se rendre auprès d'un autre chirurgien orthopédiste du même lieu, relevant que 2 autres chirurgiens avaient été trouvés dans les pages Jaunes françaises.

Par lettre du 14 janvier 2013 à S._____ Assurances SA, la recourante, par son conseil, écrivait qu'elle était soignée et suivie au Centre hospitalier D._____ à l'époque de l'accident parce qu'elle travaillait là-bas et qu'il était logique que le suivi soit assuré par le même établissement ou un établissement spécialiste de la main, précisant que les deux chirurgiens orthopédiques à X._____ ne paraissaient pas être des spécialistes de la main. Elle réclamait en outre une avance sur les prestations qui lui seraient dues, soit la rente et l'IPAI.

Par décision du 23 janvier 2013, O._____ Assurance-accidents SA a alloué à l'assurée une IPAI de 15%, soit 18'900 francs. En revanche, elle indiquait que les conditions pour l'octroi d'autres prestations en espèces n'étaient pas remplies étant donné que le médecin

traitant de l'intéressée attestait une capacité de travail de 100% et qu'aucun élément médical objectif ne parlait en faveur d'une limitation durable de la capacité de gain résultant de l'événement du 28 juillet 2009.

Le 31 janvier 2013, l'assurée, par son conseil, a fait opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle contestait, d'une part, la capacité de travail et, d'autre part, la possibilité de travailler sur un marché du travail réputé équilibré puisqu'en raison de son âge, de l'ensemble des circonstances et également du fait qu'elle était pratiquement mono-manuelle, elle ne pourrait pas se recycler dans une profession assurant à un éventuel employeur un rendement acceptable. Elle a conclu que son taux d'invalidité était supérieur à 70% et qu'elle avait droit à une rente sur cette base.

Interpellé par O. _____ Assurance-accidents SA sur le sens à donner à l'expression « dans la plus grande proportion » en rapport avec une reprise du travail à 100%, utilisée dans son certificat du 3 août 2012, le Dr Z. _____ a répondu ceci le 22 avril 2013 :

« On entend par là...

- Que le patient est apte à travailler selon un horaire normal, plein.
- Que sa capacité de travail (en termes de rendement) s'approche de 100 %, mais ne les atteint peut-être pas, ou vraisemblablement pas. En d'autres termes, le patient présente certaines séquelles et l'on ne peut prétendre qu'il puisse retravailler avec le même rendement ou dans toutes les tâches qui étaient les siennes avant son accident.

En effet, s'il est possible de déterminer une capacité de travail légèrement, moyennement ou très diminuée (par exemple capacité de 75-50-25 %), il est difficile souvent impossible et prétentieux de déterminer au cabinet [une capacité] de par exemple 87 ou 93 %.

En d'autres termes, « dans la plus grande proportion » signifie « capacité qui se situe quelque part en 75 et 100 %, et probablement s'approchant de la valeur haute de cette fourchette ».

Nous sommes conscient que lorsqu'on doit articuler un chiffre précis, par exemple dans le cas d'une expertise, on doit bien trancher puisque cela a des implications financières potentielles directes et définitives. Dans la vie réelle, c'est un peu différent. La patiente dont on parle est secrétaire : elle n'avait pas d'emploi

lorsque nous avons mis un terme au traitement. Toutes les secrétaires n'ont pas exactement le même type de poste. On peut imaginer par exemple que la patiente pourrait trouver un poste qui lui convienne idéalement et puisse alors avoir un rendement de 99 % ou 100 %, alors que dans un autre profil d'emploi similaire, son rendement serait de 85 à 90 %. Il est toujours plus commode de déterminer la capacité de travail d'un patient qui a un emploi, et donc la possibilité de se mettre à l'épreuve. ».

Par courrier du 30 avril 2013 à O._____ Assurance-accidents SA, l'assurée, par son conseil, s'est notamment déterminée comme suit :

« Vous m'avez transmis la réponse du Dr Z._____ tendant à expliciter son certificat du 3 août 2012 indiquant une reprise « dans la plus grande proportion » dès le 6 août 2012.

J'ai soumis cette explication complémentaire à ma cliente, qui m'explique ce qui suit :

« Lorsque le Dr Z._____ m'a permis de reprendre le travail, je n'avais pas les problèmes et douleurs que j'ai aujourd'hui et, au vu de ses arguments, je croyais sincèrement pouvoir reprendre le travail.

En effet il m'a dit croire plus en mes déclarations qu'en une radiographie. Donc je pensais être à la hauteur d'un travail comme le précédent. En essayant de reprendre une vie normale, je me suis aperçue que soulever de la main gauche, saisir, porter et travailler plus d'une demi-heure sur l'ordinateur n'étaient plus des actions normales. Mon pouce suite à la trapézectomie, ne répond plus non plus lorsque je saisis plus lourd qu'une tasse vide. Du côté du cubitus, les douleurs me réveillent parfois la nuit.

Quand (sic) à la réponse du Dr. Z._____, elle est trop technique pour moi.

Tout ce que je sais, c'est que personne ne prend le risque de m'employer ».

Je déduis de ce qui précède qu'on avait effectivement l'espoir, en août 2012, que le travail puisse être repris avec simplement une petite diminution de rendement. Cela ne s'est toutefois pas révélé exact. ».

Interpellé par O._____ Assurance-accidents SA, le Dr Q._____ a proposé le 8 juillet 2013 que le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à [...], soit désigné comme expert.

Par courrier du 12 juillet 2013 au conseil de l'assurée, O. _____ Assurance-accidents SA a indiqué à celui-ci qu'elle avait tenté à plusieurs reprises d'obtenir la copie du dossier AI et que l'OAI l'avait informée qu'en l'absence d'une signature par l'intéressée de la demande officielle, celle-ci n'avait pu être instruite. De surcroît, elle lui proposait deux noms d'expert, soit le Dr M. _____ ou le Dr L. _____ en lui demandant de faire part de ses préférences. Elle joignait également un projet de questionnaire, invitant l'assurée à faire valoir d'éventuelles remarques.

Le 18 juillet 2013, le conseil de l'assurée lui a répondu que l'OAI n'avait pas agi avec diligence et bonne foi d'une part et demandait d'autre part si les médecins proposés étaient médecins-conseil d'assurances, en particulier d'assureurs LAA.

Par courrier du 23 juillet 2013, O. _____ Assurance-accidents SA a indiqué au conseil de l'assurée que les 2 médecins proposés comme expert n'étaient pas ses médecins-conseil ou ceux du Groupe S. _____.

Le 2 août 2013, le Dr Z. _____ a écrit ce qui suit à O. _____ Assurance-accidents SA :

« La patiente susnommée a repris contact et je l'ai revue récemment à ma consultation.

Dans un courrier du 22 avril 2013 qui vous était adressé, je tentais d'apporter quelques éclaircissements relatifs à la capacité de travail (ou de gain) de la patiente.

Le terme de la prise en charge (ou du moins ce que nous espérions en être le terme), remonte à l'été 2012. La patiente était positive, libérée enfin depuis la dernière intervention chirurgicale de douleurs qu'elle avait endurées pendant plusieurs années. Elle était non seulement positive, elle était soulagée d'avoir tourné la page mais aussi optimiste pour l'avenir. Il était néanmoins difficile de juger concrètement de la capacité de gain d'une patiente qui avait perdu son emploi, ce que (sic) ne nous donnait pas la possibilité de mettre les capacités de la patiente à l'épreuve concrètement (et progressivement probablement). Nous étions donc convenus d'une capacité de travail « dans les plus grandes proportions possibles » à partir du 6.8.2012.

La patiente a trouvé un emploi (mission temporaire via [...]), et a repris le 8.7.2013 une activité de secrétariat au Centre hospitalier D._____. Mme G._____ se trouve maintenant concrètement face à des limites qu'elle pensait plus distantes, du moment que les heures de dactylographie soumettent son poignet à une sollicitation qu'elle n'a pas connue depuis longtemps. Il y a des douleurs globales, un état réactionnel dorsal, des douleurs croissantes en cours de journée, de plus en plus sévères et restant présentes encore en soirée. D'autres activités quotidiennes extraprofessionnelles s'avèrent plus difficiles ou impossibles qu'il n'y paraissait l'an passé.

Mme G._____, ayant enfin trouvé un emploi, fut-il temporaire, souhaite mener sa mission à son terme, coûte que coûte. Elle dit néanmoins ne pouvoir imaginer poursuivre cette activité en l'état actuel à long et même moyen terme.

Appréciation du cas et proposition : la patiente nous donne l'impression d'être sincèrement collaborante, désireuse de guérir et de travailler. La situation actuelle n'est cependant pas tolérable à beaucoup plus long terme. D'un point de vue médical il nous semble plausible de considérer que la présence de la plaque d'ostéosynthèse elle-même est responsable d'une partie importante (si ce n'est toute[s]) des douleurs que présente la patiente. Il n'est pas rare que l'on observe, alors qu'a priori tout semble en ordre, que des patients se disent singulièrement soulagés et améliorés après ablation du matériel d'ostéosynthèse, surtout dans les cas d'arthrodèse du poignet. Je préconise donc l'ablation de cette plaque dans un délai plutôt rapproché, à convenance de la patiente, vraisemblablement après le terme de sa mission temporaire actuelle. Aucune décision, en tout cas aucune date, n'a encore été prise définitivement. Je me tiens à disposition de la patiente. ».

L'assurée a été réopérée le 6 août 2013 par le Dr Z._____, l'intervention consistant en l'ablation d'une plaque d'ostéosynthèse et en une révision d'arthroplastie avec débasement du trapézoïde.

Par lettre du 15 août 2013, le conseil de l'assurée a informé O._____ Assurance-accidents SA que sa cliente avait dû être réopérée le 6 août 2013. Il indiquait également qu'elle avait tenté une reprise du travail par une mission temporaire au Centre hospitalier D._____ mais qu'elle avait dû l'interrompre en raison de douleurs insupportables de jour comme de nuit.

Par lettre du 22 août 2013 de son conseil à O._____ Assurance-accidents SA, l'assurée a demandé un décompte des indemnités journalières.

Le 27 août 2013, O. _____ Assurance-accidents SA a pris acte de l'intervention du 6 août 2013, remarquant qu'il était effectivement opportun de repousser l'expertise. S'agissant de l'incapacité de travail en cours, elle indiquait avoir transmis à S. _____ Assurances SA le certificat médical du 7 août 2013 pour examen du droit aux prestations.

Dans une lettre du 7 octobre 2013 de son conseil à S. _____ Assurances SA, l'assurée a indiqué avoir reçu la somme de 6'840 fr., mais réclamait un décompte y relatif, indiquant rester dans l'attente des indemnités journalières encore dues.

Par pli du 17 octobre 2013, S. _____ Assurances SA a adressé au conseil de l'assurée un décompte des indemnités journalières pour la période du 27 juillet au 30 septembre 2013.

Par lettre du 14 novembre 2013 à S. _____ Assurances SA, le conseil de l'assurée a réclamé le paiement des indemnités journalières d'octobre à décembre 2013.

Le 6 décembre 2013, une entrevue a eu lieu entre un représentant de S. _____ Assurances SA, l'assurée et son conseil, en l'étude de ce dernier. Le rapport de cette entrevue a été rédigé comme suit par le représentant de l'assurance :

« Après les salutations d'usage, Maître Nordmann me fait part de son indignation dans le déroulement des paiements des indemnités journalières. Il m'explique que le Groupe S. _____ a fait un récent versement mais uniquement pour le mois d'octobre. Il nous demande de verser le[s] mois de novembre et décembre dans un délai correct et me précise que les certificats médicaux sont en notre possession. J'ai demandé une copie du dernier certificat que je transmettrai au gestionnaire du sinistre (celui-ci mentionne une incapacité durable □ fin décembre 2013 de l'avis de l'avocat).

Au niveau médical, pas de traitement actuellement. Prise de Dafalgan uniquement. État stable après la dernière intervention du 6 août 2013 (AMO, ablation d'une plaque et fraisage de trois têtes de vis).

Pour l'assurée, la situation est sans issue. Pas d'amélioration de son état pour l'avenir. Douleurs constantes, cubitus qui « voyage » dans le bras selon ses dires. Port de charges très limité (pas plus d'un

kilo). Elle m'explique qu'elle arrive péniblement à faire des tâches ménagères, mais laisse très souvent tomber des objets. Manque de force (tests récents avec le Dr Z. _____ / 4 sur 28). Le pouce de la main gauche est faible (tests aussi à cet effet / 1 sur 4).

Elle arrive à conduire, mais uniquement pour de courts trajets. Pour l'entretien de ce jour, elle me précise qu'elle va demander le remboursement pour les frais de déplacements.

Au niveau professionnel, elle était inscrite auprès de la société [...] et avait trouvé une place de secrétaire auprès du Centre hospitalier D. _____ ([...]) cet été. Après quelques jours, elle réalise qu'elle n'arrive pas à travailler sur le clavier (douleurs et enfléments du poignet gauche). A été licenciée après deux semaines.

Quant à l'AI, l'assurée m'explique avoir été conviée à des mesures d'orientation professionnelle auprès de la société E. _____ à [...] du 7.10.13 au 7.1.2014 (...). Selon ses dires, cette mesure a été annulée en accord avec la gestionnaire du dossier AI (...). Je me suis procuré la lettre de maître Nordmann répondant à l'AI sur ces mesures.

L'assurée et Maître Nordmann me précise[nt] qu'à bientôt 60 ans, un recyclage paraît peu probable voir pas possible dans cette situation. Il ne resterait qu'une solution : la rente.

Mon interlocuteur pense que la meilleure solution serait de demander un rapport médical détaillé et de transmettre les constatations auprès de l'O. _____ Assurance-accidents SA afin qu'il puisse se déterminer sur une rente et ceci rapidement.

A noter que cette situation pèse énormément sur le moral de notre assurée (selon l'avocat). L'assurée quant à elle me précise qu'elle souhaite régler une fois pour toutes ce sinistre. A déjà fait beaucoup d'interventions, a participé aux mesures AI sans résultats et se retrouve dans une situation financière et morale très pénible. ».

Par correspondance du 17 décembre 2013, O. _____ Assurance-accidents SA a informé l'assurée, par son conseil, qu'elle avait confié une expertise au Dr M. _____, le Dr L. _____ étant décédé.

Le 19 février 2014, l'assurée a subi une scintigraphie osseuse exécutée à la demande de l'expert par le Dr F. _____, dont le rapport daté du même jour se concluait ainsi :

« Pas d'éléments scintigraphiques en faveur d'une algoneurodystrophie aiguë ou subaiguë de la main gauche. Les quelques inhomogénéités touchant les poignets en phase ostéoblastique tardive, à peine plus marquées à gauche, apparaissent encore compatibles avec les troubles dégénératifs à

droite, péjorées par les troubles post-traumatiques et post-opératoires à gauche. ».

Une expertise a donc été confiée au Dr M._____, qui a examiné l'assurée les 6 et 19 février 2014 et rédigé un rapport le 25 février 2014 exposant notamment ce qui suit :

« **Plaintes actuelles par ordre d'importance décroissant :**

Importante perte de force et d'habileté manuelle de la main gauche empêchant son utilisation pour toute manipulation de force, mais également légère telle que l'utilisation d'un clavier d'ordinateur. De même, la main gauche est inutilisable pour des travaux fins tels que la couture et pour les gestes habituels quotidiens de l'habillement et du ménage.

Douleurs diffuses à la face radiale et postérieure du poignet gauche cotée[s] entre 5-7/10, exacerbées au moindre mouvement et diminuant au repos. Elle est régulièrement réveillée la nuit. Les douleurs ne diminuent pas significativement avec le Dafalgan.

Raideur du poignet arthrodésé auquel elle s'est largement accoutumée et qui ne représente pas d'handicap résiduel majeur.

Status :

Patiente en bon état général, mesurant 170 cm et pesant 78 kg, décrivant ses plaintes avec précision sans jamais donner l'impression de les exagérer.

La main gauche est nettement dystrophique avec une pâleur et une moiteur palmaire surtout du 1er rayon. Plusieurs cicatrices opératoires sur tout le pourtour du poignet, calmes. Par contre, la palpation est extrêmement sur tout le pourtour et la percussion de toutes les saillies osseuses du poignet et de la main est très sensible.

Le poignet est bloqué avec 10° d'extension et de déviation radiale. Pas de fausse mobilité. Mobilité préservée des doigts longs. Opposition du pouce cotée à Kapandji 8.

Importante diminution de la force, notamment du pouce. Force de préhension : pince digito-palmaire 30 kg à droite et 4 kg à gauche ; pince pollici-digitale 10 kg à droite et 1 kg à gauche.

Périmètre maximal de l'avant-bras : 26 cm à gauche et 26.5 cm à droite.

Périmètre du poignet : 16 cm à gauche et 16.5 cm à droite.

Périmètre du métacarpe et des doigts longs : 17.5 cm à gauche et 20 cm à droite.

Tinel négatif au-dessus du tunnel carpien et de la loge de Guyon. Phalen négatif.

Discrimination sensitive entre 2 points = 4 mm à la pulpe de tous les doigts. Nette amyotrophie diffuse de tous les muscles intrinsèques de la main gauche avec une faiblesse généralisée, mais pas de parésie correspondant à un territoire nerveux particulier.

(...)

Diagnostic(s) :

- Blocage du poignet gauche avec dystrophies douloureuses post-traumatiques de la main gauche.
- Status après ablation de tout le matériel d'ostéosynthèse le 06.08.2013.
- Status après arthrodèse complète du poignet gauche et trapézectomie le 04.03.2012.
- Status après arthrodèse partielle radio-carpienne du poignet gauche le 20.07.2011.
- Status après AMO du radius distal gauche le 23.06.2010.
- Status après résection de la tête cubitale gauche selon Darrach le 18.03.2013.
- Status après ostéotomie du cubitus distal gauche selon Bowers le 04.02.2010.
- Status après fracture complexe de l'épiphyse distale du radius gauche le 28.07.2009 et ostéosyntheses du radius distal gauche par plaque palmaire le 30.07.2009.

REPONSES AUX QUESTIONS :

(...)

4. Diagnostic ?

Cf ci-dessus.

5. La guérison suit-elle un cours normal ?

Non, l'évolution est défavorable avec une guérison qui est loin d'être satisfaisante et la persistance d'un poignet gauche bloqué, douloureux et dystrophique.

A mon sens, les douleurs résiduelles ne peuvent pas être attribuées à la simple présence du matériel d'ostéosynthèse ou un autre problème purement mécanique.

L'examen clinique montre clairement une dystrophie du poignet et de la main gauche[s] et la récente scintigraphie osseuse est compatible avec des séquelles tardives d'une algoneurodystrophie.

6. L'accident a-t-il aggravé ou rendu douloureux une ou des affections pathologiques latentes ?

Non, il n'y a pas lieu de retenir l'intervention de pathologie préexistante ni intercurrente.

7. Parmi les troubles que présente l'assurée, veuillez préciser

- a. ceux qui sont causés de manière vraisemblable soit à plus de 50 % par l'accident du 28.07.2009 ?**
- b. ceux qui sont causés à moins de 50 % par cet accident ou qui renvoient à des lésions malades ou dégénératives ?**

Tous les troubles diagnostiqués en réponse à la question n° 4 sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 28.07.2009 avec une vraisemblance prépondérante. Il n'y a pas de trouble qui renvoie à des lésions malades ni dégénératives.

8. Le cas échéant y-a-t-il lieu de limiter la causalité dans le temps ?

- a. à partir de quand ?**

Non

- b. dans quelles proportions ?**

Sans objet.

- c. le statu quo ante resp. [respectivement] sine a-t-il été retrouvé/atteint ?**

Le statu quo ante resp. sine ne seront plus jamais retrouvés en raison des séquelles définitives de la main gauche (cf ci-dessus).

9. Les traitements actuellement prodigués sont-ils appropriés ?

Actuellement, il n'y a plus de traitement et je n'ai pas d'autre proposition si ce n'est l'entretien de la main gauche par des exercices personnels de désensibilisation à domicile (massages, brassages de gravier, etc.).

10. Compte tenu des seuls troubles causés à plus de 50 % par l'accident quelle est la capacité de travail de l'assurée

- a. dans son ancienne activité professionnelle en tant que secrétaire ?**

La capacité de travail dans son ancienne activité de secrétaire est définitivement compromise, même à temps partiel.

- b. dans une activité adaptée ?**

Théoriquement, une activité purement monomanuelle droite ou ne nécessitant que l'utilisation ponctuelle et légère de la main gauche pourrait être exigible, même à temps complet. Un travail de téléphoniste ou d'hôtesse d'accueil pourrait par exemple convenir en essayant d'utiliser les ressources personnelles de la patiente dans le domaine de l'organisation d'événements. Compte tenu de son âge, il sera probablement difficile de trouver un emploi adapté dans la pratique, mais il serait également difficile de procéder à une reconversion professionnelle. Cette dernière considération relève toutefois plus du domaine de l'orientation professionnelle que de l'expertise médicale.

11. Les troubles actuels sont-ils en comptabilité (sic) avec l'activité accessoire de l'assurée de vente de tissu et d'un atelier de patchwork ? Quelles sont les limitations ?

Non. Un tel travail nécessite l'usage répétitif des deux mains, ce qui n'est plus exigible.

12. Quel est votre appréciation au vu de l'atteinte à la santé résultant de l'accident du 28.07.2009 des prestations que nous pouvons encore attendre de l'assurée ?

Cf réponse à la question 10b.

13. L'état de santé est-il actuellement stabilisé ? Un traitement médical en vue de préserver la capacité de travail actuelle ou afin d'empêcher que l'état de santé ne subisse une détérioration notable est-il nécessaire ?

L'état de santé est stabilisé. Il n'y a pas d'autre traitement à proposer que les exercices personnels cités plus haut.

14. Existe-t-il une atteinte à l'intégrité supérieure au taux de 15% déjà alloué ? Le cas échéant, quel est le pourcentage de l'atteinte selon la LAA ?

Le taux d'atteinte à l'intégrité de 15% correspond à celui d'une arthrodèse totale du poignet selon la table 5.2 de la SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents]. Cependant, les séquelles dépassent la simple perte fonctionnelle par blocage de ce poignet et s'associent à des troubles dystrophiques douloureux et une perte de la force de l'habileté manuelle, de sorte que ce taux de 15% devrait être augmenté à 20% de la valeur du corps entier. Ce taux correspond à la perte fonctionnelle de 50% de la main gauche selon la figure 43 de la table 3.6 de la SUVA.

(...) ».

Par décision du 4 avril 2014, S. _____ Assurances SA a informé l'assurée, par conseil, que comme il n'y avait plus d'amélioration notable possible de son état de santé et qu'elle était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée, elle mettait un terme au versement de l'indemnité journalière au 30 avril 2014 au soir.

Dans un avis du 7 avril 2014, le Dr Q. _____ a répondu à la question de savoir si, à la lecture de l'expertise, on pouvait s'imaginer que l'assurée avait un membre supérieur gauche figé au corps en expliquant qu'il était en tout cas peu utilisable fonctionnellement dans une activité bi-

manuelle. Il a en outre considéré que l'on n'était pas vraiment dans le cas d'un assuré qui ne pouvait plus bouger un bras.

Un entretien a eu lieu le 19 mai 2014 entre une représentante d'O._____ Assurance-accidents SA, l'assurée et son conseil, en l'étude de ce dernier. Le compte rendu de cet entretien a été rédigé par la représentante de l'assurance en ces termes (sic) :

« Le Groupe S._____ a mis fin aux indemnités journalières au 30.04.2014, sur la base de l'expertise du Dr M._____. Me Nordmann a signifié qu'il n'a pas fait recours à cette décision.

Mme G._____ avait une attelle à la main gauche et elle a expliqué qu'elle la portait tous les jours et quasi toutes les nuits pour maintenir son membre qui était devenu inutilisable. Il faut préciser que sur les photographies qui étaient publiées sur son profil Facebook, ouvert au public, jusqu'au jour de l'entretien, ne la montrait pas avec le soutien au bras. Mise devant cette évidence, Mme G._____ est devenue agressive. Elle a supposé que pour les besoins de la photographie, on l'avait aidé à monter à cheval. Elle ne donnait pas de réponse adéquate et était contrariée par nos constatations.

Nous avons poursuivi en lui demandant qui tient sa boutique et atelier de Patchwork " [...]" en lui montrant les 2 photographies des travaux qu'elle avait mis en démonstration sur son profil. Elle a reconnu que les 2 travaux avaient été réalisés après son accident. Toutefois, avec une certaine gêne et d'agacement, elle a précisé qu'elle n'arrivait pas à coudre (le piqué) les détails et à utiliser un ciseau. Autant dire qu'il a été difficile de savoir par qui et comment son travail a abouti.

La situation de son entreprise est un échec selon ses dires. L'économie en France ne lui permet pas d'en vivre pleinement. Nous l'avons confronté à sa comptabilité et à l'achat plus que substantiel de tissu. Elle s'est justifiée être associée avec une connaissance à [...] et qu'elle faisait des événements pour liquider son stock. Elle s'est fermement défendue de réaliser elle-même des travaux de patchwork sans pour autant justifier ni le temps consacré ni l'apport économique réalisé. Bien plus, elle est restée très vague sur ses capacités tout en arguant continuellement qu'elle était une victime et qu'elle avait perdu l'usage de sa main gauche. Ce comportement surgissait à chaque fois que nous mettions en valeur ses compétences.

Nous avons également abordé le sujet de la maison d'hôte, puisque de la publicité fait référence sur son profil Facebook et les recherches sur internet. Elle a répondu cyniquement que cela ne rapportait rien et en plus qu'elle ne s'occupait absolument pas de cela puisque c'est son mari qui gère la maison d'hôte.

Durant tout l'entretien Mme G. _____ a minimisé ses capacités. A chaque fois que nous l'avons confronté à des faits, soit elle restait évasive, soit elle devenait agressive.

A la demande de son avocat, nous avons abordé la question de l'activité adaptée. Mme G. _____ s'est fermement positionnée n'être capable de ne rien pouvoir faire et qu'à son âge il lui était difficile de retrouver un quelconque travail, et d'ajouter que l'économie actuelle française ne lui permettrait pas de revenir sur le marché du travail.

La mise en valeur de ses multiples compétences en matière d'organisatrice d'événement, la maison d'hôte et son affaire " [...]", n'est dès lors pas considéré pour Mme G. _____ comme une source de gain. Ce sont des activités qui ne rapportent rien et en d'autres termes qu'un passe-temps. Cela est en contradiction avec les achats de matière première, de la publicité entourant la maison d'Hôte et de sa participation dans les foires. Par ailleurs, aucune photographies retrouvées sur internet de Mme G. _____, ne la faisait paraître avec son attelle.

Une discussion s'est alors engagée sur l'aspect de la rente entre le responsable du dossier et Me Nordmann. Il s'agissait de définir le pourcentage de la rente. L'avocat a proposé la rente de 100 %, mais qu'il pouvait négocier mais pas en dessous de 70 %.

Le lendemain de l'entretien, soit le 20.05.2014, Mme G. _____, laissé son profil Facebook ouvert au public en ayant par contre effacé toutes les photos, les 2 photographies des patchworks qu'elle a réalisé après son accident, la publicité sur son atelier " [...]", ont été enlevés. Le plus surprenant, elle a laissé son profil public mais a effacé tous ce qui pouvait être en porte-à-faux avec l'utilisation de son bras et son activité dans le patchwork.

Il apparaît certain que Mme G. _____ minimise ses compétences et ne tient pas à changer ou à retrouver une activité adaptée. ».

Étaient jointes à ce compte-rendu différentes copies d'écran dont il résultait que l'assurée avait une boutique appelée « [...] » qui proposait, selon un extrait du journal de [...] du 26 novembre 2012, tous les tissus, accessoires et livres pour la pratique du patchwork et la création textile. Le nom de l'assurée figurait également dans « l'annuaire des artisans de [...] ». On pouvait voir également que la boutique de l'intéressée était ouverte du mardi au vendredi de 14 heures à 17h30 et sur rendez-vous. Également sur le site « www. [...].com », il était fait mention de chambres et de tables d'hôtes. Sur la page Facebook de l'assurée, on pouvait voir celle-ci sur un cheval ne portant pas d'attelle à sa main gauche.

Par lettre du 1^{er} juillet 2014 à O._____ Assurance-accidents SA, le conseil de l'assurée a pris acte du fait qu'un complément d'IPAI avait été fixé et versé. Il réclamait cependant la fixation d'une rente, se référant à l'expertise. Il estimait qu'une activité de téléphoniste n'était pas possible puisqu'elle nécessitait l'usage d'un clavier et qu'une activité d'hôtesse d'accueil était un « pure vue de l'esprit » pour une dame de 60 ans, sans formation dans ce domaine. Il invoquait aussi « la jurisprudence relative aux personnes qui ont 60 ans ».

Un mandat d'investigation et de surveillance a été confié le 7 juillet 2014 à [...]. La teneur de ce mandat était la suivante :

« Les faits

Mme G._____ a été rencontrée à l'étude de Me Nordmann, le 19 mai 2014. Cet entretien avait pour but, entre autres, de définir les compétences professionnelles de l'assurée en fonction de l'usage de sa main. Nous avons été confrontés à une personne qui a minimisé totalement ses réelles capacités.

Dans l'expectative d'une rente, nous souhaiterions effectuer une observation afin de se déterminer sur un calcul juste et adéquat.

But des investigations

Etablir l'activité journalière de Mme G._____. En particulier :

- Attitude observée, comment se comporte-t-elle lorsqu'elle utilise ses mains normalement ?
- Activités physiques observées (soulever des charges, porter des charges, pousser, tirer, qui donne à manger aux animaux, utilisation d'un téléphone portable, envoi de messages, etc.)?
- Limitations observées (remarque-t-on une mimique, évite-t-elle / limite-t-elle, les activités quotidiennes de la vie, etc.) ?
- Utilisation de support (une attelle, etc.) ?
- Conduite de véhicule, monter à cheval ?

Recommandations

La personne chargée de cette mission :

- a le devoir, en tous temps et tous lieux, d'observer la confidentialité des renseignements parvenus à sa connaissance dans l'exercice de sa mission. Elle ne doit transmettre que des renseignements ou des déclarations vérifiées et recoupées;
- assure qu'elle est en règle avec la législation suisse;
- mènera ses enquêtes avec tact, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment l'art 179quater CP [code pénal suisse du 21 décembre 1937 ; RS 311.0];

- ne doit pas utiliser de procédés répréhensibles pénalement;
- agira avec une extrême discrétion dans la recherche des preuves afin d'éviter tout discrédit à quiconque;
- prends note que ses constatations, ses rapports ou son témoignage pourront être sollicités ou incorporés à une éventuelle procédure, civile ou pénale.

Il est important de préciser qu'aucun enregistrement (vidéo et sonore) et photographie hors cadre autorisé aux hôtes ne sera permis. Les observations du domaine intimement secret ne sont pas autorisées.

Mme G. _____ ne doit pas être poussée à faire des choses qu'il (sic) n'aurait pas faites d'elle-même. ».

Le rapport du détective du 28 juillet 2014 avait la teneur suivante :

« Conformément au mandat cité en titre, nous avons établi une surveillance à l'endroit de G. _____. Le but de la mission consistait à observer ses activités quotidiennes et constater d'éventuelles limitations physiques lorsqu'elle utilise ses mains.

Lors de notre enquête, il n'a pas été observé de limitations lors des diverses activités quotidiennes de G. _____. Elle a été observée en train de servir des rafraîchissements, s'occuper du jardin, cuisiner, manger, s'occuper des animaux, harnacher un âne, étendre du linge, sans qu'aucune limitation ne soit observée. Il n'a pas été constaté de port d'attelle ou autre support. L'assurée ne semblait ni gênée ni limitée dans l'usage de ses mains.

Observations préliminaires

G. _____ est inscrite au registre des sociétés en France. Il s'agit de la société de G. _____, [...]. Il s'agit d'une société personnelle, inscrite le 01.11.2010. Selon le RC [Registre du commerce], l'activité déployée est « industrie textile » - Fabrication d'autres textiles [...]. (...)

G. _____ est active sur le site Internet [www.\[...\].com](http://www.[...].com). La dernière mise à jour de ce site date du 24.06.2014. Elle est également active par un profil Facebook à son nom.

Le site Internet de G. _____ fait état de la gestion de 2 chambres d'hôtes, ouvertes d'avril à octobre.

Les chambres d'hôtes paraissent à la page 19 du livre « [...] » de l'Office du Tourisme de [...] (...). Le nom des personnes responsables inscrites est : Mme et Mr G. _____. L'adresse mail est : [...].

Il existe également un flyer décrivant les chambres d'hôtes. (...)

G. _____ distribue également une carte de visite faisant promotion de sa boutique & atelier PATCHWORK. (...)

Au vu de la disposition particulièrement isolée du domicile de G._____, la réservation d'une chambre a été considérée comme la seule solution permettant de l'observer dans ses activités quotidiennes.

Jedi 10 juillet 2014

Une demande de réservation par téléphone est effectuée au No [...], figurant sur le site Internet de G._____.

G._____ répond à cet appel en se nommant. Elle confirme la disponibilité d'une chambre du 24 au 26 juillet 2014. Les dates sont acceptées et une réservation pour 2 adultes et un enfant de 5 ans est effectuée en demandant une confirmation de la réservation et du tarif par e-mail.

Lundi 14 juillet 2014

Un e-mail provenant de l'adresse : [...] et signé du nom G._____ confirme la réservation d'une chambre et d'un repas d'hôte, ainsi que des tarifs transmis précédemment par téléphone. (...)

Jedi 24 juillet 2014

L'arrivée sur les lieux est approximativement 15h30.

G._____ nous reçoit et nous fait visiter les deux chambres d'hôtes qui se trouvent dans le jardin. Le bâtiment principal n'est pas visité hormis la salle à manger qui est un jardin d'hiver vitré donnant sur le jardin et attenant à la cuisine. Elle montre également les divers animaux présents dans la propriété, soit un lama, quatre ânes, deux chèvres, un canard, un certain nombre de poules de diverses races, ainsi que deux gros chiens.

A 16h10, G._____ sert des rafraîchissements sur la terrasse privative de la chambre d'hôte attribuée. (Vidéo 1) Elle est ensuite rejointe par son mari.

A 16h57, G._____ est dans le jardin. Elle prend au sol une poule d'une race particulière qu'elle porte ensuite à deux mains. (Vidéo 2) Puis elle s'approche de la barrière séparant le jardin du potager, ouvre la porte et fait entrer les chiens dans le potager. Puis elle referme le portail et s'éloigne. (Vidéo 3)

A 19h00, le repas du soir est préparé par G._____, secondée par son mari. (Vidéos 4 et 5) Ce dernier s'occupe du service à table. Le repas est pris en commun. Il est composé de viande grillée, de pommes de terre et de légumes du jardin.

Lors du repas, G._____ mange normalement en utilisant couteau et fourchette, sans aide extérieure et sans aucune limitation visible dans l'usage de ses mains.

G._____ et son mari expliquent que la ferme a été acquise par le couple il y a une dizaine d'années et qu'elle est restaurée petit à petit par le mari de G._____. Cette dernière explique également qu'elle possède une boutique de Patchwork sur le devant de la

maison. Devant l'étonnement d'une telle surface et d'une telle quantité d'animaux, G._____ explique qu'il s'agit effectivement d'un travail à plein temps, mais qu'il est effectué en prenant tout le temps nécessaire, dans la mesure où il s'agit d'un choix de vie. Il est également expliqué que pratiquement tous les produits consommés proviennent de leur jardin et de leurs arbres fruitiers.

Au cours du repas, G._____ propose à l'enfant présent de lui faire faire un tour à dos d'âne.

A 20h40, le repas terminé, G._____ se rend vers le pré où se trouvent les ânes. Elle pénètre dans l'enclos en portant un harnais. Elle choisit un âne et commence à lui passer le harnais, avant de changer d'avis et choisit un autre animal. (Vidéos 6 et 7) Une fois l'âne harnaché, elle le tire hors de l'enclos et entreprend de lui poser un bât sur le dos, puis le fixe en passant les sangles sous le ventre de l'animal. Son mari arrive sur place et lui apporte d'autres parties du harnachement. (Vidéos 8 à 12) Une fois l'équipement en place, le mari de G._____ pose l'enfant de 23 kilos sur le dos de l'âne. G._____ guide ensuite l'âne et l'enfant hors de la propriété. (Vidéo 13)

La promenade dure environ 45 minutes. L'âne est alternativement mené par G._____ et le soussigné.

À 21h35, au retour de la promenade, G._____ entre dans l'enclos des ânes et ôte le harnachement de l'animal. (Vidéo 14)

A 22h00, G._____ et son mari prennent congé et se retirent dans la ferme. Depuis l'extérieur de la chambre d'hôte attribuée, ils sont visibles par les fenêtres en train de ranger la salle à manger et la cuisine.

Vendredi 25 juillet 2014

Le déjeuner est servi dans une dépendance par G._____. Elle explique qu'une partie des confitures est fabriquée par une amie et l'une d'entre elle[s] est faite par elle-même.

A 14h30, de retour d'excursion, il s'avère que l'enfant souffre d'une crise d'asthme aiguë. Il est expliqué la nécessité de quitter les lieux le jour même par le fait que les doses maximales de produits ont été utilisées durant la nuit et le matin et que la présence des chiens ne permet plus de rester sur place.

A 15h36, G._____ se trouve dans le jardin potager en train d'arracher des mauvaises herbes et de cueillir divers légumes et fruits qu'elle dépose dans un panier. Puis elle porte le panier plein dans la maison. Son mari se trouve également dans le jardin potager. (Vidéos 15 à 19)

A 16h02, G._____ est en train d'étendre des chemises et une couverture sur du fil à linge dans le fond du jardin. (Vidéo 20)

A 16h20, le soussigné rejoint le couple G._____ sur la terrasse devant la cuisine de la maison. Il paie le séjour et les repas et ne reçoit aucune quittance contre le versement.

A 16h30, départ pour la Suisse. ».

Ce rapport d'observation avec les séquences vidéo l'accompagnant a été soumis à l'expert M._____. Celui-ci s'est déterminé en ces termes dans un rapport du 26 août 2014 :

« Rappelons tout d'abord que cette patiente présente une arthrodèse post-traumatique de son poignet gauche. Lors de son expertise médicale elle m'avait déclaré qu'elle s'était largement accoutumée à la raideur de son poignet gauche et que cela ne représentait pas de handicap résiduel majeur.

Ses plaintes ne tenaient pas de la limitation fonctionnelle du poignet, mais de la persistance de douleurs diffuses cotées en 5-7 sur une échelle allant de 1 à 10, exacerbées au moindre mouvement et associées à une importante perte de force et d'habileté manuelle de la main gauche.

La main gauche était décrite comme inutilisable pour toute manipulation de force, mais également pour les manipulations légères comme celles d'un clavier d'ordinateur ou de matériel de couture ainsi que pour les gestes habituels quotidiens des soins corporels et du ménage. Ces troubles subjectifs étaient corroborés à une diminution de la force de préhension active lors de l'examen clinique et quelques troubles dystrophiques résiduels des téguments et de la scintigraphie osseuse. J'en ai conclu en toute bonne foi que ses douleurs et sa limitation de la force et de l'habileté manuelle devaient être liées aux séquelles de sa maladie de Sudeck.

En examinant soigneusement le dossier de la vidéo-surveillance, je dois constater que l'utilisation de la main gauche ne correspond absolument pas aux plaintes subjectives ni à la mesure de la force lors de mon examen clinique. Au contraire, ce dossier démontre de façon flagrante que la patiente utilise sa main gauche "normalement". On n'observe aucune gêne liée à la raideur ni à des douleurs, aucun signe de souffrance, aucun ménagement, aucune utilisation préférentielle latéralisée ni de mouvements de compensation de l'autre main. Au contraire, tous les mouvements sont harmonieux. La patiente est manifestement capable de fournir des efforts conséquents de la main gauche (soulever une selle, tirer une longe, mettre un harnais, soulever des couvertures). Elle se montre également capable d'utiliser la main gauche pour des manipulations fines telles que des petits objets ou des petits animaux ou pour nourrir des ânes. Le rapport précise aussi qu'elle mange normalement en utilisant couteaux et fourchettes sans aide extérieure ni limitation visible dans l'usage de ses mains.

Réponses aux questions :

1. [Divergences entre les constatations lors de l'expertise et le résultat de l'observation et ce que l'on peut en déduire (capacité de travail dans son ancienne activité de secrétaire, capacité de travail exigible dans une activité adaptée à l'état de santé, limitations

fonctionnelles, capacité d'utilisation d'un clavier d'ordinateur, etc.) ? Dans votre réponse, veuillez déterminer la capacité de travail d'une assurée d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité.]

Au vu de ce qui précède, je dois entièrement réévaluer les conclusions de mon expertise médicale du 19.02.2014.

Les limitations douloureuses de la force et de l'habileté manuelle gauche qui constituaient l'essentiel des plaintes résiduelles de la patiente ne se confirment manifestement pas. Bien au contraire, il n'y a aucune gêne résiduelle visible à ce niveau même pour un œil averti.

Dès lors, les quelques troubles dystrophiques cliniques et radiologiques doivent être attribués aux séquelles fonctionnelles liées à la raideur post-arthrodèse du poignet, ce qui ne représente pas un handicap significatif selon les propres déclarations de la patiente.

Contrairement aux conclusions de mon expertise médicale, une activité professionnelle bimanuelle est certainement exigible, même à temps complet, surtout dans une profession ne nécessitant pas d'efforts particulièrement lourds tels que celle d'une secrétaire.

On est obligé d'admettre qu'elle peut travailler avec un horaire et un rendement complet[s] dans son ancienne profession.

2. [Nécessité d'une expertise supplémentaire afin de pouvoir déterminer les limitations réelles ? Si oui, laquelle ?]

Une expertise supplémentaire n'est pas utile car le dossier de vidéo-surveillance est suffisamment bien étayé pour réévaluer le cas de façon précise et concluante.

En effet, ce n'est pas la limitation fonctionnelle du poignet mais l'utilisation réelle de la main qui est déterminante.

3. [Tout renseignement susceptible de nous intéresser en rapport avec les questions soulevées ?]

Je dois admettre que j'ai accordé dans mon expertise un crédit manifestement erroné aux allégations de cette patiente, faussant ainsi mes conclusions concernant sa capacité de travail.

Au vu de ces éléments nouveaux, il est évident que cette patiente peut travailler comme secrétaire médicale ou dans la vente de tissus ainsi que dans un atelier de patchwork, même à temps complet.

Par ailleurs, le taux d'atteinte à l'intégrité doit aussi être réévalué. Il ne dépasse pas 15%, ce qui correspond à une arthrodèse totale du poignet selon la table 5.2.2 de la SUVA et n'a pas lieu d'être augmenté à 20% de la valeur du corps entier.

4. [Appréciation finale ?]

Les séquelles de l'accident du 28.07.2009 n'entraînent aucune invalidité professionnelle résiduelle. ».

Le 12 septembre 2014, O._____ Assurance-accidents SA a informé l'assurée, par son conseil, que compte-tenu des doutes qui demeuraient sur la capacité de travail exigible de la part de celle-ci, elle avait procédé à une observation par l'intermédiaire d'un détective privé et que son rapport ainsi que les vidéos et photos avaient été ensuite soumis au Dr M._____. Elle lui a adressé le rapport d'observation accompagné d'un DVD ainsi que l'appréciation du Dr M._____, lui impartissant un délai pour se déterminer.

Le 7 octobre 2014, le conseil de l'assurée a répondu ce qui suit

:

« J'accuse réception de votre « droit d'être entendu » du 12 septembre 2014. Voici la détermination de ma cliente :

1. Le procédé du détective consistant à se faire passer pour un client afin de filmer ma cliente est déloyal. Il est basé sur un mensonge. De plus, le détective et ses adjoints ont cherché à apitoyer ma cliente, afin de lui faire faire certains travaux qu'elle n'aurait normalement pas accomplis (bâter et débâter un âne, cela uniquement pour faire plaisir à un enfant prétendu malheureux).
2. Ma cliente a même été filmée à l'intérieur de sa cuisine, ce qui constitue à tout le moins une violation de domicile. D'ailleurs, en vain : on voit que c'est essentiellement le mari qui fait la cuisine, ma cliente se bornant à utiliser sa main gauche pour tourner le bouton d'un four.
3. D'une manière générale, ainsi que le montre le descriptif des photos et vidéos annexés, ma cliente n'utilise pas normalement sa main gauche, qui sert uniquement de main d'appui ou de conduite d'objets très légers (des herbes, un légume, un panier vide, etc.). À une occasion, Mme G._____ utilise sa main gauche pour placer un bât - d'ailleurs léger - sur le dos d'un âne, mais on voit que c'est la main droite qui porte l'essentiel du poids de ce bât.
4. Le plus choquant, et inacceptable d'un point de vue professionnel et déontologique, est le fait que votre expert le Dr M._____, sans revoir sa patiente pour lui demander des explications et sans aucune évaluation détaillée des diverses vidéos et photos, opère un virage à 180° et rédige une nouvelle « expertise » exactement contraire à celle rédigée précédemment.

5. Cette nouvelle « expertise », entièrement défavorable à ma cliente, prétend que la première expertise était basée uniquement sur les déclarations de Mme G._____ et non sur des éléments objectifs. Or, tel n'est pas le cas. Dans cette première expertise, il n'est jamais dit que Mme G._____ ne peut actuellement rien faire avec sa main gauche. Il y est constaté - et la différence n'est pas négligeable - une « *importante perte de force et d'habileté manuelle de la main gauche empêchant son utilisation pour toutes manipulations de force* ». Les photos et vidéos ne montrent pas autre chose. La pose d'un bât sur un âne, essentiellement d'ailleurs avec la main droite et ne durant que quelques secondes, n'est pas « *un travail de force* ». De même, cette première expertise M._____ indique que la main gauche est inutilisable pour des travaux fins ; ce qui est montré sur les photos et vidéos n'a rien de « fin ». De plus, ce premier rapport M._____ ne montre pas une totale impossibilité d'utiliser la main puisqu'il subsiste une « *pince digito-palmaire (de) 4 kg à gauche* » et une « *pince pollicio-digitale (de) 1 kg à gauche* ».
6. Ainsi, ce qui était et demeure impossible à Mme G._____ est une utilisation suivie et répétée de sa main gauche, comme par exemple pour un clavier d'ordinateur (ce qui est son activité professionnelle), ou tout autre activité fine à sa portée.
7. La première expertise M._____ note, sur le plan objectif clinique (p. 9) : « *la main gauche est nettement dystrophique avec une pâleur et une moiteur palmaire surtout du 1er rayon. Plusieurs cicatrices opératoires sur tout le pourtour du poignet, calmes. Par contre, la palpation est extrêmement (sans doute « douloureuse » ? ndr) sur tout le pourtour et la percussion de toutes les saillies osseuses du poignet et de la main est très sensible* ». Ce sont là clairement des éléments objectifs, tout comme la « *discrimination sensitive entre 2 points = 4 mm à la pulpe de tous les doigts* » et la « *nette amyotrophie diffuse de tous les muscles intrinsèques de la main gauche avec une faiblesse généralisée* ». (p. 10 en haut).
8. Les diagnostics figurant aux pages 11 et 12 sont des éléments objectifs et non de simples déclarations. Cela est confirmé à la page 13 où on lit que « *l'examen clinique montre clairement une dystrophie du poignet et de la main gauche et la récente scintigraphie osseuse est compatible avec des séquelles tardives d'une algoneurodystrophie* ».
9. Il ne faut pas négliger à ce propos le fait que Mme G._____ a subi pas moins de 7 interventions chirurgicales sur ce poignet.
10. Rien ne permet donc de justifier la volte-face que le Dr M._____ - sans doute parce qu'il était vexé - a cru devoir effectuer. Rien ne permet au Dr M._____, sur la base des photos et vidéos dont le résumé écrit figure en annexe, de dire que Mme G._____ pourrait travailler à plein temps comme secrétaire médicale ou comme couturière dans un atelier de patchwork (?).

11. Au vu de ce qui précède, cette nouvelle « expertise » doit être entièrement rejetée et la première expertise du Dr M. _____ doit être confirmée. Les photos et vidéos, illicites parce que déloyales et portant atteinte à la vie privée, sont à retrancher du dossier. ».

Le conseil de l'assurée a ensuite analysé les photos et vidéos figurant sur le DVD. En substance, il était d'avis que soit ces images ne montraient pas l'utilisation de la main gauche soit que cette utilisation était légère.

Le 30 octobre 2014, le conseil de l'assurée a écrit à O. _____ Assurance-accidents SA pour attirer l'attention de celle-ci sur un arrêt du Tribunal fédéral (TF 9C_109/2014 du 2 juin 2014) ainsi que pour rappeler que sa cliente ne pouvait pas envisager une réadaptation alors qu'elle avait 60 ans.

Une collaboratrice d'O. _____ Assurance-accidents SA a rédigé un rapport le 9 janvier 2015 ainsi libellé :

« Mme G. _____ ne pouvait ignorer que des vidéos étaient prises, 90 % étaient prises à découvert. Elle aurait eu la possibilité de refuser à tout moment, ce qu'elle n'a pas fait. La prise de photographie et de vidéo n'est pas expressément interdite sur le site de Mme et M. G. _____.

Elle n'a pas été incitée à faire quoi que ce soit la mettant dans une gêne physique. Par ailleurs, le détective n'était assurément pas au courant de quel membre supérieur il s'agissait et quelles étaient les limitations incapacitantes.

Dans le mandat, il est précisé que Mme G. _____ ne doit pas être poussée à faire des choses qu'elle n'aurait pas faites d'elle-même.

La prise de contact entre les partenaires s'est faite par le biais du site internet et de la manière dont cela est précisé (échanges de courriels).

Les activités sur les lieux ont été proposées par Mme G. _____. Entre autres, M. G. _____ était également présent. Partant de ce principe, si une demande de la part des occupants avait généré une douleur empêchant Mme G. _____ de s'y tenir, elle avait tout le loisir de laisser son mari s'y atteler.

Lors de la visite des lieux, Mme G. _____ a montré l'espace accueillant les visiteurs à savoir, les deux chambres d'hôtes, la salle à manger qui est un jardin d'hiver vitré donnant sur le jardin et attenant à la cuisine. À l'entrée du chemin d'accès de la propriété, un panneau maison d'hôte est visible. À l'intérieur de la maison aucune indication de pancarte "privé" n'est visible ou apposée.

Vidéo 4 :

Dans la mesure où la cuisine est d'accès direct et visible depuis la salle à manger, qu'il est possible de prendre des images directement depuis la chaise sur laquelle on est assis dans la salle à manger, on doit considérer que les tenanciers n'ont aucune intention de se cacher, mais au contraire veulent démontrer que le repas est préparé sur place avec des produits de la ferme.

Le droit de prendre des images est donc absolu.

Le rideau transparent délimitant la cuisine avec la salle à manger est généralement utilisé pour une protection résistant aux bestioles et aux mouches.

Vidéo[s] 7 à 14 :

De sa propre initiative elle choisit un âne pour lui passer le harnais. Son époux est présent, pourquoi ne pas l'avoir laissé faire ?

Vidéos 15 à 20 :

En réponse aux accusations de Me Nordmann sur les activités incitatives, on peut relever que le fait de s'occuper de son jardin et d'étendre le linge, en utilisant sans réserve son bras gauche, sont des activités indépendamment de la présence du détective de sa famille.

Cela n'a aucune incidence que ces activités soient observées par un détective ou un tiers.

Lors de l'utilisation de sa main gauche, Mme G._____ ne fait aucune grimace significative. Le descriptif des photos et vidéos démontrent plus qu'une utilisation "de main d'appui". Le Dr M._____ le précise dans son rapport d'expertise qu'il s'agit d'une utilisation "normale". On pourrait ajouter "normale pour une droitrière". Ce que nous pouvons également constater c'est que Mme G._____ ne faisait pas l'usage de l'attelle qu'elle porte, selon ses déclarations à l'étude de Me Nordmann, quotidiennement et quasiment toutes les nuits.

Pour terminer, le premier rapport d'expertise du Dr M._____ s'est fondé essentiellement sur les plaintes subjectives de l'expertisé. Alors que son 2^{ème} rapport, agrémenté d'une vue objective (images et vidéos) du rapport de détective amenant ainsi une objectivité toute nouvelle sur les tâches journalières de Mme G._____.

Nous pouvons dès lors conclure que non seulement elle a travaillé mais qu'en plus elle n'a pas la limitation corporelle l'empêchant d'utiliser son membre gauche. ».

Par décision sur opposition du 14 janvier 2015, O._____

Assurance-accidents SA a rejeté l'opposition formée par l'assurée le 31 janvier 2013 et confirmé sa décision du 23 janvier 2013.

B. Par acte du 16 février 2015, G._____, représentée par Me Philippe Nordmann, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente pour une incapacité totale de travail dès une date fixée à dire de justice ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%, sous déduction de 15% déjà versés, et subsidiairement à l'annulation de la décision.

Par écriture du 17 février 2015, la recourante a modifié sa conclusion principale en ce sens qu'elle ne réclamait plus d'indemnité pour atteinte à l'intégrité dès lors que l'entier du montant lui avait été versé.

Dans sa réponse du 19 mars 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 20 avril 2015, la recourante a confirmé ses conclusions et a produit un questionnaire soumis à son médecin traitant en France, le Dr R._____, auquel il a répondu comme suit le 9 avril 2015 (sic) :

« 1) Quel diagnostic posez-vous concernant ce poignet et cette main gauche ?

Main gauche

- 28 juillet 2009 : fracture extrémité inférieure du radius gauche
- 30 juillet 2009 : réduction ouverte, ostéosynthèse (plaque et vis)
- 2010 : pas de cicatrisation osseuse, multiples reprises chirurgicales (broches, resection tête cubitale, trapézectomie, libération nerveuses)
- 2015 : amyotrophie - diminution de la largeur de la main et du poignet
persistance de douleurs spontanées et mécaniques

2) Quelles sont les limitations en mouvements du poignet et des doigts ?

- Limitation minime des rotations interne et externe mais avec douleur
- Extension et flexion du poignet impossible
- Extension des doigts incomplète, difficile et douloureuse
- Difficulté d'opposition pouce - 5^{ème} doigt

3) Quelles sont les limitations en force pour la main gauche ?
Forte diminution de la force de préhension de tous les doigts.

4) Pouvez-vous décrire les douleurs ressenties, en précisant si elles sont permanentes, diurnes et/ou nocturnes, éventuellement aggravées par l'effort, éventuellement aggravées par des mouvements répétitifs (comme p.ex. le fait d'utiliser la main pour taper sur un clavier) ?

- Douleurs quasi permanente du premier rayon de la main
- Douleurs exacerbées aux mouvements sur les faces externe et interne du poignet

5) Estimez-vous que la patiente a eu une évolution de ce poignet et de cette main du type « Sudek » (désigné actuellement comme CRPS = Complex Regional Pain Sydrom) ?

Oui

6) L'utilisation d'une orthèse est-elle nécessaire ~~occasionnellement~~ / le plus souvent / ~~en permanence~~ (biffer ce qui ne convient pas et fournir des explications complémentaires si nécessaire).

7) Comment est utilisée la main en pratique pour diverses AVQ (activités de la vie quotidienne), si possible en donnant des exemples ?

- La patiente ne peut pas porter de charge sur la main ; elle compense en utilisant le crochet articulaire bras - avant bras.
- Impossibilité d'effectuer des mouvements fins et répétitifs avec les doigts (impossibilité de se servir d'un clavier d'ordinateur d'une façon professionnelle).

8) Y a-t-il eu selon vous une évolution récente et peut-on compter avec une évolution à l'avenir, dans un sens positif ou négatif ?

- Du point de vue fonctionnel : pas d'amélioration possible
- Du point de vue algique : évolution à redéfinir au long coure. Peu de douleur avec orthèse.

9) Toutes autres remarques à ce sujet. ».

Dans sa duplique du 11 mai 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions.

Le dossier AI de la recourante a été produit. Il en résulte ce qui suit :

- le 13 septembre 2010, elle a déposé un formulaire de détection précoce, invoquant sa fracture au poignet ;

- en novembre 2010, elle a déposé une demande de prestations non signée ;

- le 10 janvier 2013, le conseil de la recourante écrit à l'OAI l'invitant à fixer une rente entière en faveur de sa cliente, compte tenu de son âge et de son grave handicap ;
- selon un questionnaire « détermination du statut (part active / part ménagère) » complété le 15 août 2013, en bonne santé, la recourante travaillerait à 80% comme secrétaire ou assistante de direction par nécessité financière, ce depuis 2009 ;
- un mémo du 6 septembre 2013 rédigé par la recourante comme suit (sic) :

« [...] est un vieux rêve. Une boutique de tissus pour le patchwork, quelques accessoires nécessaires à cette activité (machine à coudre, fils, modèles, tables, chaises). Et surtout des adeptes de ce loisir qui peut devenir un art, si on y consacre du temps.

Après ma chute du haut de la grange, je ne pensais pas devoir arrêter mon travail qui me plaisait, mais, n'étant plus capable de travailler assez rapidement et étant souvent absente pour être réopérée, j'ai vite compris que l'on verrait d'un bon œil si je me tournais vers autre chose. J'ai donc donné mon congé et essayé de reprendre du travail temporaire chez [...]. Inutile de préciser que vivant en [...] et travaillant à [...] et étant interrompue par les problèmes de mon poignet, il ne m'était plus possible de gagner ma vie. Mon âge n'est pas non plus un atout.

Donc, j'ai créé [...], Boutique et atelier de patchwork. Je vends des tissus, du fil, des accessoires, je donne des conseils à mes clientes et les aide dans leurs travaux. Je fais cela à mon domicile, ne pouvant pas payer de location. Nous vivons à l'écart, donc sans passage. Le bouche à oreille est ma seule publicité. Après chaque opération de ma main, je ferme, car incapable de couper du tissu, le reste du temps j'ouvre sur demande. Pas du tout une activité lucrative, mais une bonne thérapie à mon état, qui me permet d'oublier un peu que personne ne veut plus de moi pour le boulot. [...] m'a annulé une mission cet été, je ne suis plus assez rentable à cause de mon poignet.

Voilà l'état des choses. Si le gouvernement laisse le statut d'auto-entrepreneur, je compte garder ma boutique qui ne me coûte que ma marchandise, sinon je serai obligée d'arrêter. Vu la crise actuelle en France, je ne suis pas prête de gagner de l'argent, mais au moins j'aurai essayé. ».

- une communication du 30 septembre 2013 par laquelle l'OAI a accordé à la recourante une mesure d'orientation sous forme d'un accompagnement intensif type ENCO auprès d'E._____ SA ;
- un « Rapport Phase 1 » d'E._____ SA du 14 novembre 2013, mentionnant ce qui suit :

« Limites / atteintes à la santé observées par les conseillers E._____

En 2009, Mme G._____ a eu un accident non professionnel. Elle est tombée d'une échelle et elle s'est cassée le poignet de la main gauche.

Elle dit catégoriquement qu'elle ne peut plus faire son métier de secrétaire et collaboratrice administrative, ou assistante de direction. Tout d'abord, elle ne peut plus utiliser le clavier d'ordinateur. Elle ne peut plus rien porter, comme par exemple les classeurs ou le matériel administratif. Mme G._____ ne correspond plus au critère de la rapidité qui est demandé dans ces postes.

Dans la vie quotidienne, Mme G._____ n'est pas autonome du tout et elle ne pourrait pas vivre de manière autonome. Elle ne peut pratiquement pas utiliser sa main gauche : ne peut plus rien soulever, ni ouvrir. De plus, elle ne peut plus sortir toute seule de sa baignoire et peut pas s'habiller seule. En résumé, sa vie quotidienne est complètement changée et Mme G._____ est en plein deuil de ses capacités perdues.

Mme G._____ a subi (sic) 7 opérations dans le but d'améliorer la mobilité de sa main gauche et sa situation s'est toujours empirée. Elle dit se sentir déprimée, désespérée et ne voit pas pour le moment une solution ou une sortie professionnelle.

Par ailleurs, elle dit vivre une injustice de la part de S._____ Assurances SA au point d'avoir engagé un avocat.

Attentes de l'assuré concernant la démarche de demande d'AI

Mme G._____ cherche une reconnaissance de son handicap, et un statut qui confirme qu'elle ne peut plus travailler comme secrétaire ou assistante administrative.

Objectifs de l'accompagnement

Nous avons de la difficulté à définir les objectifs de la mesure. Mme G._____ ne voit pas ce qu'elle pourrait faire dans une mesure de réinsertion professionnelle, étant donné qu'elle n'a pas de projet, qu'elle est en incapacité de travail actuellement. Nous avons continué de négocier les ouvertures vers les petites actions, mais Mme G._____ reste liée aux obstacles.

Mme G._____ affirme haut et fort qu'elle ne pourra plus jamais pratiquer ses métiers de secrétaire, couturière et masseuse et que ce n'est pas à 60 ans qu'elle va refaire un nouveau projet professionnel.

Nous avons précisé que le but principal est d'essayer d'aller vers une activité compatible avec son handicap. Nous avons proposé à Mme G. _____ de participer à l'atelier parcours professionnel pour commencer, puis de travailler sur les outils de recherche d'une cible, mais elle n'en voit aucunement l'utilité. Elle ne se voit pas travailler, n'est pas capable en ce moment d'envisager un autre projet professionnel et parfois ses propos sont peu constructifs. Après toutes les démarches que nous avons tentées pour susciter son intérêt, elle dit: « trouvez[-]moi un travail ». Elle ne collabore pas et nous renvoie la responsabilité.

En même temps, elle vient aux rendez-vous par crainte que le refus de la mesure pourrait influencer la décision finale de l'OAI. Lors de nos entretiens, Mme G. _____ reste sur une position défensive, elle donne des arguments à répétition et la seule chose qui ressort à chaque fois est sa demande de confirmation qu'elle ne peut plus exercer ses métiers. Elle refuse également nos propositions d'éventuelles formations qui pourront lui (sic) aider à changer le domaine d'activité, mais Mme G. _____ n'est pas encore prête à les entendre.

La situation reste assez bloquée et nous avons convenu une tripartite avec sa conseillère Mme [...] pour évaluer la continuation. » ;

- un bilan final d'E. _____ SA du 2 décembre 2013, rédigé en ces termes :

« Mme G. _____ ne s'est pas montrée très investie dans la mesure proposée car elle ne s'imagine pas pouvoir retravailler un jour. Elle émet beaucoup de doutes quant à ses capacités et envisage plutôt de prendre la retraite anticipée à 62 ans que de faire les recherches d'emploi. D'ailleurs, elle [n']en fait plus depuis très longtemps. Pendant l'entretien elle reste assez négative et focalisée sur ses limitations de santé. Elle n'a pas d'attentes particulières à part la reconnaissance de son incapacité d'exercer son ancien métier. D'après ses dires, il n'y a aucune activité qui pourrait être adaptée à son état de santé. » ;

- les réponses données par le Dr Z. _____ le 11 février 2014 à un questionnaire de l'OAI du 5 février 2014 :

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Inchangé

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Pas d'amélioration après l'intervention du 6.8.2013

3. Le cas est-il stabilisé ?

Oui, très probablement.

4. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?
Depuis quand ?

Ø (inchangé)

5. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?
Depuis quand ?

Question : triviale

Réponse : triviale : 100 %

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

La patiente semble limitée à une activité quasi-monomanuelle

7. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

100[%] 27.7.13 en cours.

8. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

- Aucun

- Une expertise semble avoir été organisée (O. _____ Assurance-accidents SA ? Groupe S. _____ ? Tout comme l'AI, ces assureurs semblent juger superflu de nous informer de ce qu'ils entreprennent ou prévoient d'entreprendre ... » ;

- une lettre du 20 mai 2014 du conseil de la recourante à l'OAI, rédigée ainsi :

« Je reviens à ce dossier où vous m'avez écrit pour la dernière fois le 5 février 2014, m'indiquant vouloir demander un complément d'informations au Dr Z. _____.

Depuis lors, le Dr M. _____, sur mandat de l'assureur LAA pour les prestations à long terme O. _____ Assurance-accidents SA, a rendu un rapport dont je vous remets une copie en annexe.

Il en ressort clairement que Mme G. _____ a droit à une rente entière d'invalidité.

En effet, après l'évolution catastrophique de l'état de son poignet, malgré 7 opérations, elle doit être considérée comme une mono-manuelle. Il n'existe pour elle - qui est âgée de 60 ans et qui ne peut donc pas envisager un recyclage - aucun marché du travail. Certes, le Dr M. _____ envisage « théoriquement » une activité comme téléphoniste. Mais aujourd'hui les téléphonistes doivent

impérativement utiliser un clavier, ce qui n'est pas possible avec une seule main.

Comme elle vous l'a indiqué, Mme G. _____ a essayé une petite activité dans la vente de Patchwork, mais il ne s'agit pas d'une activité rentable, d'autant moins que, pour l'exercer, elle a besoin de ses deux mains, que ce soit pour montrer comment on crée des Patchwork (lors de cours) ou que ce soit pour manipuler de la marchandise qui est assez lourde.

Mme G. _____ dispose également dans sa ferme de deux chambres pour des touristes de passage, auxquels elle propose sa « table d'hôtes » (permettant de prendre les repas avec la famille). Mais là encore il s'agit plutôt d'une activité sociale et tous les travaux sont effectués par le mari.

Ma cliente et moi-même avons eu l'occasion d'exposer ce qui précède à l'assureur LAA pour les prestations à long terme O. _____ Assurance-accidents SA, lui demandant de rendre une décision de rente pour une invalidité à 100%. Il se peut qu'O. _____ Assurance-accidents SA tarde à émettre cette décision, notamment si elle préfère que vous statuiez d'abord.

Quoi qu'il en soit, les indemnités journalières pour incapacité totale de travail servies depuis près de 5 ans après l'accident ont maintenant pris fin au 30 avril 2014 de sorte que ma cliente est démunie de toutes ressources. Elle vous prie en conséquence de bien vouloir statuer rapidement. » ;

- un rapport du 19 juin 2014 de la Dresse [...], spécialiste en médecine interne générale au SMR, fondé sur l'expertise du 25 février 2014 du Dr M. _____, qualifiée de très fouillée, précise et convaincante, qui conclut à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée, à réévaluer en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ;

- une « enquête économique sur le ménage » du 8 décembre 2014, à la teneur suivante :

«

1 - Début et ampleur des atteintes à la santé

Rapport du SMR : Blocage du poignet gauche avec dystrophie douloureuse post-traumatique de la main gauche ; status après fracture complexe de l'épiphyse distale du radius G (28.07.2009), ostéosynthèse du radius distal G par plaque palmaire (30.07.2009).

Limitations fonctionnelles : perte de la force et de l'habilité manuelle de la main gauche, impossibilité d'effectuer des travaux fins (couture, gestes habituels quotidiens), à éviter les activités qui nécessitent des mouvements répétitifs du poignet gauche ou de la main gauche).

Atteinte à la santé depuis : 28.07.2009

Capacité de travail : 0% dans son AH et 100% dans une AA.

2 - Atteinte à la santé selon les Indications de l'assuré :

Atteinte :

L'assurée explique qu'elle ne peut plus utiliser sa main gauche et qu'elle ne travaille qu'avec une main la droite, heureusement elle est droitrière. L'assurée se plaint encore de très fortes douleurs, d'une mobilité très diminuée. Elle n'a plus de force et par exemple elle ne peut plus ouvrir une bouteille. Mme G. explique qu'à l'heure actuelle, elle ne pourrait pas vivre seule. Elle compte énormément sur son mari au quotidien.

(...)

8. Travaux

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité	Empêchement		Invalidité (%)
		(%)	(%)	
6.1 Conduite du ménage planification / organisation / répartition du travail / contrôle Pas de problème.	2 - 5%	2.00%	0.0%	0.0%
6.2 Alimentation préparation / cuisson / service / nettoyage de la cuisine / provisions Les repas se confectionnent à deux avec son mari. L'assurée ne peut pas préparer les repas, ne peut pas éplucher car il faut les deux mains, ne peut pas porter les casseroles ni sortir les plats du four. Elle arrive à nettoyer avec une main le plan de travail. Mais tout le reste est pris en charge par son mari : four, frigo et travaux plus importants comme les placards. Aide du mari exigible. Avant son atteinte à la santé, l'assurée était autonome.	10 - 50%	38.0%	30.0%	11.40%
6.3 Entretien du logement épousseter / aspirateur / entretien des sols / nettoyer les vitres / faire les lits L'assurée explique qu'elle arrive à faire la poussière à hauteur, nettoyer la cuvette des WC et le lavabo de la salle de bains. Tout le reste est pris en charge par le mari : aspirateur, serpillière, salles de bains, vitres. Avant l'assurée faisait tout. Aide du mari est exigible.	5 - 20%	20.0%	50.0%	10.0%
6.4 Emplettes et courses diverses poste / assurances / services officiels L'assurée peut faire de petites courses à cause du port de charge qui est limité à gauche. Le mari se charge des courses importantes. L'assurée se charge des paiements et les démarches administratives.	5 - 10%	10.0%	20.0%	2.0%
6.5 Lessive et entretien des vêtements laver / suspendre / ramasser / repasser / raccommoder / nettoyer les chaussures L'assurée arrive à faire ses lessives mais elle ne peut plus repasser. Avant elle repassait.	5 - 20%	20.0%	50.0%	10.0%
6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille Surveillance et promenades des enfants/soins/contrôle des tâches scolaires/ Trajets école et activités extrascolaires Néant.	0 - 30%	0.0%	0.0%	0.0%
6.7 Divers soins infirmiers / entretien des plantes et du jardin / garde des animaux domestiques / confection de vêtements / activité d'utilité publique / formation complémentaire / création artistique Le mari est en charge des travaux extérieurs. Avant l'assurée elle pouvait faire le jardin, aujourd'hui elle arrive tout juste à ramasser les salades. Le couple a 10 poules, 3 chats qui n'ont pas de litière, 3 ânes et un chien. Le mari se chargent du travail des animaux. Avant, l'assurée pouvait participer et aujourd'hui elle ne le peut plus. Aide du mari exigible.	0 - 50%	10.0%	50.0%	5.0%

Total	100 %	28.40 %
-------	-------	---------

Qui exécute les travaux ménagers que l'assuré(e), en raison de son invalidité, ne peut plus accomplir lui/elle-même ?
Nom, adresse, parenté, nature des travaux, heures de travail par semaine, rémunération et perte de gain (dûment prouvée)
et subie par le tiers en raison de l'abandon ou de la diminution d'une autre activité

Le mari.

9 – Observation/Conclusions

Prise de position concernant les remarques et les indications de l'assuré(e), observations personnelles et commentaires sur les avis divergents donnés par le/la patient(e), le médecin et des tiers. Commentaires éventuels par rapport à la dernière enquête.

L'assurée vit à 3 heures de route et sur les conseils de Mme [...] à cause de la distance la présente enquête s'est réalisée par téléphone.

L'assurée aurait continué de travailler à 80%.

» ;

- un projet d'acceptation de rente du 19 décembre 2014 par lequel l'OAI se proposait d'allouer à la recourante une rente entière du 1^{er} janvier 2014 au 31 mai 2014 ;
- des déterminations du 2 février 2015 du conseil de l'assurée, ainsi libellées :

« 1. Point de départ de la rente

Vous indiquez tout d'abord qu'en principe le droit serait ouvert au 1^{er} juillet 2010, soit après expiration du délai d'attente d'une année, mais que la demande de prestations de Mme G. _____ serait du 3 juillet 2013 donc tardive, de sorte que la rente ne courrait en définitive qu'à compter du 1^{er} janvier 2014 et seulement jusqu'au 31 mai 2014.

En réalité, on est parti en septembre 2010 sur une formule de détection précoce et vous avez invité ma cliente à déposer une demande de prestations AI encore en 2010, avec divers rappels. Finalement, c'est le 17 février 2011 que ma cliente a déposé sa demande, qui comporte uniquement une erreur formelle, soit l'omission de la signature. Cependant, la demande est entièrement écrite à la main par ma cliente, si bien que l'absence de signature ne joue pas de rôle. En effet, le but de la signature, surtout en assurance sociale, est de valider un texte qui, parce qu'il est par hypothèse dactylographié, ne pourrait sans cela être attribué à son auteur.

Selon le CD-ROM, vous auriez invité ma cliente le 18 février 2011 à signer la demande. Ma cliente n'a pas retrouvé cette lettre

dans son dossier et elle ne se souvient pas de l'avoir reçue. Elle m'a ensuite consulté et je vous ai envoyé en mars 2011 une procuration signée par ma cliente.

Au vu de ce qui précède, ma cliente invoque le principe de bonne foi de l'administration et demande donc que la rente coure principalement dès le dépôt de la demande de détection précoce, subsidiairement dès le dépôt de la demande nonobstant l'omission formelle de signature.

A l'appui de cette conclusion principale (prise en compte de la demande de détection précoce), l'assurée fait valoir qu'elle ne doit pas être désavantagée alors qu'elle est déjà en incapacité de travail durable au moment où elle dépose la demande de détection précoce, tout simplement parce que cette demande n'a effectivement de sens que pour les assurés qui ne sont pas déjà atteints d'une incapacité de travail durable.

A l'appui de la conclusion subsidiaire, ma cliente invoque le principe de bonne foi de l'administration, estimant que l'invocation d'un défaut d'apposition de la signature manuscrite le 17 février 2011, est contraire à cette bonne foi.

L'art. 52 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] est applicable, au moins par analogie. Lorsqu'une écriture comporte un vice, l'autorité de recours doit impartir au recourant un court délai supplémentaire de régularisation. Si cette régularisation est faite dans le délai ou si elle a été faite avant même que ledit délai soit imparti, la date est rétablie (pour le défaut de signature, voir l'art. 52 al. 3 PA). La même règle vaut pour la procédure civile ou la procédure au Tribunal fédéral. A fortiori s'agissant d'une autorité administrative inférieure.

2. Situation à partir du 1^{er} juin 2014

Vous dites donc qu'à partir du 24 février 2014, alors même que Mme G._____ avait été déclarée invalide à 80% pendant près de 5 ans, elle aurait tout à coup retrouvé une capacité professionnelle de 85% (empêchement 15%).

Vous indiquez qu'une activité de remplacement exigible serait soit un poste de téléphoniste, soit un emploi dans l'industrie légère respectant la limitation de perte de la force et de l'habileté manuelle de la main gauche, l'impossibilité d'effectuer des travaux fins, les activités qui nécessitent des mouvements répétitifs du poignet gauche ou de la main gauche. Ma cliente ne peut en aucun cas se déclarer d'accord avec cela.

a) Il n'existe pratiquement plus aujourd'hui de poste de secrétariat que (sic) faisant que du téléphone. Ou alors il s'agit d'emplois extrêmement mal payés, souvent exercés par des auxiliaires, notamment dans les instituts de sondages ou dans la publicité. Mais peu importe en définitive : tous ces travaux nécessitent aujourd'hui un écran et un clavier, ne serait-ce que pour « entrer » les données ou pour consulter des listes. Or, précisément, Mme G._____ ne

peut plus utiliser un clavier, ce qui lui a fait perdre son emploi précédent. Et d'autres travaux manuels sont très difficiles puisque précisément Mme G._____ fonctionne pratiquement comme une mono-manuelle.

- b) Pour ce qui est des travaux dans l'industrie légère, il est toujours exigé une dextérité des deux mains. Vous n'indiquez d'ailleurs pas de poste qui n'exigerait pas cela.

Il résulte de ce qui précède que les possibilités d'activités de substitution sont illusoire.

3. Âge

Vous ne tenez pas compte non plus de l'âge de Mme G._____, qui a plus de 60 ans. Or, les tribunaux et en particulier le Tribunal fédéral retiennent qu'il ne faut pas poser des exigences excessives pour des travailleurs d'âge avancé. Certes, disent-ils, l'âge avancé n'est pas en soi un facteur invalidant, mais il faut le prendre en compte avec les particularités personnelles et professionnelles de la personne assurée et vérifier si, sur un marché du travail équilibré, la capacité de travail restante peut, de manière réaliste, être utilisée. Le Tribunal fédéral précise que, dans la négative, c'est-à-dire si une utilisation réaliste, dans l'économie, de la capacité restante n'est pas possible, il y a invalidité totale (voir ATF 9C_456/2014 du 19 décembre 2014, cons. 3.1 avec tous les renvois, rejetant un recours de l'Office AI du canton de Soleure). On se réfère aussi à l'ATF 123 V 233 cons. 3c et les références ainsi que 9C_954/2012 du 10 mai 2013 ayant fait l'objet d'un commentaire approuvé dans HAVE/REAS 4/2013 page 343.

En l'espèce, il paraît exclu que l'assurée, ayant subi une période d'incapacité de travail reconnue de 5 ans et arrivant à plus de 60 ans, puisse envisager un recyclage ou une réadaptation dans une nouvelle profession, avec le handicap au poignet qu'elle a.

4. Conclusion

En conclusion, il est demandé une rente entière courant principalement dès le 1^{er} juillet 2010, très subsidiairement (si c'était la date du 17 février 2011 qui était déterminante) dès le 1^{er} août 2011 (6 mois après le dépôt de la demande). » ;

- un projet d'acceptation de rente du 12 mai 2015, remplaçant le précédent, par lequel l'OAI se proposait d'octroyer à la recourante une rente entière du 1^{er} mai 2011 au 31 mai 2014 ;

- de nouvelles déterminations du 15 juin 2015 du conseil de l'assurée, rédigée ainsi :

« J'accuse réception de votre projet d'acceptation de rente du 12 mai 2015, reçu le 18 mai 2015, qui admet que depuis le 28 juillet 2009, début du délai d'attente d'un an, la capacité de travail de ma mandante est considérable[ment] restreinte. Toutefois, mais que cette capacité de travail serait rétablie pour l'essentiel à partir du 25 février 2014.

Ma cliente ne peut se déclarer d'accord avec cette manière de voir :

1. Rien n'a changé pour ma cliente en février 2014, quant à son état de santé ; il ne peut donc être question de dire qu'avant cette date toute activité lucrative était impossible et que cet empêchement aurait par miracle été levé en février 2014.
2. Vous parlez tout d'abord d'une activité « l'accueil téléphonique »; actuellement, tous les téléphonistes professionnels utilisent un clavier et des écouteurs. Ma cliente ne peut pas taper sur un clavier. Ce genre de travail ne peut pas lui convenir. De plus, plus personne n'est que téléphoniste : lorsqu'il n'y a pas d'appels, des travaux de frappe (notamment rapports) sont régulièrement demandés, entre autres activités de secrétariat.
3. Vous évoquez aussi une possibilité d'activité dans l'industrie légère. Vous admettez qu'il y a perte de la force et de l'habileté manuelle de la main gauche. Or, il existe aucune activité de la catégorie 4 ne nécessitant pas l'usage des 2 mains, notamment pour les travaux fins, dont vous admettez qu'ils ne sont pas exécutables par ma cliente. Et tous les travaux non qualifiés dans l'industrie nécessitent des mouvements répétitifs du poignet gauche ou de la main gauche, ce que précisément, comme vous l'admettez à juste titre, ma cliente ne peut pas faire.
4. De plus, ma cliente étant âgée actuellement de près de 61 ans, il est exclu qu'elle ait encore une possibilité d'être engagée sur le marché général, dans un emploi réputé, en soi, adéquat. L'âge et le handicap se cumuleraient pour exclure toute possibilité raisonnable d'emploi. Il faut tenir compte de la jurisprudence à cet égard. Le Tribunal fédéral a jugé notamment (voir par exemple l'ATF 9C_716/2014 du 19 février 2015) :

« Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ».

Se référant à une jurisprudence de 1998, le Tribunal fédéral dit :

« Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les

places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre ».

S'il est vrai que l'âge n'est pas en lui-même un facteur d'invalidité, le Tribunal fédéral avance fortement : *« Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt 9C 695/2010 du 15 mars 2011, consid. 5 et les arrêts cités) ».*

« En considérant qu'en date du 24 février 2014, on ne pouvait attendre de l'intimée qu'elle reprît une activité adaptée, compte tenu de son âge (soit 61 ans et 5 mois dans l'affaire en question), la juridiction cantonale n'a pas violé le droit fédéral » (et dès lors) « le recours (de l'Office AI) s'avère donc mal fondé et doit être rejeté ».

On se réfère pour le surplus aux arguments déjà développés sous chiffre 3 de la prise de position du 2 février 2015.

5. Enfin, vous évoquez une expérience *« dans le domaine de l'organisation d'événements »*; il n'existe aucune activité lucrative dans ce domaine, sauf éventuellement par des agences professionnelles susceptibles d'engager des jeunes femmes avenantes.

En conclusion ma cliente est d'accord avec la rente, mais pas avec sa suppression au 31 mai 2014.

Je vous remercie dès lors de rendre une décision conforme à la présente demande, sans suppression de la rente au 31 mai 2014. » ;

- une lettre du 24 septembre 2015 de l'OAI au conseil de la recourante, exposant ce qui suit :

« Nous avons pris connaissance de vos objections, déposées le 15 juin 2015 à l'encontre de notre projet de décision du 12 mai 2015, et pouvons vous faire part de notre position.

En ce qui concerne la capacité de travail de votre cliente, celle-ci a clairement été fixée à 100 % dans une activité adaptée par le Dr M. _____ dans son expertise du 25 février 2014. Aucun élément

médical au dossier ne permet de remettre en cause cette appréciation, de telle sorte qu'il n'y a pas de raison de s'en écarter.

S'agissant de la date à partir de laquelle il convient d'estimer que cette capacité de travail existe, celle-ci n'est pas fixée par l'expert. A défaut d'élément temporel objectif permettant de fixer ce moment, celui-ci doit être fixé à la date de l'expertise, ce qui correspond à la date à laquelle, au plus tard, une pleine capacité de travail a été constatée. On relèvera également que cette solution est la plus favorable pour votre cliente.

Dans votre contestation, vous affirmez qu'« il n'existe aucune activité de la catégorie 4 ne nécessitant pas l'usage 2 mains, notamment pour les travaux fins, dont vous admettez qu'ils ne sont pas exécutables par ma cliente. ». Ceci n'est toutefois pas l'avis du Tribunal fédéral, lequel a indiqué à plusieurs reprises que la perte d'usage du bras dominant ne rendait pas, en soi, la reprise d'un travail adapté illusoire, par exemple dans des travaux simples de surveillance ou de contrôle dans l'industrie (arrêt 9C_418/2008 du 17 septembre 2008, consid. 3 et les références).

Or en l'espèce, il ne s'agit, d'une part, pas de la perte du bras dominant, votre cliente étant droitrière, et d'autre part, le Dr M. _____ n'a pas exclu toute utilisation de la main gauche comme main d'aide, à condition que celle-ci soit ponctuelle et légère. Les possibilités de mise en valeur de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée ne sauraient dès lors être niées. On rappellera pour le surplus que le TF a considéré, dans une situation se rapprochant de celle de votre cliente, qu'au vu du large éventail d'activités d'activité (sic) simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général, un certain nombre d'entre elles étaient adaptées au handicap du recourant, notamment des travaux de contrôle et de surveillance (arrêt 8C_1006/2010 du 31 août 2011, consid. 4.2.3).

En ce qui concerne la question de l'âge, nous ne pouvons que nous référer à notre précédente prise de position. Il convient en effet de relever qu'au moment déterminant, soit au plus tard en avril 2014 (voir à cet égard l'ATF 138 V 457 consid. 3.3), votre cliente n'était pas encore âgée de 60 ans, et n'avait par conséquent pas encore atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. arrêts 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 et 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2).

Par surabondance, on ajoutera que votre cliente dispose de bonnes ressources personnelles de par son expérience dans [le] domaine de l'organisation d'événements, ainsi que de bonnes capacités d'adaptation, ayant travaillé, par le passé, dans de nombreux domaines d'activités. Ces éléments ne sont pas des exemples d'activités adaptées en tant que tels, mais des éléments dont il faut tenir compte lors de l'examen des possibilités de réintégration du marché du travail, en particulier pour les personnes ayant atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle

de travail sur un marché du travail supposé équilibré, ce qui n'est à notre sens pas le cas de votre cliente (cf. le § précédent).

En conclusion, votre contestation n'est pas de nature à remettre en question le bien fondé de notre projet de décision. Une décision établissant le montant des prestations, conforme au dit projet, et dont le présent courrier fait partie intégrante, vous sera prochainement notifiée par la caisse de compensation compétente. » ;

- une décision du 16 octobre 2015 de l'OAI, confirmant le projet du 12 mai 2015 ;
- un acte de recours déposé par la recourante le 2 décembre 2015 auprès du Tribunal administratif fédéral, dirigé contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens que la rente accordée du 1^{er} mai 2011 au 31 mai 2014 se poursuivait au-delà de cette date et jusqu'à son âge AVS.

E n d r o i t :

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

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de

la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 2 LPGA), selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

La question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est en revanche plus litigieuse conformément à l'écriture de l'intéressée du 17 février 2015.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de

gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Toutefois, lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour cent ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 ; TF 9C_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) 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 LPG), 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 ; ATF 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).

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).

4. La recourante soutient que sa capacité de travail est nulle ; elle prétend que l'état de son poignet gauche est tel qu'elle doit être considérée presque comme une mono-manuelle. A cet égard, elle conteste la surveillance et ses résultats, arguant que celle-ci était déloyale, notamment qu'elle avait été poussée à faire des gestes qu'elle n'accomplissait d'habitude pas. Elle estime que dans ces conditions, l'expertise complémentaire du Dr M. _____ ne doit pas être suivie aussi parce que l'expert ne l'avait pas entendue dans ce cadre. En outre, à son âge, elle ne retrouverait pas de travail.

a) Afin de récolter les données utiles à l'établissement des faits déterminants pour prononcer sa décision, l'assureur social dispose de divers moyens de preuve parmi lesquels il est libre de choisir celui ou ceux qui lui semblent les plus appropriés. L'assureur social ne peut pas se fonder sur des moyens de preuve illicites, à savoir qui sont interdits par la loi ou qui, sans être prohibés, ont été obtenus de manière illicite. En possession d'un tel moyen de preuve (qu'il l'ait ou non lui-même mis en œuvre), il doit en principe l'écarter du dossier. L'interdiction d'utiliser des moyens de preuve illicites n'est toutefois pas absolue : le moyen de preuve recueilli sans respecter les règles légales ne doit pas être exclu s'il est en soi licite et qu'il aurait pu être obtenu de façon licite. En pareil cas, une pesée des intérêts doit être effectuée entre l'intérêt public à la découverte de la vérité et l'intérêt privé de la personne à laquelle la preuve en cause est opposée. Lorsque le moyen de preuve a été obtenu en violation d'un bien juridiquement protégé qui l'emporte, dans le cas concret, sur l'intérêt à la découverte de la vérité et à la réalisation du

droit, il ne peut pas être utilisé (Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, *in* RSAS 57/2013 pp. 129 ss, spéc. p. 135).

La surveillance a pour but, selon le Tribunal fédéral, de recueillir de manière systématique et de consigner des faits qui se concrétisent dans un espace public – ou dans un espace privé visible sans aucune difficulté par tout le monde – et peuvent être perçus par chacun (par exemple marcher, monter des escaliers, conduire une voiture, porter des charges ou exercer des activités sportives) (Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, pp. 135-136 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a jugé qu'une surveillance repose sur une base légale suffisante, prévue à l'art. 43 al. 1 LPGA, en relation avec l'art. 28 al. 2 LPGA (sur l'obligation générale de renseigner de l'assuré), puisque l'assureur social est tenu, en vertu du principe inquisitoire, de prendre les mesures nécessaires pour établir les faits. Pour constater ensuite qu'il s'agit là d'une base légale suffisamment déterminée, le Tribunal fédéral a retenu que la surveillance dans un espace public ne constitue qu'une atteinte légère à un droit fondamental et qu'elle revêt un caractère exceptionnel en ce sens qu'elle n'est mise en œuvre que lorsque les autres mesures pour établir les faits – renseignements de l'assuré, de son employeur et de ses médecins – n'amènent pas à un résultat probant (Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 143).

Le Tribunal fédéral a également jugé que l'intérêt public auquel répond la surveillance dans le domaine des assurances sociales consiste à ce que l'ensemble de la collectivité des assurés ne doive pas fournir des prestations d'assurance sociale qui ne sont pas dues, afin de ne pas subir un dommage. Cet intérêt à lutter efficacement contre les abus et à mettre en lumière, respectivement empêcher, une escroquerie à l'assurance, qui a été reconnu comme un motif justificatif de l'atteinte aux droits de la personnalité (*cf.* art. 28 CC [Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210]) due à une surveillance dans le domaine de l'assurance

privée, vaut de la même manière en droit des assurances sociales (ATF 137 I 327 consid. 5.3).

En ce qui concerne le principe de la proportionnalité, les mesures de surveillance mises en œuvre doivent d'abord être propres à atteindre le but visé dans l'intérêt public : elles doivent donc être aptes à clarifier les faits en cas de soupçons de fraude à l'assurance sociale. Tel est le cas lorsque les limitations alléguées par l'assuré relèvent d'une atteinte somatique à la santé qui peut être perçue extérieurement, de manière directe ou indirecte, et au sujet desquelles des déductions peuvent être tirées au moyen d'une observation.

Par ailleurs, en cas de soupçons quant à une capacité de travail résiduelle effective, l'utilisation du rapport de surveillance d'un détective privé permet d'atteindre le but visé, puisque seul ce moyen de preuve peut donner une perception directe du comportement de l'intéressé.

L'observation de l'assuré doit également être nécessaire au regard du but visé, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être mise en œuvre lorsqu'il existe une autre mesure adéquate, mais moins incisive qui permettrait d'atteindre l'objectif en cause. La surveillance doit donc d'abord être objectivement nécessaire, ce qui signifie que des indices concrets faisant douter de la réalité des troubles de la santé ou de l'incapacité de travail allégués doivent exister. Constituent par exemple de tels indices le comportement contradictoire de la personne assurée, des doutes sur la sincérité de celle-ci (en raison éventuellement de renseignements ou d'observations de tiers), des inconsistances à la suite d'un examen médical, une aggravation de l'atteinte à la santé dont se plaint l'assuré, des traces d'automutilation ou des indices de simulation. La mise en œuvre d'une mesure de surveillance a un caractère exceptionnel, en ce sens qu'elle n'aura lieu que si les autres moyens de preuve n'auront pas conduit à un résultat probant. En outre, dès lors que l'assuré concerné par la mesure de surveillance prétend des prestations à l'égard de l'assurance sociale, et est donc tenu de participer à

l'établissement des faits relatifs à son état de santé et à sa capacité de travail, il doit tolérer que des mesures objectivement nécessaires soient mises en œuvre à son insu par l'assurance ; l'étendue de la prestation que fait valoir l'assuré doit également être prise en compte (Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, pp. 148 ss et les références citées).

La surveillance ne doit pas porter atteinte à l'essence même du droit à la protection de la sphère privée (art. 36 al. 4 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Cette exigence est réalisée lorsque la surveillance de l'assuré se limite à des faits qui peuvent être vus de tous se déroulant sur le domaine public ou dans un espace privé visible par chacun sans aucune difficulté (Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 151).

Le rapport et les enregistrements d'un détective privé ne sont toutefois assortis de valeur probante que pour autant qu'ils portent sur des actes et activités que l'assuré a exercées sans influence de la personne chargée de la surveillance (Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 153).

b) En l'occurrence, l'enjeu du recours est l'allocation d'une rente. L'exigence de l'intérêt public est ainsi remplie. Des discordances ont été relevées entre l'état physique supposé de la recourante tel qu'il ressort notamment de l'expertise et ses activités décrites sur internet. C'est pour élucider ces divergences que la séance du 19 mai 2014 a été organisée mais elle n'a rien donné, l'intéressée persistant à invoquer la perte de sa main gauche. La surveillance mise en place était ainsi justifiée.

En ce qui concerne le lieu de la surveillance, les conditions dans lesquelles celle-ci s'est déroulée est acceptable. Il s'agit d'une maison d'hôte destinée par définition à recevoir des visiteurs et, dans ce sens, elle n'est pas privée. D'ailleurs, comme le relève l'intimée, le TF a admis des observations faites par des employés de SWICA Assurances SA dans le restaurant d'un assuré (TF U 589/06 du 21 décembre 2007).

Il n'est pas du tout établi que comme le prétend la recourante, le détective a poussé celle-ci à entreprendre des activités qu'elle n'aurait pas faites autrement. Cela ne résulte absolument pas du rapport du détective qu'il n'y a aucune raison de remettre en doute.

Il n'y a donc aucun motif de retrancher le rapport du détective comme la recourante le requiert.

5. a) Un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 153 ; voir aussi TF 8C_779/2012 du 25 juin 2013 consid. 2.3 et les références citées).

b) En l'espèce, la recourante a subi plusieurs opérations entraînant des incapacités de travail. A cet égard, on peut relever que l'intéressée - qui a démissionné décrétant qu'elle ne pourrait plus travailler comme secrétaire - aurait pu retravailler à 50% dès le 22 janvier 2011 selon le rapport du 11 février 2011 du Dr B._____. Après, elle a encore subi des opérations, la dernière datant du 6 août 2013 et consistant en l'ablation d'une plaque d'ostéosynthèse et en une révision d'arthroplastie avec débasement du trapézoïde. Il résulte de l'entretien du 6 décembre 2013 dans les bureaux du conseil de la recourante que celle-ci

ne suivait alors pas de traitement. Lors de cet entretien, elle a fait état de douleurs constantes, de ses difficultés à faire le ménage et de son découragement.

Ensuite, le Dr M. _____ a effectué son expertise. S'agissant des plaintes, il fait état d'une importante perte de force et d'habileté manuelle de la main gauche empêchant son utilisation pour toute manipulation de force mais également légère telle l'utilisation d'un clavier d'ordinateur. La main gauche est inutilisable notamment pour les gestes habituels de l'habillement et du ménage. Il relate des douleurs diffuses à la face radiale et postérieure du poignet gauche cotées entre 5-7/10, exacerbées au moindre mouvement et diminuant au repos. Ces douleurs ne diminuent pas avec le Dafalgan. Enfin, s'agissant des plaintes, l'expertise mentionne une raideur du poignet arthrodésé ne représentant pas un handicap majeur.

L'expert expose encore que la recourante n'a jamais donné l'impression d'exagérer ses plaintes. Il décrit une main nettement dystrophique avec une pâleur et une moiteur palmaire surtout du 1^{er} rayon. Selon lui, la percussion de toutes les saillies osseuses du poignet et de la main est très sensible. Dans la discussion, il évoque une évolution défavorable avec une guérison qui est loin d'être satisfaisante et la persistance d'un poignet gauche bloqué, douloureux et dystrophique. Pour l'expert, l'activité de secrétaire n'est plus praticable. En revanche, il estime qu'une activité purement mono-manuelle droite ou ne nécessitant que l'utilisation ponctuelle légère de la main gauche pourrait être exigible même à temps complet. S'agissant de l'IPAI, l'expert a estimé que le taux de 15% était insuffisant et qu'il fallait la fixer à 20% du corps entier, correspondant à une perte fonctionnelle de 50% de la main gauche.

Interpellé par l'intimée ensuite de l'expertise, le Dr Q. _____ a estimé que le membre supérieur gauche était peu utilisable fonctionnellement dans une activité bi-manuelle mais que l'on n'était pas dans le cas d'un assuré qui ne pouvait plus bouger un bras.

C'est ensuite que la surveillance a été mise en place au vu des discordances entre le profil Facebook et l'attitude de la recourante lors de l'entrevue du 19 mai 2014.

Le rapport du détective est édifiant. D'abord, le détective, si le mandat mentionnait un problème aux mains, ne savait pas s'il s'agissait de la main gauche ou de la main droite. Il n'a pas pu le déterminer lors de son observation, relevant que la recourante ne semblait ni gênée ni limitée dans l'usage de ses mains. Il a indiqué qu'elle ne portait pas d'attelle ou d'autres supports. Alors qu'elle avait affirmé qu'elle ne s'occupait pas de la maison d'hôte, en laissant le soin à son époux de le faire, c'est elle qui a accompli les formalités de réservation et qui a accueilli le détective et sa famille. La recourante a mangé normalement sans que le détective ait pu constater une limitation quelconque. C'est elle, alors que son mari était présent, qui a harnaché l'âne. Le détective a également observé l'intéressée étalant du linge sur une corde à linge.

Conformément aux exigences du Tribunal fédéral, ce rapport a été soumis à l'expert. Le Dr M. _____ relève que lors de son examen de la recourante, celle-ci a indiqué que ses plaintes étaient liées à la persistance de douleurs diffuses cotées entre 5-7 sur une échelle d'au maximum 10, douleurs exacerbées au moindre mouvement et associées à une importante perte de force et d'habileté manuelle de la main gauche. Cette main était décrite comme inutilisable pour toute manipulation de force mais également pour les manipulations légères et les gestes habituels quotidiens des soins corporels et du ménage. L'expert indique également que son examen clinique avait démontré une diminution de la force de préhension active et quelques troubles dystrophiques résiduels des tendons et de la scintigraphie osseuse. Or, selon ce praticien, l'examen de la vidéosurveillance démontre que l'utilisation que fait la recourante de sa main gauche ne correspond absolument pas aux plaintes subjectives ni à la mesure de la force lors de l'examen clinique. Le Dr M. _____ constate que la recourante utilise sa main gauche normalement et qu'aucune gêne liée à la raideur ou à des douleurs n'est constatée. Il n'a pu discerner aucun signe de souffrance, aucun

ménagement, aucune utilisation préférentielle latéralisée ni de mouvements de compensation de l'autre main. Il relève que tous les mouvements sont harmonieux et que la recourante utilise aussi la main gauche pour manier de petits objets. En conséquence, l'expert réévalue totalement les conclusions de son expertise du 19 février 2014, puisque les limitations douloureuses de la force et de l'habileté manuelle gauche qui constituaient l'essentiel des plaintes résiduelles de la patiente ne se confirment manifestement pas. Il relève l'absence de gêne résiduelle visible même pour un œil averti. Il explique que les quelques troubles dystrophiques cliniques et radiologiques doivent être attribués aux séquelles fonctionnelles liées à la raideur post-arthrodèse du poignet ce qui selon les dires mêmes de la recourante ne constitue pas un handicap. Il concède avoir accordé dans son expertise un crédit manifestement erroné aux allégations de l'intéressée, ce qui a faussé ses conclusions concernant la capacité de travail qu'il estime totale dans l'activité habituelle.

Le rapport du 19 février 2014 du Dr M. _____ est étayé et convaincant, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Cet expert a examiné avec soin les éléments ressortant de la surveillance et a exposé de manière claire et détaillée les raisons pour lesquelles il s'écarterait des conclusions de son premier rapport. Les réponses données par le Dr R. _____ le 9 avril 2015 ne permettent par ailleurs pas de remettre en cause l'appréciation du Dr M. _____. En effet, les éléments avancés par le Dr R. _____ ne sont ni explicités ni objectivés et paraissent uniquement fondés sur les déclarations de la recourante. Le fait que l'utilisation d'une orthèse serait selon lui nécessaire « le plus souvent » est d'ailleurs contredit par les résultats de la surveillance du détective, qui démontrent que l'intéressée n'a pas porté d'orthèse durant la période d'observation. En outre, ce praticien ne précise pas depuis quand il est le médecin traitant de la recourante ni à quelles périodes se rapportent ses constatations relatives aux limitations et aux douleurs, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer si elles se rapportent à un état prévalant à l'époque de la décision sur opposition litigieuse ou postérieurement. Dans ces conditions et eu égard au fait qu'un 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, il y a lieu d'écarter l'avis du Dr R. _____ au profit de celui du Dr M. _____ qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels sur la force probante des renseignements médicaux.

La recourante allègue que les vidéos démontrent qu'elle n'utilise que modérément sa main gauche en support de son autre membre. Tel n'est pas le cas a fortiori lorsque l'on sait que l'intéressée est droitrière et qu'il est dès lors normal qu'elle utilise plus son membre dominant. En outre, le fait que le Dr M. _____ n'ait pas revu la recourante n'est pas de nature à mettre en cause la force de son avis dès lors qu'il a pu, par la lecture du rapport du détective et la vision des vidéos, se faire une idée précise des réelles limitations de l'intéressée, dont on peut relever qu'à aucun moment dans les séquences filmées, elle ne manifeste un quelconque signe de douleur alors que chez son avocat le 19 mai 2014, elle expliquait avoir perdu l'usage de sa main gauche. D'ailleurs, la jurisprudence n'exige pas un nouvel examen (*cf.* TF 8C_779/2012, cité *supra* consid. 5a). La recourante a également prétendu qu'elle ne pourrait pas vivre seule. Or, la surveillance mise en place démontre qu'elle effectue elle-même certaines tâches, comme par exemple servir des rafraichissements aux hôtes, manger en utilisant un couteau et une fourchette, harnacher un âne ou étendre du linge, alors que son époux était présent, sans qu'il ne l'aide ou ne les exécute à sa place.

En définitive, compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans son ancienne activité.

c) La recourante invoque encore la question de son âge avancé, qui exclurait une reconversion professionnelle.

Cette question ne se pose toutefois pas en l'espèce dès lors qu'elle dispose d'une pleine capacité de travail dans son ancienne activité

de secrétaire et n'est ainsi pas contrainte d'entamer une telle reconversion pour exercer une activité adaptée à son état de santé.

En outre, aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux et peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). En particulier, l'art. 28 al. 4 OLAA prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse, est conforme à la loi. D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidité, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité. Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans ; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (TF 8C_250/2009 du 1^{er} juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

L'argument de l'âge soulevé par la recourante est ainsi sans pertinence.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 14 janvier 2015 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient finalement pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 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 rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 14 janvier 2015 par O. _____ Assurance-accidents SA est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour G. _____)
- O. _____ Assurance-accidents SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :