

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2017

Composition : M. NEU, président
Mme Pasche, juge, et M. Gerber, juge suppléant
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 al. 1, 18 al. 1, 24 et 36 al. 2 LAA ; annexe 3 OLAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, de nationalité portugaise, travaillait, sous contrat du 18 février au 17 novembre 2013, à 85 % comme aide de restaurant à [...] et était à ce titre assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles. Le 20 juin 2013, l'assurée a glissé vers la gare de [...]. Chutant, elle est tombée sur sa main droite posée pour se rattraper.

Selon le certificat médical du 11 juillet 2013 du Dr C._____, médecin praticien, l'assurée a eu une contusion. Par ailleurs, un examen radiologique a mis en évidence une maladie de Kienböck avec ostéocondensation et fragmentation du semi-lunaire. Selon ce rapport, il s'agissait des suites de l'accident du 20 juin 2013. L'incapacité de travail était totale.

Le 15 août 2013, le Dr C._____ a posé le diagnostic de contusion du poignet droit sur ostéonécrose du semi-lunaire. Le tunnel carpien du poignet gauche a été opéré à la Clinique [...] à [...].

Tant lors de l'entretien avec l'inspecteur de la CNA le 8 octobre 2013 que lors d'un examen le 27 novembre 2013 par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, l'assurée a affirmé n'avoir jamais souffert du poignet droit avant l'accident du 20 juin 2013.

L'assurée a été opérée le 15 janvier 2014 à l'hôpital [...]. Selon le rapport du 23 janvier 2014 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique, l'assurée souffrait d'un Morbus Kienböck droit décompensé post-traumatique avec fragmentation du semi-lunaire équivalent à un stade 3B selon Lichtmann. Le Dr X._____ a procédé à une résection du semi-lunaire droit, à une arthrodèse scapho-

capitat droit par greffe du radius et stabilisation par deux vis, ainsi qu'à une dénervation du nerf interosseux postérieur et à une styloïdectomie radiale.

En raison de douleurs importantes persistantes au poignet droit, l'assurée a été opérée le 5 juin 2014 par le Dr X._____ pour la mise en place d'une panarthrodèse de ce poignet. Le 17 septembre 2014, le matériel d'ostéosynthèse a été partiellement retiré. Le 11 novembre 2014, une scintigraphie a confirmé une probable algoneurodystrophie.

Le 16 février 2015, l'assurée a été examinée par le Dr Z._____. Cliniquement, il n'y avait pas d'algodystrophie manifeste. Le Dr Z._____ soupçonnait plutôt une sous-utilisation du membre supérieur droit. Il relevait que l'assurée avait été toujours passive et centrée sur ses douleurs et qu'elle présentait un handicap subjectif dépassant les constatations objectives de l'examen radio-clinique.

L'assurée a séjourné du 21 avril au 19 mai 2015 à la K._____ à [...]. Selon le rapport du 28 mai 2015 du Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, et de la Dresse S._____, médecin-assistant, l'assurée a reçu des thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs chroniques. Un syndrome douloureux régional complexe de type I (algodystrophie) de la main droite était probable. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient par les lésions objectives constatées. Des facteurs contextuels influençaient toutefois négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente : sous-estimation de manière majeure de ses capacités fonctionnelles ; score de catastrophisation très élevé ; auto-évaluation très élevée du handicap. L'assurée avait une fixation sur les douleurs et avait de la peine à accepter les consignes de mobilisation ; le membre supérieur droit était sous-utilisé de manière importante. A l'issue du séjour, l'évolution subjective et objective était non significative. Des incohérences ont été relevées : on constatait des différences de mobilité du membre supérieur droit lors de l'examen analytique et en dehors lors de la mobilisation spontanée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes avaient été retenues :

toutes les activités nécessitant l'utilisation de la main ou du membre supérieur droit avec de la force ou de manière répétitive. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles ; une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six mois environ. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs médicaux et des facteurs non-médicaux. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus était défavorable en raison des facteurs contextuels, d'une patiente qui était très centrée sur sa douleur et qui n'envisageait aucune reprise professionnelle tant que les douleurs ne s'étaient pas calmées. Sur le plan théorique une capacité de travail était possible dans une telle activité. A la sortie, une ergothérapie et des traitements médicamenteux ont été ordonnés.

Le 17 novembre 2015, l'assurée a été examinée par le Dr Z._____. Celui-ci a rapporté notamment ce qui suit:

« **Appréciation**

[...]

Actuellement, la patiente dit que ça ne va pas. Les douleurs sont telles qu'elle ne peut plus du tout utiliser sa main D [droite]. Elle a maintenant un ami qui s'occupe du ménage. Elle a bien essayé de faire la cuisine avec sa main G [gauche] mais elle s'est coupée.

Objectivement, l'épaule D est souple mais, comme auparavant, il faut beaucoup insister pour obtenir des amplitudes articulaires complètes. Il n'y a pas de signe du conflit, pas de signe d'atteinte de la coiffe des rotateurs. La mobilité active est complète. L'examen du coude D est normal. Le poignet D est bloqué en rectitude et en inclinaison radio-cubitale neutre. Il est calme. La pronosupination est complète, sensible en fin de course, sans plus. La main D, qui est un peu amincie et très légèrement transpirante, est maintenue strictement immobile, poing fermé, mais il n'y a pas de différence de température entre les 2 mains, pas de discoloration, pas de tuméfaction, pas d'autre signe réactif ou dystrophique notable. Les doigts sont souples mais la patiente ne les bouge plus du tout et elle se comporte comme si sa main D était totalement paralysée alors même qu'il n'y a pas d'allodynie.

Sur les RX du 27.04.2015, l'arthrodèse paraît acquise.

Il n'y a donc pas d'explication orthopédique à l'exclusion fonctionnelle totale de la main D qu'on observe actuellement. Il s'agit d'une attitude plus ou moins délibérée, d'un pseudo-handicap, avec un risque d'évolution vers un trouble dissociatif. Du point de

vue thérapeutique, il n'y a rien à entreprendre et c'est à juste titre que la physiothérapie et l'ergothérapie ont été stoppées.

En ce qui concerne la capacité de travail, du point de vue somatique, la patiente n'est pas une mono-manuelle. Elle peut travailler en plein dans une activité légère ne sollicitant pas trop la main D et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 15 % peut être retenu en présence d'une arthrodèse radio-carpienne en bonne position.

Une réduction de 50 % est justifiée en raison d'un état antérieur patent.

L'atteinte à l'intégrité nette se monte donc à 7,5 %. »

B. Le 29 décembre 2015, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin au remboursement des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière à compter du 1^{er} mars 2016.

Par décision du 25 janvier 2016, la CNA a refusé l'octroi d'une rente au motif qu'il n'y avait pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. Le revenu annuel susceptible d'être obtenu à temps complet dans une activité légère dans différents secteurs de l'industrie ne sollicitant pas trop la main droite et ne nécessitant pas de dextérité particulière s'élèverait à 52'785 francs. Comparé au gain sans invalidité de 51'868 francs susceptible d'être réalisé à 100 %, il n'en résultait aucune perte de gain. Par ailleurs une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 7,5 % a été accordée.

L'assurée a fait opposition oralement le 22 février 2016, faisant valoir son incompréhension à l'égard de la décision du 25 janvier 2016.

Le 4 mars 2016, la CNA a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a confirmé la décision du 25 janvier 2016 et rejeté l'opposition.

C. Par acte du 23 mars 2016, l'assurée a fait recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud

contre la décision sur opposition de la CNA du 4 mars 2016. Elle a invoqué que cette décision ne tenait pas compte de son état de santé réel, à savoir de son incapacité à utiliser la main droite et donc à reprendre un travail. Elle a aussi fait valoir une atteinte à sa santé psychique, étant en traitement pour une dépression.

A l'appui de son recours, l'assurée a transmis un document daté du 6 octobre 2015 dans lequel le Dr X. _____ attestait que l'état de santé de la patiente était stationnaire. Lors de la dernière consultation, l'atteinte à l'intégrité était de 30 % selon les tables de la CNA. Le Dr X. _____ ne pensait pas que, dans le marché du travail actuel, il y avait un travail adapté pour l'assurée actuellement. Une réinsertion lui semblait difficile.

Dans sa réponse du 27 avril 2016, la CNA a conclu à la confirmation de la décision attaquée.

Le 15 juin 2016, la recourante a maintenu son recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA).

c) Aux termes de l'art. 61 let. b LPGA, le recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les

conclusions, avec la précision que si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.

En l'espèce, le recours ne contient aucune conclusion expresse. Implicitement la recourante conclut à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente et d'une indemnité plus élevée pour atteinte à l'intégrité. Le recours est donc recevable.

2. Sur le plan formel, la recourante se plaint d'un défaut d'instruction au motif que l'intimée n'a pas consulté son médecin traitant avant de rendre la décision du 25 janvier 2016 et la décision sur opposition du 4 mars 2016.

a) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 131 I 153 consid. 3; 125 I 127 consid. 6c/cc).

b) En l'espèce, la recourante a été examinée le 17 novembre 2015 par le Dr Z._____, médecin d'arrondissement, avant que celui-ci ne rende son rapport final sur lequel l'intimée s'est fondée pour statuer. Ce rapport final du Dr Z._____ remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il n'entre pas non plus en contradiction avec les rapports médicaux précédents, en particulier avec celui des Drs V._____ et S._____ de la K._____. L'intimée pouvait donc considérer superflu de consulter une nouvelle fois les médecins traitants de la recourante, d'autant plus que celle-ci avait signalé lors de l'examen du Dr Z._____ ne plus être en traitement médical à proprement parler.

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

c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine).

b) La décision attaquée a admis implicitement le lien de causalité partielle entre l'accident du 20 juin 2013 et les atteintes à la main droite qui en ont été consécutives. Aucun des médecins consultés n'a soutenu que le statu quo ante ou le statu quo sine avait été atteint à un moment quelconque de la procédure. En revanche, l'existence d'un état préexistant dû au Morbus Kienböck qui influe aussi sur l'état de santé

de la recourante a été reconnue par les Drs V._____ et S._____ de la K._____, par le Dr Z._____ et par le Dr X._____.

c) La recourante soutient souffrir d'une dépression et être en traitement. Elle n'a toutefois fourni aucun rapport médical dans ce sens ni d'indication si le traitement a commencé avant la décision attaquée. Point n'est toutefois besoin d'instruire cette question, car le lien de causalité adéquate devrait de toute façon être nié. En effet, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le fait de trébucher dans la rue et de tomber sur le bras doit être qualifié d'accident de peu de gravité, selon la classification établie par la jurisprudence en la matière. Or selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 140 V 356 consid. 5.1 ; 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5). Le présent cas ne présente pas de particularité justifiant de s'écarter de cette règle générale.

4. a) 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 LPGGA). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement

surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

En l'espèce, la décision a fixé le revenu de valide pour un temps complet à 51'868 fr. pour l'année 2015 sur la base du salaire présumé que le dernier employeur de la recourante a communiqué. La recourante ne conteste pas ce montant.

c) Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472). Ces conditions ont été respectées en l'espèce.

aa) Il est incontesté que l'ancienne activité d'aide de cuisine, respectivement d'aide de restaurant, ne respecte pas les limitations fonctionnelles reconnues à la recourante. Le litige porte dès lors sur la question de la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour elle (art. 16 LPGA), donc sur l'aptitude de la recourante à travailler dans une activité adaptée.

bb) Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

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 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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 (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2; 9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 4.1; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

cc) La décision attaquée a reconnu à la recourante une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Celles-ci avaient été fixées à titre provisoire à l'issue du séjour à la K._____ par les Drs V._____ et S._____ comme suit : toutes les activités nécessitant l'utilisation de la main ou du membre supérieur droit avec de la force ou de manière répétitive. Le 17 novembre 2015, le Dr Z._____ a formulé des limitations fonctionnelles de manière apparentée : à son avis, la recourante peut travailler en plein dans une activité légère ne sollicitant pas trop la main droite et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

La recourante conteste l'appréciation de ses limitations fonctionnelles par le Dr Z._____, s'estimant incapable d'utiliser sa main droite en raison des douleurs. Or, les rapports médicaux ne font pas état d'une telle impotence fonctionnelle de la main droite. Au contraire, le rapport des Drs V._____ et S._____ relevait une sous-utilisation importante du membre supérieur droit, la recourante ayant une fixation sur les douleurs et sous-estimant de manière majeure ses capacités fonctionnelles. De même, le Dr Z._____ indiquait qu'il n'y avait pas d'explication orthopédique à l'exclusion fonctionnelle totale de la main droite ; il s'agissait d'une attitude plus ou moins délibérée, d'un pseudo-

handicap, avec un risque d'évolution vers un trouble dissociatif. Le rapport du Dr X. _____ du 6 octobre 2015 ne contredit pas cette appréciation. Quant à la différence entre l'évaluation des limitations fonctionnelles par les Drs V. _____ et S. _____ d'une part et celle du Dr Z. _____ d'autre part, elle est motivée par le fait que l'appréciation des premiers portait sur un état provisoire, non stabilisé, tandis que le Dr Z. _____ a pris position sur la base d'un état stabilisé. C'est donc à juste titre que l'intimée a évalué la capacité de gain de la recourante dans une activité respectant les limitations fonctionnelles établies par le Dr Z. _____.

dd) A lecture de leur descriptif, les DPT sélectionnées pour fixer le revenu d'invalidé paraissent respecter les limitations fonctionnelles déterminantes. Le revenu d'invalidé, fixé à 52'785 fr. conformément au revenu moyen des cinq DPT retenues, est supérieur au revenu de valide, de sorte que la recourante n'a pas droit à une rente de l'assurance-accident.

Il apparaît au demeurant que l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des données salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) ne serait pas plus favorable à la recourante. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques de la recourante. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Le salaire de référence auquel pouvaient prétendre en 2014 les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de compétences 1) dans le secteur privé était de 4'300 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA1). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0,4 % [OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels]), et à la durée hebdomadaire moyenne de travail dans les entreprises en 2015 (41,7

heures [OFS, Indicateurs du marché du travail 2016, p. 98, T 18]), on obtient un revenu d'invalidé annuel de 54'008 fr. 15. Afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles susceptibles d'influer sur les perspectives salariales de la recourante (en particuliers des limitations entraînées par l'atteinte à la santé présentée par la recourante), il y a encore lieu de procéder à un abattement de 10 % sur le salaire statistique (cf. ATF 126 V 75 ; TF 8C_1006/2010 du 31 août 2011, dans lequel un taux d'abattement de tout au plus 15 % a été envisagé dans une situation médicale légèrement plus grave que celle de la recourante). Le revenu annuel d'invalidé se monte ainsi à 48'607 fr. 35. En comparaison du revenu sans invalidité de 51'868 fr., on obtient un degré d'invalidité de 6,29 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

ee) C'est par conséquent à juste titre que la CNA a refusé de mettre la recourante au bénéfice d'une rente de l'assurance-accident. Le grief de la recourante est dès lors infondé.

5. La recourante conteste également implicitement le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui a été fixé par la décision attaquée à 7,5 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1; 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b; 124 V 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne

figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

b) Le Dr Z. _____ a fondé son évaluation de l'atteinte à l'intégrité à 15 % sur la base de la table 5 de la CNA (2870/5.f 2000), relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses. Cette table mentionne une atteinte à l'intégrité de 15 % en cas d'arthrodèse due à une arthrose radio-carpienne.

Dans son attestation du 6 octobre 2015, le Dr X. _____ a affirmé que l'atteinte à l'intégrité était de 30 % selon les tables de la CNA. Il n'a toutefois fourni aucune explication sur la manière dont il a déterminé ce taux d'atteinte à l'intégrité. Son évaluation est donc dépourvue de valeur probante.

Dans la table 1 concernant l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs (révision 2000), la CNA prévoit un taux de 25 % pour un poignet bloqué en extension, avec perte de la pronation et de la supination, de 30 % pour un poignet bloqué en flexion ou en extension à 45° et de 15 % pour une arthrodèse radio-carpienne du poignet.

En l'espèce, il ressort du rapport du Dr Z. _____ du 17 novembre 2015 que le poignet droit de la recourante est bloqué en rectitude et en inclinaison radio-cubitale neutre par la panarthrodèse ; la pronation et la supination sont complètes. La recourante ayant subi une arthrodèse radio-carpienne du poignet, il convient de se référer au taux de 15 % prévu par la table 1 pour une telle atteinte. La table 5, sur laquelle le Dr Z. _____ s'est fondé, prévoit par ailleurs le même taux en cas d'arthrodèse due à une arthrose radiocarpienne. Le taux de base de l'atteinte à l'intégrité doit donc être établi à 15 %.

c) Selon l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident (première phrase). Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (seconde phrase).

Partant du principe que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents, l'art. 36 al. 2, première phrase, LAA prévoit donc une réduction possible des indemnités pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions causées par des facteurs extérieurs à l'accident (comme un état maladif antérieur). L'application de cette disposition suppose néanmoins que l'accident et l'événement non assuré aient causé conjointement une atteinte à la santé et que les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la seconde phrase de l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable aux indemnités pour atteinte à l'intégrité (TF U 376/07 du 29 juin 2007 consid. 2). Il s'ensuit que cette prestation peut être réduite en raison d'un état préexistant, même si cet état n'avait aucune incidence sur la capacité de gain de la personne assurée avant l'accident. En vertu de l'art. 47 OLAA, l'ampleur de la réduction des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée en fonction du rôle de celles-ci

dans l'atteinte à la santé ; la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut également être prise en considération.

En l'espèce, le Morbus Kienböck dont souffre la recourante était un état maladif préexistant à l'accident. Une réduction de 50 % du taux de l'atteinte à l'intégrité en raison de cette cause étrangère à l'accident est correcte au regard de la situation personnelle et économique difficile de la recourante. Il est en effet vraisemblable que la panarthrodèse du poignet ait été en majeure partie due aux conséquences du Morbus Kienböck et non à celles de l'accident du 20 juin 2013, même si les conséquences du Morbus Kienböck ont été rendues symptomatiques par cet accident. C'est donc à juste titre que la décision attaquée a fixé à 7,5 % le taux d'atteinte à l'intégrité.

6. Vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause et n'était pas représentée, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition du 4 mars 2016 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Mme F. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :