

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juin 2019

Composition : Mme DURUSSEL, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourante, représentée par Me Julien Guignard, avocat à Givisiez,

et

A._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. aa) U._____, née en 1985, travaillait à temps partiel comme nettoyeuse auprès de la société B._____ et était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de A._____ SA.

ab) Le 18 mai 2017, alors que l'assurée nettoyait près d'une fenêtre du premier étage, un ouvrier a laissé échapper du deuxième étage une meuleuse à disque, qui est tombée sur le poignet droit de l'assurée. Aucune fracture n'a été décelée, l'assurée a eu une contusion. Le Dr C._____, médecin à l'Hôpital D._____, consulté le jour même, a estimé entre deux et quatre semaines l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet droit effectuée le 30 mai 2017 indiquait que les structures osseuses se présentaient sans œdème et ne trouvait pas d'argumentation pour une lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire (TFCC) ni pour une lésion ligamentaire, étant précisé que les structures tendineuses étaient intactes. Elle permettait de constater la présence d'une minime lame de liquide autour des tendons fléchisseurs, aspécifique pouvant faire suite au traumatisme, mais pour le reste, l'examen était dans la norme.

A la suite d'une consultation du 28 juin 2017, le Dresse E._____, cheffe de clinique adjointe de l'Hôpital D._____, a considéré que l'assurée était apte à reprendre le travail à 50 % dès le 3 juillet 2017, puis à 100 % dès le 29 juillet 2017. Selon le rapport d'archive de l'hôpital, le 28 juin 2017, l'assurée allait beaucoup mieux, avait quelques douleurs à l'épicondyle latéral à l'extension du poignet contre résistance du pouce et sur le bord radial du poignet occasionnellement ; la mobilité des doigts était complète et indolore dans tous les plans ; il est mentionné « stop ergo car a très bien récupéré au niveau de sa main et ad physio pour épicondylite débutante ». Dans son rapport du 20 août 2017, la Dresse E._____ a confirmé que la reprise de travail à ces taux était

possible, constatant un œdème sur la face dorsale de la main droite avec des dermabrasions et une extension du poignet très douloureuse et limitée, étant précisé que l'assurée poursuivait les séances d'ergothérapie.

Le 30 août 2017, la Dresse E. _____ a constaté que l'assurée allait beaucoup moins bien qu'avant les vacances, qu'elle avait plus de douleurs au niveau de la main et des douleurs insomniantes au niveau de l'épicondyle latéral. L'examen clinique laissait apparaître un œdème résiduel de la main, un enroulement des doigts complets mais douloureux, pas de trouble neuro-vasculaire, mais une douleur à la palpation du dos des troisième et quatrième métacarpiens, puis une douleur à l'extension contre résistance du pouce et du poignet (ce qui entraînait des douleurs de l'épicondyle). La Dresse E. _____ a indiqué une capacité de travail réduite à 50% du 30 août 2017 au 13 octobre 2017, puis à nouveau totale dès le 14 octobre 2017.

Le 3 octobre 2017, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de l'intimée, a considéré, en présence d'un écrasement de la main sans fracture, que la prise en charge par l'assurance accident pouvait être arrêtée au 28 juillet 2017, dès lors que l'assurée avait repris le travail et qu'un mois plus tard elle avait consulté pour des douleurs épicondyliennes, lesquelles étaient d'origine malade.

Le 16 octobre 2017, l'intimée a rendu une décision dans laquelle elle a déclaré limiter son intervention aux frais encourus jusqu'au 28 juillet 2017, compte tenu de l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles au niveau du coude droit qui ont justifié un nouveau traitement relevant de l'assurance maladie. L'assurée a fait opposition à cette décision le 21 octobre 2017.

Le 18 octobre 2017, la Dresse E. _____ constatait une bonne évolution des douleurs initialement avec l'ergothérapie, mais qu'il persistait toujours quelques douleurs à l'extension du poignet ainsi que sur le bord radial du poignet. Elle observait également l'apparition dès la fin

du mois de juin de douleurs épicondyliennes qui avaient toutefois bien répondu à un traitement de physiothérapie puisqu'elles avaient totalement disparu à la consultation du 18 octobre 2017. Depuis mi-septembre, l'assurée notait une aggravation des douleurs de la main et du poignet qui avaient encore fortement augmenté début octobre. Ces douleurs étaient accompagnées d'une hypoesthésie et de sensations de main froide, mais sans troubles de l'hydratation de la peau de la main ou changement de couleur. Un nouvel arrêt de travail à 100 % a été accordé à l'assurée dès le 2 octobre 2017.

L'assurée a consulté le Dr G._____, spécialiste en neurologie, le 30 novembre 2017 qui a exclu le diagnostic de syndrome du tunnel carpien post traumatique compte tenu de l'atypie des troubles sensitifs et de la stricte normalité de l'électromyogramme, mais il a suggéré d'évaluer la possibilité d'une maladie de Sudeck. Il a précisé qu'il y avait une discrète hypoesthésie tacto-algésique mais pas d'atrophie thénarienne, un signe de Tinel douteux et un signe de Phalen négatif.

Le 8 février 2018, la Dresse H._____, cheffe de clinique adjointe du service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier I._____, (ci-après : le Centre hospitalier I._____), a posé les diagnostics de douleurs chroniques du membre supérieur droit d'origine indéterminée (épicondylite latérale droit et suspicion de ténosynovite des fléchisseurs à l'avant-bras). Elle a constaté l'absence d'œdème, de troubles de sudation, de rougeur, d'aspect de Sudeck et que la main bougeait passivement et activement de façon souple et indolore, tout en relevant des douleurs à la palpation des troisième et quatrième métacarpiens sur la face dorsale. Elle a émis les conclusions suivantes :

« 6.2.18 : Douleurs chroniques du MSD depuis 8 mois, sans diagnostic clair. Investigation par RX, IRM du poignet et main, ENMG. Il n'y a pas cliniquement de symptomatologie compressive ou irritative du nerf médian. Les paresthésies face dorsale P1 D3-4 avec les douleurs persistantes des 3-4^e métacarpiens ne peuvent être expliquées ce jour. Il n'y a pas de CRPS (réd : syndrome douloureux régional complexe) mis en évidence ce jour. Au test de la prise de force, on ne peut qu'observer une valeur nulle, à plusieurs reprises, ce qui nous paraît peu clair. Objectivement, on confirme des épicondylalgies latérales droites ainsi que des douleurs sur le trajet

des fléchisseurs diffusément dans l'avant-bras, Nous proposons une consultation rhumatologique et éventuellement un bilan US pour exclure une ténosynovite des fléchisseurs à l'avant-bras.

Nous n'avons à ce jour pas de critère opératoire.

La patiente commence à pleurer à la fin de la consultation car elle est fatiguée de cette situation et aimerait une solution. Elle reçoit une prolongation de son arrêt de travail. »

Le 21 mars 2018, la Dresse H. _____ a retenu les diagnostics de douleurs chroniques de la face dorsale de la main droite status post contusion en mai 2017 (sans lésion particulière mise en évidence à l'examen clinique et imageries, souffrance psychologique dans contexte post-traumatisme) et épicondylite latérale droite. Elle a noté que l'imagerie était dans la norme et qu'il n'y avait pas de diagnostic pouvant expliquer la symptomatologie. Elle a formulé les conclusions suivantes :

« 20.3.18 : Patiente en pleurs pendant toute la consultation car souffrance psychologique dans contexte de douleurs chroniques, persistantes, qui n'existaient pas avant le traumatisme de mai 2017, et impossibilité de travailler, manque de force. Peu d'amélioration avec ergo/physio.

Nous proposons une consultation avec nos confrères rhumatologues comme prévu.

Nous n'avons pas d'indication opératoire ni d'investigation supplémentaire à proposer. Un soutien psychologique pourrait être bénéfique dans ce contexte. »

Le 10 avril 2018, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a adressé sa patiente à un psychiatre pour un état qui lui paraissait être un état de stress post-traumatique à la suite de l'accident survenu en mai 2017. Il a ajouté qu'il avait vu l'assurée environ deux mois après l'accident et déjà à ce moment-là il avait eu l'impression qu'elle était perturbée psychiquement par ce qui lui était arrivé. Il a précisé que d'emblée elle avait souffert non seulement physiquement, car les douleurs étaient présentes et ne s'amélioraient pas par les traitements, mais également psychologiquement étant donné qu'elle craignait pour la suite. Il a relevé que l'absence de reconnaissance du patron avait joué également un rôle capital puisque personne n'avait jusqu'alors émis la moindre culpabilité. Les larmes qu'elle versait à chaque fois qu'il la voyait dans son cabinet

traduisaient une souffrance lui faisant penser à un trouble de stress post-traumatique, de sorte qu'une prise en charge psychothérapeutique lui paraissait nécessaire.

Le 30 avril 2018, le Prof. K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et chef de service de rhumatologie du Centre hospitalier I._____, a posé le diagnostic d'arthralgie du poignet et main droite, post-traumatique, persistante d'origine indéterminée (hyperalgésie cutanée secondaire et état de stress post-traumatique). Il a conclu en ces termes :

« Votre patiente présente une arthralgie du poignet droit et de la main droite, d'heure mal systématisé, avec tuméfaction anamnétique, d'origine post-traumatique et persistante malgré une antalgie adaptée et physiothérapie. L'anamnèse et le status parlent peu en faveur d'un rhumatisme inflammatoire.

Nous complétons les investigations avec un laboratoire ne montrant pas de syndrome inflammatoire (...), le bilan auto-immun montre des ANA positifs à 1/160 (non significatif) sans spécificité (anti-nucléosomes et anti-nucléoprotéines négatifs), le FR et les Ac anti-CCP sont également négatifs. Nous réalisons une échographie ne montrant pas de ténosynovite ni de synovite. »

L'IRM du 4 mai 2018 ne révélait pas davantage d'épanchement articulaire ni d'œdème osseux ni de tendinopathie, ni de ténosynovite des tendons fléchisseurs et extenseurs, ni d'anomalie de signal musculaire.

ac) L'intimée a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de Centre d'expertise L._____ et désigné comme experts les Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, N._____, spécialiste en neurologie, et O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le rapport d'expertise daté du 8 novembre 2018 révèle les diagnostics suivants :

« 1) avec influence sur la capacité de travail :

- contusion sévère du dos de la main droite le 18.06.2017 avec :

* douleurs chroniques du dos de la main et du majeur droit, irradiant jusqu'à l'épicondyle du coude droit et dans une moindre mesure jusqu'à l'épitrachée.

* une fonction difficile, douloureuse et légèrement enraidie de la main droite.

- état de stress post-traumatique F43.1.

- trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive F43.22.

2) sans influence sur la capacité de travail :

- dysesthésie neurogène locale sur le dos de la main et du poignet par écrasement des petites fibres nerveuses. »

Après avoir procédé à l'anamnèse et examiné les plaintes subjectives de l'assurée, les experts ont fait les constatations objectives suivantes :

« 3.1. Etat général, état psychologique, laboratoire, radiographies, etc. (veuillez s'il vous plaît, distinguer entre vos propres constatations suite à l'examen et celles d'autres médecins et établissements, et nous donner votre appréciation)

U._____ est en bon état général. L'expertisée est droitrière. A l'examen clinique orthopédique, on note une main droite légèrement tuméfiée, un dos de la main qui est douloureux à la palpation, une fermeture du poing et un enroulement des doigts qui sont difficiles et douloureux, mais possibles en fournissant un véritable effort. On note des paresthésies sur le dos de la main et à la base du dos des doigts particulièrement du majeur et de l'auriculaire. L'extension contrainte du poignet et des doigts provoque des douleurs au niveau de l'épicondyle. La flexion contrainte provoque des douleurs au niveau de l'épitrachée. La palpation des muscles fléchisseurs et extenseurs sont douloureux à la palpation, particulièrement les fléchisseurs. Nos constatations correspondent à celles effectuées, en particulier celles des médecins de Payerne et de la consultation de la chirurgie de la main au Centre hospitalier I._____ (Drs E._____ et H._____). Concernant la mesure de la force de préhension de la main mesurée avec le dynamomètre de Jamar, également utilisé au Centre hospitalier I._____, on note lors de la consultation du 06.02.2018, une force de préhension de 0kgf. Par la suite, cette force de préhension a été mesurée à 6 kgf. Lors de la présente expertise, cette force a été notée à 8 kgf. Il y a donc une légère évolution favorable. Pour le reste, il n'y a pas de différence notable entre les examens effectués et celui de la présente expertise.

Les affects observés évoquant les émotions correspondent au discours, ils ont une bonne variabilité et sont perçus comme authentiques, sans dramatisation : pleurs fréquents en parlant des pertes, voix nouée et tremblement en parlant de l'accident et des échafaudages, sourire en parlant des enfants et de sa famille. Une discrète interprétativité est perçue « on ne me croit pas, parce que je suis portugaise ».

Jusqu'à présent, à part une seule consultation auprès du Dr P._____ au printemps 2018, l'expertisée n'a pas bénéficié d'un suivi sur le plan psychique.

La radiographie du poignet droit du 19.05.2017 effectuée aux urgences de l'Hôpital D._____ n'avait pas montré de fracture.

L'IRM du poignet droit du 04.05.2018 n'a pas montré d'épanchement articulaire, ni d'œdème osseux ni de tendinopathie.

Fin novembre 2017, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a évoqué la suspicion d'une maladie de Sudeck. En revanche, un syndrome du tunnel carpien post-traumatique a été infirmé.

Scintigraphie osseuse 3 phases effectuée à l'Hôpital Q._____, le 21.09.2018 dans le cadre de l'expertise orthopédique, n'apporte pas d'argument pour la présence d'une algoneurodystrophie globale du membre supérieur droit ou parcellaire du carpe droit.

3.2. Quels (sic) sont les amplitudes fonctionnelles du bras droit ? Si un seul membre pair est touché par l'accident, indiquez également pour comparaison les amplitudes de l'autre main.

Amplitude fonctionnelle de l'épaule : antépulsion 180° ddc. Abduction 180° ddc. Rotation externe 40° ddc. La rotation droite provoque des douleurs au niveau de l'épicondyle droit. Rotation interne : à droite D11, à gauche D6. La rotation interne à droite provoque des douleurs sur la face dorsale de la main droite et au niveau de l'épicondyle droit. Coude : flexion-extension 140-0-0 ddc. Poignets : flexion-extension à droite 60-0-70, à gauche 70-0-80. Pro-supination : à droite 90-0-80, à gauche 90-0-90. Au niveau des doigts, il n'y a pas de déficit, puisque l'enroulement des doigts est complet ddc. L'extension des doigts est également complète ddc.

3.3 Les troubles subjectifs (douleurs et plaintes de l'expertisée) peuvent-ils être objectivés ? Si oui, comment (détail des tests notamment du test de Waddell, constatations précises, cohérences des plaintes entre les activités quotidiennes et les limitations alléguées) ?

Les plaintes subjectives [...] peuvent être déclenchées lors de l'examen clinique. On note tout d'abord une tuméfaction de la main particulièrement du dos de la main et des doigts, la fermeture du poing est difficile et visiblement douloureuse. Les douleurs irradiant vers l'épicondyle et l'épitrôchlée sont reproductibles par l'extension et la flexion contrainte du poignet et de la main. Les examens d'imagerie médicale n'apportent pas d'élément, qui permettrait d'objectiver les plaintes. Cependant, on note une cohérence entre les plaintes, les activités de la vie quotidienne et les limitations alléguées. L'expertisée porte une attelle amovible pratiquement en permanence et n'utilise que très peu sa main droite.

Sur le plan psychiatrique, les plaintes subjectives ont été objectivées lors de l'examen. »

Les experts ont déclaré qu'il n'y avait pas de facteur étranger à l'accident qui influençait le cours de la guérison et que les plaintes et les troubles constatés étaient dus de façon certaine à l'accident du 18 mai 2017. Ils ont motivé leur appréciation de la manière suivante :

« Lors de l'accident du 18.05.2017, le choc sur la main droite a été important, même s'il n'a pas provoqué de fracture ou de lésion tendineuse. Le poignet et la main ont été immobilisés par un plâtre durant 3 semaines, dont la longueur ne permettait une mobilisation que de l'extrémité des doigts. Par la suite, le plâtre a été remplacé par une attelle amovible. Les douleurs sont restées importantes et irradient vers l'épicondyle et l'épitrachée entraînant des épicondylalgies et dans une moindre mesure des épitrachalgies. Ces dernières atteintes sont certainement des irradiations des douleurs. Elles ont été favorisées par des contractures des extenseurs et des fléchisseurs, secondaires aux douleurs. L'expertisée exclut fonctionnellement sa main droite de façon spontanée à cause des douleurs. Elle n'aurait pas pu développer une épicondylite et une épitrachéite de surcharge. Les actes du dossier ne parlent que d'épicondylite mais l'examen de la présente expertise met en évidence une épicondylite et une épitrachéite, conséquence logique de contractures des extenseurs et des fléchisseurs, secondaires aux douleurs de la main. On note cependant une légère amélioration objectivée par la mesure de préhension de la main droite [...]

Les atteintes psychiatriques sont également dues de façon certaine à l'accident du 18.05.2017. »

S'agissant du traitement, les experts ont relevé que l'assurée continuait la physiothérapie et que ce traitement, approprié, était apte à améliorer notablement l'état actuel. Sur le plan psychiatrique, l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé. Les experts ont ajouté que l'assurée avait interrompu l'ergothérapie car les séances étaient douloureuses mais que, comme l'état était stabilisé, avec éventuellement une très légère amélioration, une reprise de l'ergothérapie était susceptible d'améliorer l'état actuel. Les experts ont ensuite précisé que sur le plan orthopédique et neurologique, l'état actuel pouvait être considéré comme stabilisé mais que tel n'était pas le cas sur le plan psychiatrique.

Il résulte en outre de l'expertise orthopédique que l'état de l'assurée a peu évolué à la suite d'une première phase de réadaptation de deux à trois mois. L'expert neurologique a affirmé qu'il n'y avait pas de diagnostic incapacitant sur le plan neurologique. L'expert psychiatre a écarté un éventuel trouble somatoforme car la douleur ne prédominait pas le discours de l'assurée qui pouvait imaginer des mesures adaptatives sans se cristalliser sur l'affection douloureuse. Il a noté que la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique était survenue dans

les semaines qui avaient suivi l'accident quand la première pensée de l'assurée fut une crainte pour son intégrité corporelle sous forme de perte de sa main droite.

ad) Le 4 décembre 2018, le Dr F._____ a constaté que du point de vue somatique, il n'y avait aucune explication aux plaintes, les examens réalisés étant décrits comme étant dans la norme, et a confirmé l'extinction du lien de causalité naturelle trois mois après l'accident, ce dernier ayant eu pour conséquence une contusion dont on doit s'attendre, selon l'expérience médicale, à une guérison au plus tard après trois mois.

Par décision du 17 janvier 2019, l'intimée a rejeté l'opposition pour les motifs retenus par le Dr F._____, relevant sur le plan physique que les plaintes subjectives étaient sans substrat organique et que sur le plan psychique le lien de causalité adéquate n'était pas réalisé, dès lors que les critères fixés par la jurisprudence en présence d'un accident de gravité moyenne n'étaient pas réunis.

B. Le 18 février 2019, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision, en réalité à sa réforme en ce sens que l'intimée doit verser des prestations d'assurance pleines et entières à la suite de son accident du 18 mai 2017 au-delà du 28 juillet 2017. Elle soutient en substance que le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé qui est à l'origine de son incapacité de travail perdure au-delà du 28 juillet 2017 et que son incapacité de travail est totale.

Par décision du 19 février 2019, la juge instructeur a accordé à U._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 février 2019 et l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Julien Guignard.

Le 25 mars 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, niant l'existence d'un lien de causalité au-delà du 28 juillet 2017, dès lors que, sur le plan physique, les plaintes de la recourante après cette date

n'avaient pas pu être objectivées et, sur le plan psychique, les circonstances ne répondaient pas aux critères fixés par la jurisprudence pour retenir un lien de causalité adéquate.

Dans ses déterminations du 16 avril 2019, la recourante a maintenu les conclusions de son recours.

Dans son écriture du 13 mai 2019, l'intimée a renoncé à déposer des déterminations complémentaires, renvoyant à son mémoire réponse.

Me Guignard a produit sa liste des opérations le 10 juillet 2019 pour la période du 15 janvier 2019 au 10 juillet 2019.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 28 juillet 2017, singulièrement sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et les troubles de la recourante existant au-delà de cette date.

3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 ; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2).

En l'espèce, en mai 2017, alors qu'elle faisait du nettoyage, la recourante a reçu, sur son poignet droit, une meuleuse qui était tombée d'un étage supérieur. Cet événement a causé une contusion au poignet de la recourante. Il est admis qu'il est constitutif d'un accident au sens de la LAA. L'intimée a d'ailleurs alloué des prestations d'assurance accidents jusqu'au 28 juillet 2017.

4. a) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'assureur 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 142 V 435 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2). Il convient en principe d'en rechercher d'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a, et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est donc admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; 117 V 359 consid. 5d/bb). Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques

objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et réf. cit.). Pour admettre l'exigence d'un rapport de causalité entre un accident et un syndrome douloureux régional complexe, la jurisprudence a précisé que quelques critères supplémentaires devaient être remplis (TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références).

En revanche, en présence d'un tableau clinique qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle, le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admis sans faire l'objet d'un examen particulier. Ainsi, la jurisprudence soumet en effet cet examen à des règles particulières en cas d'atteinte à la santé sans déficit organique objectivable (ATF 115 V 133), compte tenu du fait qu'il est plus difficile, pour ces atteintes, d'apprécier juridiquement si l'accident revêt une importance déterminante dans la survenance du résultat. Il y a alors lieu de se fonder sur le déroulement de l'événement accidentel lui-même (et non sur la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique), en considération, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (TF 8C_867/2014 consid. 2 et 4.2. et jurisprudence citée). C'est justement pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement que l'ancien Tribunal fédéral des assurances a dégagé des critères d'appréciation objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat de troubles psychiques consécutifs à un accident. Ces critères objectifs ont été établis en fonction d'un large cercle d'assurés et couvrent également les risques présentés par les personnes qui, sur le plan psychique, assument moins bien l'accident que les assurés jouissant d'une constitution normale en raison d'une prédisposition liée à leur état physique ou psychique (ATF 115 V 133 consid. 4b).

En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate peuvent être différentes selon qu'il

s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2.), d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6) ou encore d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 134 V 109).

Lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress psychique subi, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale selon laquelle la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; 129 V 177 consid. 4.2 ; TF 8C_146/2015 consid. 5.2.1).

c) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple heurté légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée (ATF 115 V 133 consid. 6a). Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ibidem). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a à l'inverse lieu de

considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate. Lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible, mais que parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant,

retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

b) Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, il résulte de l'ensemble des pièces médicales au dossier que la recourante a subi une contusion lors de l'accident, sans fracture, ni lésion osseuse, ligamentaire ou tendineuse. La Dresse E._____ a constaté lors de sa consultation du 28 juin 2017 que la recourante était apte à reprendre le travail à 50 % dès le 3 juillet 2017, puis à plein temps dès le 29 juillet 2017. Elle a maintenu cette appréciation dans son rapport du 20 août 2017. Au vu de la blessure, le Dr C._____ avait estimé l'arrêt de travail à deux à quatre semaines lors de la consultation le jour de l'accident.

Puis, la recourante s'est plainte de douleurs après avoir repris le travail et a, à nouveau, consulté la Dresse E._____ le 30 août 2017. Par la suite, elle a été soumise à l'examen de plusieurs spécialistes qui ont, après investigation chacun dans leur spécialité, tous émis la même conclusion finale, à savoir que la persistance des douleurs est inexplicable dès lors qu'elles ne sont pas objectivées par des examens. Ainsi, les diagnostics de syndrome du tunnel carpien post traumatique, d'algodystrophie de Sudeck, de syndrome douloureux régional complexe, de tendinopathie, de ténosynovite, de synovite, de trouble somatoforme et de rhumatisme inflammatoire ont été écartés après des examens

détaillés. En l'absence de diagnostic clair en faveur d'une atteinte, les médecins ont simplement constaté les plaintes de la recourante et relevé les douleurs chroniques d'origine indéterminée. Les imageries et autres examens ont tous présenté des résultats dans la norme, aucune anomalie ne pouvant être observée et objectiver les plaintes de la recourante.

Sur le plan physique, les experts ont posé notamment le diagnostic de douleurs chroniques du dos de la main et du majeur droit, irradiant jusqu'à l'épicondyle du coude droit et dans une moindre mesure jusqu'à l'épitrôchlée, tout en précisant qu'il n'y avait pas de différence notable entre les examens effectués par les autres médecins et celui de l'expertise. Sur l'existence des douleurs non objectivées par des examens radiologiques ou par un appareil, on doit en effet admettre que les constatations des experts et des autres médecins spécialistes vont dans le même sens.

Les experts trouvent cependant un fondement objectif des plaintes de la recourante dans des constatations cliniques telles que « une légère tuméfaction de la main », « la fermeture du poing est difficile et visiblement douloureuse » et « les douleurs irradiant vers l'épicondyle et l'épitrôchlée sont reproductibles par l'extension et la flexion contrainte du poignet et de la main », tout en ajoutant que la recourante porte une attelle amovible pratiquement en permanence et n'utilise que très peu sa main droite. A ce stade, on peut se demander si le port d'une attelle amovible pratiquement en permanence et l'absence d'utilisation de la main droite par la recourante pendant des mois, ce qui correspond à une certaine autolimitation de la recourante, ne pourraient pas avoir une incidence sur les douleurs ressenties lorsqu'elle ferme le poing et étend ou fléchit le poignet. Cela étant, les experts admettent que les imageries médicales n'apportent aucun élément permettant d'objectiver les plaintes. Or, ces observations cliniques, qui relèvent davantage de la description des plaintes de la recourante, sont insuffisantes pour objectiver les douleurs que celle-ci ressent plusieurs mois après un accident ayant créé une lésion physique légère (consid. 4 b ci-dessus). En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les

simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b).

En l'espèce, il faut constater qu'aucun des médecins consultés n'est parvenu à trouver une explication aux douleurs et limitations fonctionnelles persistantes présentées par la recourante. Les experts ne fournissent pas davantage d'explication sur le fondement organique de ces douleurs, qui doivent ainsi être considérées comme étant sans substrat organique. Ainsi, sur le plan physique, il n'existe plus d'atteinte objectivée, la contusion observée lors de l'accident ayant été stabilisée au 28 juillet 2017 et ne causant plus de limitation fonctionnelle au-delà de cette date (ce qui est développé plus bas à la fin du chiffre 6).

A ce stade, en présence de troubles sans substrat organique, se pose encore la question de savoir si ces troubles peuvent être liés à une atteinte psychique, auquel cas il conviendrait d'examiner la question juridique de savoir si une relation de causalité adéquate entre lesdits troubles et le sinistre assuré est donnée. En l'espèce, le Dr J._____ a observé que deux mois après l'accident il lui semblait que la recourante était perturbée psychiquement par ce qui lui était arrivé, ce qui évoquait pour lui un état de stress post-traumatique. Les experts ont en effet posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique et de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, sans toutefois lier ces diagnostics aux douleurs ressenties par la recourante ; ces troubles psychiques constituent des atteintes distinctes et seront examinées plus bas (lettre b). L'éventuel aspect psychique des douleurs a été investigué

sans toutefois amener les experts et les médecins consultés à poser un diagnostic en lien avec ces douleurs. Il n'y a en particulier pas d'algodystrophie de Sudeck ou de syndrome douloureux régional complexe, ni de trouble somatoforme douloureux.

En conséquence, aucun trouble physique ni psychique en lien avec ces douleurs n'est avéré comme étant en relation de causalité avec l'accident au-delà du 28 juillet 2017.

b) Il reste à déterminer s'il existe un lien de causalité entre les troubles psychiques retenus par les experts et l'accident.

A ce propos, étant rappelé au préalable qu'il y a lieu de faire abstraction de la manière dont l'assurée a ressenti subjectivement et assumé le choc traumatique, l'on peut se demander si l'accident en cause ne devrait pas être considéré comme un accident de peu de gravité, auquel cas l'on pourrait/devrait en principe sans autre nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et des troubles de la sphère psychique (ATF 115 V 139 consid. 6a ; ATF 124 V 44 consid. 5c/bb). Quoiqu'il en soit, même s'il fallait classer l'accident en cause objectivement dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, il le serait alors à la limite inférieure de cette catégorie. Dans ce cas, la réponse à la question de la causalité adéquate dépend de l'examen de plusieurs critères objectifs. Le critère de la nature et de la gravité particulière de l'atteinte n'est pas réalisé dans le cas particulier d'une contusion du poignet à ce jour sans lésion structurelle objectivable et, en particulier, sans lésion neurologique. Incontestablement, les lésions physiques subies ne sauraient être qualifiées de graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le caractère relativement impressionnant de l'accident ne peut pas non plus être retenu. Le traitement médical mis en place n'a rien eu d'inhabituel quant à sa durée ou quant à son ampleur ; en effet, celui-ci a consisté en des séances de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que la prise d'antalgiques ; or, la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée - de même que la prise de médicaments antalgiques - ne répond

pas au critère d'une durée anormalement longue des soins médicaux (TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2. ; 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2). En outre, il a pu être attesté une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle quelques semaines après l'accident au vu des constatations cliniques ; certes la recourante a à nouveau été en arrêt de travail après quelques semaines, mais pas pour les atteintes objectivées à la suite de l'accident. En effet, les douleurs persistantes dont elle se plaint et son incapacité de travail de longue durée attestée par ses médecins ne découlent pas de lésions physiques objectivables. On rappelle que les médecins ont rapidement décrit une situation inhabituelle au regard du bilan objectif. Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical. Globalement, il ne convient pas d'admettre que les critères énoncés par la jurisprudence fédérale sont remplis dans leur plus grand nombre et/ou que l'un d'entre eux est rempli de façon frappante (ATF 129 V 402). Il n'y a par conséquent pas de lien de causalité adéquate entre l'accident subi et les troubles psychiques présentés par la recourante.

Les conclusions des experts admettant un lien de causalité ne modifient pas cette appréciation. Les experts ont basé leur conclusion uniquement sur une situation clinique inchangée des plaintes non objectivées et se bornent à examiner la question sous l'angle de la causalité naturelle. Ils n'ont apporté aucun élément médical objectif permettant d'établir un lien de causalité adéquate, les critères objectifs requis par la jurisprudence en matière de troubles psychiques n'étant pas réunis.

Partant, un lien de causalité adéquate entre les troubles de la sphère psychogène et le sinistre assuré devant être nié, l'intimée n'a pas à prêter à ce titre.

c) La date du 28 juillet 2017 fixée par l'intimée pour mettre fin à ses prestations se trouve en outre dans la période à laquelle les médecins de l'Hôpital D. _____ avaient annoncé la stabilisation de l'état de santé de la recourante ; la Dresse E. _____ avait même confirmé cet état le 20 août 2017, soit après la reprise du travail. On ajoute que les

traitements physiothérapeutique et ergothérapeutique mis en place par la suite n'ont pas eu pour effet d'améliorer l'état de santé de la recourante. Les experts ont également observé que la situation avait peu évolué après la première phase de réadaptation de deux à trois mois et que l'état était stabilisé sur le plan neurologique et orthopédique.

En définitive, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations le 28 juillet 2017. Les griefs de la recourante sont ainsi mal fondés et doivent être rejetés.

7. Le dossier est complet sur le plan médical ; il permet dès lors à la Cour de céans de statuer. L'étendue de l'incapacité de travail n'a pas à être approfondie plus avant eu égard aux considérations relatives au rapport de causalité, étant rappelé que l'examen de la causalité adéquate est une question de droit, dont la réponse incombe à l'administration, respectivement au juge, non pas aux médecins. Partant, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale n'apporterait vraisemblablement aucune constatation nouvelle, les éléments médicaux objectifs étant admis par l'ensemble des spécialistes consultés.

8. Le recours est par conséquent rejeté et la décision sur opposition confirmée.

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 pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

9. a) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique

commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

b) L'assistance judiciaire est en principe accordée dès le moment du dépôt de la requête et pour l'avenir, sous réserve des démarches urgentes entreprises simultanément ou peu avant (ATF 122 I 203 consid. 2c et 2f, JdT 1997 I 604 ; CREC du 3 août 2016/301 consid. 3.2.1.1 ; CREC 22 janvier 2015/40 consid. 3.2). En effet, selon l'art. 119 al. 4 CPC, l'assistance judiciaire ne peut être accordée qu'exceptionnellement à titre rétroactif. Tel est le cas si le défaut de demande d'assistance judiciaire apparaît excusable, notamment lorsque l'urgence commandait d'agir sans solliciter auparavant une décision relative à l'assistance judiciaire (CREC du 3 août 2016/301 consid. 3.2.1.1 et les références ; CREC 22 janvier 2015/40 consid. 3.2 et les références). Il appartient au requérant d'exposer en quoi il aurait été empêché de requérir l'assistance judiciaire dès que les conditions en étaient réalisées (CREC du 3 août 2016/301 consid. 3.2.1.1 et les références ; TC-FR, I^{re} Cour d'appel civil, du 20 août 2018 n° 101 2018 158 consid. 5). De plus, lorsque la décision limitant le champ temporel de l'assistance judiciaire n'a pas été contestée en temps utile par un recours (art. 121 CPC), on ne saurait la remettre en question par l'indemnisation *a posteriori* d'opérations hors champ (CREC du 3 août 2016/301 consid. 3.2.1.2). Un devoir d'interpellation à l'endroit d'un avocat n'entre pas en ligne de compte dans le cadre de l'art. 119 al. 4 CPC (CREC 22 janvier 2015/40 consid. 3.3).

c) En l'espèce, Me Guignard a produit une liste de ses opérations le 10 juillet 2019 pour la période du 15 janvier 2019 au 10 juillet 2019. Or, la décision octroyant l'assistance judiciaire à son mandant ne prend effet qu'au 18 février 2019. Dite décision n'a pas été contestée ; elle est entrée en force. Après examen des actes et courrier au dossier, il apparaît que Me Guignard n'a pas requis d'effet rétroactif (cf. recours du 18 février 2019 et son courrier d'accompagnement). Quant à la demande d'assistance judiciaire proprement dite, elle est signée, mais pas datée. En application de la jurisprudence rappelée ci-dessus, les opérations des 15, 17 et 24 janvier 2019, ainsi que des 5, 6, 7, 11 et 14 février 2019 ne sont

ainsi pas couvertes par l'assistance judiciaire selon la décision de la juge instructrice du 19 février 2019.

Le montant considéré pour la période du 18 février 2019 au 10 juillet 2019 lequel a été contrôlé au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des prestations d'avocat (21,0043 heures à 180 fr./heure, soit 3'780 fr. 75) et des débours de 5 % selon l'art. 3^{bis} al. 1 RAJ (189 fr.05) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Guignard s'élève donc à 4'275 fr. 45, y compris la TVA de 7,7 % (305 fr. 65).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**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 rendue le 17 janvier 2019 par A._____ SA est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

- IV. L'indemnité d'office de Me Julien Guignard, conseil d'U._____, est arrêtée à 4'275 fr. 45 (quatre mille deux cent septante-cinq francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Julien Guignard (pour la recourante),
- A. _____ SA, (intimée),
- 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 :