

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 août 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu et Mme Röthenbacher, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Yvan Jaillet, avocat à Yverdon-lesBains,

et

**J.**\_\_\_\_\_, à Zürich, intimée.

---

**Art. 6, 18 et 19 LAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 auprès du [...] à [...] en qualité de serveuse et intendante. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de K. \_\_\_\_\_ (ci-après : K. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

**b)** Le 17 décembre 2014, l'assurée a glissé et chuté sur son côté gauche avec réception sur la main gauche en hyper-extension sur son lieu de travail et s'est blessée à son poignet gauche. La déclaration de sinistre du 9 janvier 2015 annonçait une foulure au poignet gauche et un arrêt de travail immédiat attesté par des certificats médicaux. K. \_\_\_\_\_ a pris le cas en charge.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de ce poignet réalisée le 13 février 2015 par le professeur L. \_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence de lésion traumatique osseuse, mais plutôt une décompensation décongestive de lésions micro-traumatiques chroniques avec une inflammation s'étendant autour de kystes arthrosynoviaux entre les ligaments radio-carpiens palmaires et autour du TFCC (Complexe Fibro Cartilagineux Triangulaire) sur sa face palmaire.

Devant la persistance des douleurs, la Dresse D. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjoint aux [...], a adressé l'assurée à un neurologue, dans un courrier du 7 avril 2015, pour investiguer un potentiel tunnel carpien gauche avant d'envisager toute autre intervention, après avoir constaté que l'infiltration avec de la cortisone avait été mal supportée par l'assurée.

Lors de son entretien avec un collaborateur de l'intimée le 3 juillet 2015, l'assurée a expliqué qu'elle avait glissé sur le sol en carrelage, perdu l'équilibre en arrière et qu'elle s'était légèrement retournée sur le côté gauche pour amortir la chute avec la main lors de l'impact sur le sol.

Elle a fait état de douleurs au poignet, à la main et au coude gauche et précisé qu'elle était droitière. Elle a indiqué qu'elle avait une hernie discale depuis 2009, apparue alors qu'elle était préparatrice de commandes chez [...] et qui s'était stabilisée avec le fitness. Elle a toutefois pu reprendre le travail à 50% dès le 8 mai 2015.

Après avoir relevé la persistance de douleurs diffuses au poignet lors de la préhension d'objets, le Dr Y.\_\_\_\_\_, chef de clinique aux [...], a constaté que l'assurée souffrait d'une entorse au poignet gauche avec kystes arthrosynoviaux autour du TFCC et autour des ligaments extrinsèques radiocarpiaux palmaires nécessitant un traitement par physiothérapie, selon des rapports médicaux intermédiaires établis les 9 juillet et 25 août 2015.

L'assurée a à nouveau été en arrêt de travail à 100% dès le 28 janvier 2016, puis à 50% dès le 10 mars 2016 selon certificats médicaux du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, lequel envisageait une intervention de décompression du nerf médian.

**c)** L'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement S.\_\_\_\_\_ le 11 avril 2016, qui a posé les diagnostics de status après contusion et probable entorse en hyper-extension du poignet gauche (17.12.2014), possible syndrome du tunnel carpien à gauche, kyste arthro-synoval entre les ligaments extrinsèques radiocarpiaux palmaires du poignet gauche (lésions préexistantes), troubles dégénératifs de la colonne cervicale (hernie discale cervicale diagnostiquée en 2009) et obésité. Il a constaté que le cas n'était pas stabilisé, une cure chirurgicale d'un syndrome du tunnel carpien de la main gauche étant prévue. Il a ajouté que tous les symptômes de la patiente n'étaient pas expliqués par une éventuelle compression du nerf médian et que si l'état de la main ne permettait pas de reprendre le travail 4 semaines après l'intervention de décompression du nerf médian programmée par le Dr H.\_\_\_\_\_, une évaluation par un spécialiste en chirurgie de la main lui semblait indispensable ainsi qu'un bilan par un neurologue.

Le Dr H. \_\_\_\_\_ a attesté d'un arrêt de travail complet du 27 avril au 30 mai 2016, l'intervention de décompression du nerf médian au poignet gauche (et non pas droit comme indiqué dans le protocole opératoire) ayant eu lieu le 27 avril 2016. Puis, le Dr H. \_\_\_\_\_ a établi de nouveaux certificats d'arrêt de travail à 100% à partir du 30 mai 2016.

Interpellé par l'intimée, le Dr S. \_\_\_\_\_ a répondu le 30 mai 2016 que si l'incapacité perdurait au-delà du 30 mai 2016, celle-ci ne serait possiblement plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 17 décembre 2014.

**d)** A la demande de l'intimée, la Dresse X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, a examiné l'assurée et, dans un rapport du 20 juillet 2016, elle a posé le diagnostic d'algoneurodystrophie (Sudeck) de la main et du poignet gauche de stade I à II apparue dans les suites postopératoires d'un tunnel carpien. Elle a relevé les plaintes de l'assurée portant sur des douleurs au poignet et à la main gauche qui s'étaient exacerbées à la suite de l'intervention chirurgicale. Elle a prescrit de nouvelles séances de physiothérapie et d'ergothérapie intensives, ainsi que des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), et suggéré au médecin d'arrondissement de revoir la patiente dans 6 semaines, afin d'évaluer une éventuelle indication pour une rééducation au sein de la Clinique romande de réadaptation (CRR). Elle a précisé qu'elle avait demandé au Professeur L. \_\_\_\_\_ de réexaminer l'imagerie du 16 février 2015, lequel avait relevé que l'assurée souffrait également d'une lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire (TFCC), du ligament luno-triquétral et du ligament scapholunaire. Selon la Dresse X. \_\_\_\_\_, il n'y avait rien à faire pour ces pathologies si ce n'est d'attendre la disparition de l'algoneurodystrophie pour réévaluer la situation. Dans son courrier du 12 juillet 2016, le Professeur L. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il voyait en effet une lésion au niveau traumatique du TFCC sur la styloïde ulnaire amenant à une instabilité radio-ulnaire distale avec un fragment libre visible au niveau du récessus

péri-styloïdien palmaire et a décrit une déchirure du faisceau palmaire du ligament scapholunaire, associée à une contusion médullaire osseuse.

Dans un rapport du 2 août 2016 de consultation-bilan à trois mois de l'intervention, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs neuropathiques chroniques au niveau du membre supérieur gauche et de la tête/nuque et de douleurs chroniques du poignet gauche. Après avoir constaté une légère amélioration, il a notamment déclaré qu'il n'était pas persuadé de la présence d'un syndrome de Sudeck dont il ne trouvait cliniquement que l'œdème déjà présent en préopératoire.

Le 22 août 2016, l'assurée a été examinée par le Dr S. \_\_\_\_\_ qui, après avoir rapporté ses douleurs permanentes à la main gauche, a constaté une dégradation de la situation à la suite de l'intervention chirurgicale, notamment avec une importante raideur de 3 doigts et une diminution de la sensibilité de ces doigts. Il a notamment retenu le diagnostic de suspicion d'algodystrophie du poignet et de la main gauche et a proposé un séjour à la CRR.

Le 29 septembre 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_ a constaté une évolution lentement positive caractérisée par la diminution de l'œdème et une amélioration de la mobilité des doigts avec possibilité de formation de pince. Selon lui, une radiographie ne montrait pas de signes de résorption osseuse ou d'œdème du périoste typiques du syndrome douloureux régional (CRPS ou Sudeck), de sorte qu'il n'était toujours pas convaincu de la présence d'un CRPS. Il trouvait plus probable que l'évolution défavorable fut la conséquence d'une série de facteurs concomitants dont un probable syndrome compressif par le pansement post-opératoire au niveau des nerfs digitaux collatéraux dans un sujet avec des nerfs sensibles à la compression et à la moindre stimulation nocive. Il a préconisé la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie.

**e)** Le séjour à la CRR a eu lieu du 27 septembre au 18 octobre 2016, puis du 1<sup>er</sup> au 23 novembre 2016. Les rapports datés des 9 et 10 février 2017 font mention des diagnostics de thérapies physiques et

fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles chroniques de la main gauche, syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS, établi sur la base de critères diagnostics de Budapest et de la scintigraphie osseuse effectuée le 10 octobre 2016) de la main gauche, chute au travail sur le poignet gauche en hyper-extension avec contusion-entorse du poignet, lésion du TFCC sur la styloïde ulnaire, du faisceau palmaire du ligament scapho-lunaire, contusion du semi-lunaire et synovite, décompression du nerf médian gauche au canal carpien et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (pour lequel aucun suivi n'a été proposé). Les rapports annoncent comme comorbidités des cervicalgies chroniques, obésité grade II, tabagisme actif et lombalgies chroniques.

Les rapports de la CRR indiquent que la patiente s'est plainte de douleurs à la main gauche, qui sont permanentes, et observent que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour mais que des facteurs contextuels, chez une patiente centrée sur la douleur, ayant tendance à catastrophiser, disant cumuler les ennuis de santé, désécurisée quant aux différents avis diagnostics, influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente. Compte tenu de la présence du SDRC, aucune intervention n'a été proposée en l'état. L'évaluation en réadaptation fait état d'un déconditionnement global de l'assurée et un évitement dans l'utilisation du membre supérieur gauche qui n'a pas pu être travaillé compte tenu des absences répétées de l'assurée. Des deux bilans effectués par l'ergothérapeute (car l'assurée était très algique également du côté droit), il ressort que le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main gauche est passé de 22% à 26% pendant le séjour et celui de la main droite de 54% à 60%. Le service de réadaptation en neurologie rapporte des douleurs à la main gauche inchangées depuis l'intervention et des douleurs régulières dans la région cervico-scapulaire dans le contexte d'une hernie discale cervicale depuis plusieurs années ; il ajoute que l'examen a été interrompu de manière prématurée après une seule stimulation sur demande de l'assurée le jugeant trop douloureux et que, face à une patiente extrêmement algique, l'examen clinique quelque peu limité a mis en évidence une faiblesse diffuse à caractère fonctionnel

algique de toute la musculature du membre supérieur gauche à prédominance de la musculature de la main et une hypoesthésie prenant également toute la main, sans association de signe de Tinel clairement positif au carpe ni au coude. La sonographie du nerf ulnaire gauche a montré une tuméfaction nerveuse évoquant une neuropathie focale de ce nerf et celle du nerf médian gauche n'a révélé que la présence d'images suspectes de kystes qui entourent ce nerf.

Au terme du séjour, une légère amélioration de la mobilité active du poignet et de l'index a été constatée, mais un allodynie d'une zone palmaire ulnaire persistait et l'assurée continuait à exclure les derniers doigts dans les activités. Les limitations fonctionnelles retenues sont décrites ainsi : le port répété de charges supérieures à 5kg, des mouvements répétés du poignet gauche et une dextérité fine ou préhension avec la main gauche. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de serveuse était limité par des facteurs médicaux retenus après l'accident.

**f)** L'assurée a été examinée le 4 mai 2017 par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a posé les diagnostics d'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf médian gauche au poignet et au coude/avant-bras et d'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire gauche au passage du coude et du poignet. Il a relevé que la patiente était sympathique mais geignarde, apparemment très algique et démonstrative, devant être stimulée à plusieurs reprises pour que l'examen puisse être poursuivi. Il a conclu qu'il n'avait pas fait la preuve d'une atteinte neurologique clairement documentable à l'origine des plaintes de l'assurée.

Persistant à se plaindre de douleurs à la main gauche et de déficit de flexion à trois de ses doigts, l'assurée a à nouveau été examinée le 19 juin 2017 par le Dr S.\_\_\_\_\_. Il a retenu les diagnostics de douleurs persistantes du poignet de la main gauche, status après traumatisme du poignet gauche avec probable lésion du ligament triangulaire du carpe,

status après décompression du nerf médian à gauche, probables séquelles d'algodystrophie du poignet et de la main gauche, cervicalgies chroniques et obésité. Il a estimé qu'un traitement d'ergothérapie jusqu'à fin octobre 2017 (18 mois après la cure du tunnel carpien) pouvait se justifier même si les chances d'amélioration étaient très minces. Il a considéré que le cas était pratiquement stabilisé et que l'assurée pouvait désormais exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité pratiquement monomanuelle droite, devant éviter avec le membre supérieur gauche le port de charges supérieures à 5kg, les mouvements répétés et tous les métiers qui impliquent une dextérité fine ou des gestes de préhension délicate avec sa main gauche. Il a ajouté que des facteurs non organiques jouaient un rôle dans l'évolution du cas, l'assurée étant très démonstrative avec une tendance à la catastrophisation. Il n'y avait pas d'IPAI prévue dans ce cas.

**g)** Par courrier du 20 juillet 2017, la K.\_\_\_\_\_ a mis fin au versement des indemnités journalières et au paiement des soins médicaux avec effet au 31 août 2017, sous réserve de la prise en charge des séances d'ergothérapie admise jusqu'à fin octobre 2017.

Le 27 septembre 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée présentait des douleurs et des paresthésies dans la main et le poignet gauche, que la situation médicale n'était pas stabilisée et que l'assurée était toujours inapte au travail.

Tenant compte du salaire perçu par l'assurée avant son accident à titre de revenu sans invalidité (53'300 fr.), l'intimée s'est basée sur les DPT pour fixer le revenu après invalidité (54'171 fr.). Elle a ainsi constaté qu'il n'y avait pas de perte de gain. Par décision du 16 février 2018, elle a donc refusé l'octroi d'une rente et d'une IPAI, faute d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique.

Dans la procédure d'opposition, l'assurée a invoqué des douleurs à la colonne vertébrale (disques lombaires). Interpellé à ce sujet, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué le 9 juillet 2018 qu'un récent bilan au niveau de

la colonne cervicale montrait aussi des lésions. Lorsque l'intimée a requis la production dudit bilan, le médecin a répondu qu'il avait été réalisé par un autre médecin et qu'il ne le possédait pas. Quant à l'assurée, elle ne voyait pas de quel bilan il était question. Finalement a été déposé un rapport du 12 octobre 2017 sur l'IRM cervicale et deux radiographies cervicales obliques réalisées par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui a constaté un rétrécissement morphologiquement significatif du trou de conjugaison gauche C5-C6 sur uncarthrose et hernie discale latérale gauche modérée, susceptible d'irriter la racine C6 gauche, ainsi qu'une discopathie dégénérative et relâchements discaux de C3 à C5 mais sans hernie significative à ces niveaux, sans œdème osseux ni tassement vertébral.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement, a considéré que la causalité naturelle de l'atteinte aux cervicales avec l'événement du 17 décembre 2014 était tout au plus possible, rappelant que l'assurée avait souffert d'une hernie discale cervicale sur cervicarthrose étagée en 2009 qui était qualifiée de « lien de causalité » probable.

Par décision sur opposition du 31 juillet 2019, la K.\_\_\_\_\_ a confirmé sa décision du 16 février 2018.

**B.** Par acte du 17 septembre 2019, Z.\_\_\_\_\_, représentée par Me Yann Jaillet, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à son annulation et au renvoi de la cause à la K.\_\_\_\_\_ pour complément d'instruction, notamment sous la forme d'une expertise portant sur l'origine des douleurs à la colonne vertébrale, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité de 50% minimum à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 et à une IPAI d'au moins 10%. Reprochant à l'intimée de ne pas avoir reconnu un lien de causalité entre les atteintes cervicales et l'accident, elle a soutenu que la nuance médicale entre une causalité « possible » et « probable », ainsi que les

conséquences qui en découlent, ne sauraient reposer sur l'avis d'un seul médecin, en particulier lorsqu'il s'agit de celui du médecin de l'assurance, de sorte qu'il se justifiait d'ordonner une expertise. Elle a ajouté que l'évaluation de sa capacité de travail ne pouvait être définie sur la base du dossier, qu'elle ne tenait pas compte de ses atteintes cervicales et que les limitations fonctionnelles retenues ne tenaient pas compte de son état de santé.

Dans sa réponse du 19 novembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que la déclaration d'accident ne faisait aucune mention d'un choc vertébral et qu'aucune dorsalgie n'avait été alléguée par la recourante ni constatée par ses médecins. En outre, malgré deux hospitalisations à la CRR d'une durée de plus de 6 semaines à but d'investigation, la recourante n'avait jamais évoqué un lien entre ses lombalgies et l'accident, le rapport de sortie mentionnant uniquement ses lombalgies en tant que comorbidités. En outre, une intervention du genou en 2015 pourrait tout aussi bien être en lien avec les dorsalgies invoquées. Elle a estimé que les allégations tardives de la recourante n'étaient pas crédibles. Elle a relevé que les documents au dossier ne pouvaient amener à une autre conclusion que l'absence de causalité sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Enfin, la recourante n'a produit aucune pièce médicale susceptible de mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement au sujet de l'IPAI.

Par réplique du 25 février 2020, la recourante a fait valoir que ses douleurs cervicales étaient apparues après l'accident et que, comme aucun autre événement accidentel n'était intervenu ni aucune maladie pouvant expliquer ses douleurs, le lien de causalité avec l'accident de 2014 devait être admis. Elle a ajouté qu'en qualifiant le lien de causalité de possible, le médecin d'arrondissement ne l'avait pas exclu et n'avait pas donné d'autres explications sur l'origine de ses douleurs. Elle a confirmé la nécessité d'une expertise pour déterminer s'il existe un lien de causalité naturelle entre les douleurs à la colonne vertébrale et l'accident de 2014, ainsi que, le cas échéant, le degré d'incapacité de travail.

Le 12 mars 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions, relevant notamment que le médecin d'arrondissement avait expressément mentionné une hernie discale cervicale sur cervicarthrose étagée probable. Il a ainsi retenu que les douleurs étaient en lien avec cette cause de nature dégénérative.

Le 29 juin 2020, la recourante a renvoyé à son recours et sa réplique.

**C.** Par J. \_\_\_\_\_ a informé la Cour de céans avoir repris au 30 mai 2020 le portefeuille en assurance-accidents de K. \_\_\_\_\_.

Par courrier du 5 août 2020, la juge instructrice a admis une substitution de parties, J. \_\_\_\_\_ (ci-après : J. \_\_\_\_\_ ou l'intimée) se substituant à K. \_\_\_\_\_ comme partie intimée dans la cadre de la présente cause.

### **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 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge des suites de l'accident du 17 décembre 2014 au-delà du 31 août 2018, singulièrement sur le lien de causalité entre cet événement et les troubles présentés après cette date, ainsi que le droit à une rente et une IPAI.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

**4. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, 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.

**b)** Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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. Le point de 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'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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

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\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

**c)** 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 129 V 402 consid. 2.2). 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).

**5. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

**b)** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**6. a)** Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), également appelé algo(neuro)dystrophie, reflex sympathetic dystrophy, Morbus (ou maladie de Sudeck) ou causalgie, est caractérisé par une douleur régionale, continue, spontanée ou provoquée, qui paraît disproportionnée en intensité ou en durée par rapport à l'évolution

attendue du traumatisme ou de la lésion ; cette douleur régionale ne se limite pas à un territoire nerveux périphérique ou à un dermatome spécifique et est généralement associée à des signes cliniques moteurs, sensitifs, sudomoteurs, vasomoteurs et/ou trophiques qui peuvent être inconstants et variables dans le temps (cf. Harden et al., Complex regional pain syndrome : Practical diagnostic and treatment guidelines, 4<sup>e</sup> édition, in : Pain Medicine 2013, vol. 14, p. 182).

Des critères de diagnostic insistant sur le caractère disproportionné des troubles par rapport à l'événement déclenchant ainsi que sur l'existence de certains symptômes (œdème, troubles vasculaires et troubles sudomoteurs) ont été adoptés en 1994 (critères dits d' « Orlando »), puis revus et adaptés ultérieurement (cf. Harden et al., op. cit., p. 180 ss ; Spicher/Estebe/Létourneau/Packham/Rossier/ Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], in : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27/1, p. 62 ss ; Bär/Rommel, Taxinomie, in : Jänig/Schaumann/Vogt [éd.], SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Lucerne 2013, p. 17 ss). Ces nouveaux critères, dits de « Budapest », qui font dorénavant autorité, sont les suivants :

- 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant.
- 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
  - Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie,
  - Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau,
  - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation,
  - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau).
- 3) Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :

- Sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire),
  - Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau,
  - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation,
  - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau).
- 4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes.

Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (cf. Luthi/Konzelmann, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in : Revue Médicale Suisse, 29 janvier 2014, p. 271s. ; Luthi et al., Syndrome douloureux régional complexe, in : Revue Médicale Suisse, 27 février 2019, p. 495 ss).

**b)** Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. TF 8C\_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6).

**c)** Pour admettre un lien de causalité entre un accident et un SDRC, le Tribunal fédéral considère que trois critères cumulatifs doivent être remplis (TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 ; 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 ; 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1), à savoir :

- 1) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
- 2) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;
- 3) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

**7.** En l'espèce, la recourante a été victime d'un accident le 17 décembre 2014, lors duquel elle a subi des lésions au poignet gauche. L'intimée a mis un terme à ses prestations au 31 août 2017 au motif que les troubles au poignet étaient stabilisés, ce qui n'a pas été contesté par l'assurée. K. \_\_\_\_\_ a ensuite examiné le droit à une rente qu'elle a refusé au motif que les lésions au poignet généraient des limitations fonctionnelles qui lui permettaient d'exercer une activité adaptée à plein temps qui n'engendrait pas de perte de gain, après avoir exclu les douleurs cervicales invoquées par la recourante qui n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. C'est essentiellement ce dernier point que la recourante conteste.

L'existence d'atteintes au poignet et à la main gauche et leur lien de causalité avec l'accident sont admis, en particulier l'existence d'une algoneurodystrophie en lien de causalité avec l'accident et ses suites opératoires.

La recourante soutient que sa capacité de travail ne pouvait être fixée sur la base du dossier et que ses limitations fonctionnelles ne correspondent pas à son état de santé. Elle ne motive pas davantage son point de vue. Or, l'intimée s'est fondée sur les examens médicaux du médecin d'arrondissement, lesquels tiennent compte des divers constats médicaux au dossier, en particulier les rapports des médecins de la CRR, pour se prononcer sur la capacité de travail et déterminer les limitations fonctionnelles. Aucune pièce médicale ne vient objectivement jeter le

doute sur les constatations qui ont mené l'intimée à reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et à l'adéquation des limitations fonctionnelles à l'état de santé de l'intéressée. D'ailleurs ni la recourante ni le Dr H. \_\_\_\_\_ ne disent quelles seraient ses limitations ni en quoi celles retenues ne tiendraient pas compte de son état de santé, sous réserve de la question des douleurs cervicales.

L'intimée a considéré à bon droit que les douleurs cervicales n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident. Elle s'est fondée sur l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_ qui a qualifié le lien de causalité naturelle entre l'atteinte aux cervicales et l'événement du 17 décembre 2014 comme tout au plus possible, mais comme probable avec la hernie discale cervicale sur cervicarthrose étagée diagnostiquée en 2009. Cette conclusion est adéquate compte tenu des pièces au dossier.

On rappelle que la déclaration d'accident ne fait aucune mention d'un choc sur les cervicales, ni de douleurs ressenties à ce niveau après l'accident. Dans leurs certificats médicaux portant sur leur prise en charge entre le 17 décembre 2014 et le 7 janvier 2015, la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin assistant auprès des [...], ont constaté uniquement des douleurs au poignet gauche. Puis, durant les trois années d'instruction et d'investigation, la recourante ne s'est jamais plainte d'avoir ressenti des douleurs cervicales à la suite de l'accident. Lors de son entretien avec un collaborateur de l'intimée le 3 juillet 2015, l'assurée a expliqué qu'elle avait glissé sur le sol en carrelage, perdu l'équilibre en arrière et qu'elle s'était légèrement retournée sur le côté gauche pour amortir la chute avec la main lors de l'impact sur le sol. Elle a fait état de douleurs au poignet, à la main et au coude gauche et précisé qu'elle était droitrière. Elle a indiqué qu'elle avait une hernie discale depuis 2009, apparue alors qu'elle était préparatrice de commandes chez [...] et qui s'était stabilisée avec le fitness. Elle n'a aucunement indiqué qu'elle souffrait à nouveau de douleurs cervicales à la suite de l'accident. Selon les rapports médicaux intermédiaires établis les 9 juillet et 25 août 2015 par le Dr Y. \_\_\_\_\_, chef de clinique aux [...], l'assurée souffrait d'une entorse au poignet gauche.

Aucune nouvelle atteinte cervicale n'a ainsi été constatée par les médecins à la suite de l'accident.

En revanche, il ressort de divers rapports médicaux que la recourante a souffert d'une hernie cervicale en 2009. Ainsi, outre des douleurs à la main gauche inchangées depuis l'intervention chirurgicale, le service de réadaptation en neurologie de la CRR a relevé l'existence de douleurs régulières dans la région cervico-scapulaire qu'il a situées dans le contexte d'une hernie discale cervicale depuis plusieurs années. Les documents au dossier tendent à confirmer l'existence probable d'une causalité entre les douleurs cervicales et l'atteinte dégénérative telle qu'elle a été mise en évidence dans le rapport du 12 octobre 2017 sur l'IRM cervicale et deux radiographies cervicales obliques.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ interpellé sur ces douleurs n'a pas expressément constaté de lien de causalité avec l'accident mais s'est simplement référé à l'existence d'atteintes au niveau de la colonne cervicale. La recourante ne peut se prévaloir d'aucune pièce médicale permettant de mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement, étayées par d'autres pièces médicales au dossier. Or, l'existence d'un lien de causalité possible avec l'événement accidentel ne suffit pas pour admettre l'obligation de l'assurance de prester.

En définitive, l'intimée était fondée à ne pas tenir compte des douleurs cervicales dans son appréciation de la capacité de travail et l'établissement des limitations fonctionnelles, lesquelles ont été correctement évaluées.

**8. a)** Aux termes 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21

février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. On se fondera sur un revenu hypothétique lorsque

l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des 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 consid. 4.2.2).

**c)** En l'espèce, le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté et peut être confirmé. L'intimée s'est fondée sur le dernier salaire de l'assurée indiqué par l'employeur pour fixer le revenu sans invalidité et sur les DPT pour déterminer le revenu avec invalidité, en respectant la procédure prévue par la jurisprudence. Le degré d'invalidité est nul compte tenu de l'absence de diminution de la capacité de gain.

Faute de préjudice économique consécutif à l'accident, l'intimée a refusé à juste titre l'octroi d'une rente d'invalidité.

**9. a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

**b)** L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'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 n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. Ainsi, la Table 3 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs prévoit des indemnités notamment pour la perte de segments de la main ou de la main entière. La table 1 relative aux atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs prévoit une indemnisation si le poignet est bloqué en extension avec perte de la pronation et de la supination, ou bloqué en flexion ou en extension à 45°.

**c)** La recourante conteste le refus d'IPAI sans étayer son moyen.

**d)** Après avoir retenu notamment le diagnostic de probables séquelles d'algodystrophie du poignet et de la main gauche et l'existence de limitations fonctionnelles, le médecin d'arrondissement a observé qu'il y avait des facteurs non organiques qui jouaient un rôle dans l'évolution du cas et que l'assurée était démonstrative avec tendance à la catastrophisation. Il en a déduit qu'il n'y avait pas de droit à une IPAI.

L'intimée n'a pas vraiment étayé sa décision à ce sujet si ce n'est en renvoyant à l'avis du médecin d'arrondissement. S'il faut comprendre que l'IPAI a été refusée car la seule atteinte qui continue à avoir des effets sur l'intégrité est l'algoneurodystrophie et que celle-ci n'aurait pas de composante « organique », ce point de vue ne saurait être suivi. Ce diagnostic a été retenu par le médecin, ainsi que le lien de causalité avec l'accident, puis il a admis l'existence de limitations fonctionnelles subsistant à cause de cette atteinte. On ne décèle ainsi pas les motifs qui ont conduit le Dr Strautmann à refuser d'examiner dans quelle mesure l'atteinte à l'intégrité justifiait une indemnité. Une telle atteinte constitue une atteinte organique, selon la jurisprudence (8C\_955/2008 consid. 6), de sorte qu'on ne saurait refuser d'entrer en matière uniquement parce que les séquelles sont dues à ce type d'atteinte.

Le médecin mentionne en outre le fait que l'assurée est très démonstrative avec une tendance à la catastrophisation. Toutefois on ignore si ce sont ces seuls éléments qui, pour lui, justifient le refus d'une IPAI. Certes la tendance à la catastrophisation a également été observée par la CRR, mais elle n'a pas été quantifiée et, surtout, il n'a jamais été question de mettre en doute l'existence d'une invalidité. Les limitations fonctionnelles ont été décrites sans tenir compte de cet aspect de la personnalité de l'assurée et l'examen d'une rente a été effectué sans que l'on n'y oppose ce motif de refus.

L'évaluation du Dr S. \_\_\_\_\_ ne paraît, dans ces circonstances, pas convaincante.

Sur la base du dossier, il n'est pas possible de déterminer de manière suffisamment précise l'ampleur du trouble fonctionnel qui subsiste (notamment en vue de fixer un taux en se référant aux tables de la CNA), ni si celui-ci est prévisible durablement. Il y a donc lieu de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle complète l'instruction sur ce point, en particulier qu'elle requiert un avis médical circonstancié sur l'atteinte à l'intégrité qui subsiste et son ampleur, et qu'elle rende une nouvelle décision indiquant précisément les motifs qui la fondent.

**10.** Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer l'origine des douleurs de la recourante à la colonne vertébrale et, cas échéant si l'état de santé est stabilisé. En effet, de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

**11.** **a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition attaquée annulée en ce qu'elle concerne l'IPAI, mais confirmée pour le surplus. Le dossier sera renvoyé à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision sur l'IPAI.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens réduits fixés à 500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**c)** Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité de l'indemnité du conseil d'office, il convient encore d'en fixer le montant.

Par décision du juge instructeur du 16 octobre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 septembre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Yann Jaillet. Ce dernier a produit la liste intermédiaire de ses opérations le 20 août 2020, faisant état de 10 heures et 5 minutes consacrées à la présente affaire au tarif d'avocat de 180 fr. de l'heure. Ces opérations sont justifiées. L'indemnité d'office pour les honoraires s'élève ainsi à 1815 fr., montant auquel il convient d'ajouter un montant forfaitaire de débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit 90 fr. 75, ainsi que la TVA au taux de 7,7 %, soit 146 fr. 75. Au final, le montant de l'indemnité de Me Jaillet est arrêté à 2052 fr. 50, débours et TVA compris.

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 1552 fr. 50, sera provisoirement supporté par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 31 juillet 2019 par K.\_\_\_\_\_ est annulée en tant qu'elle porte sur l'IPAI et la cause renvoyée à cette assurance pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants ; elle est confirmée pour le surplus.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. J.\_\_\_\_\_ versera à Z.\_\_\_\_\_ une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens réduits.
  
- V. L'indemnité d'office de Me Yann Jaillet, conseil d'office de la recourante, après déduction des dépens précités, est arrêtée à 1552 fr. 50 fr. (mille cinq cent cinquante-deux francs et cinquante centimes), débours et TVA inclus.
  
- VI. 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 du solde de l'indemnité du conseil d'office mis 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 Yann Jaillet, pour la recourante,
- J. \_\_\_\_\_,
- l'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 :