

VD_FINDINFO AA 41/13 - 115/2014 vom 18. November 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_41_13_-_115_2014

FR: VD_FINDINFO AA 41/13 - 115/2014 du 18 novembre 2014

IT: VD_FINDINFO AA 41/13 - 115/2014 del 18 novembre 2014

Regeste

AA, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, REVENU D'INVALIDE, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 4 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 28 al. 4 OLAA, 36 al. 1 OLAA

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA [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 auprès du tribunal des assurances compétent, qui est celui du domicile de l'assuré (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012). c) En l'espèce, est litigieux le taux de la rente d'invalidité ainsi que celui de l'IPAI fixés aux termes de la décision sur opposition rendue 11 mars 2013 par l'intimée.

E. 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 ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

E. 4

Il convient en premier lieu d'analyser le taux de la rente fixé par Z._____. a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à

l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

E. 5

La recourante se plaint tout d'abord en vain de la violation du principe de l'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurance sociale en faisant valoir qu'elle ne souffre que de séquelles consécutives à l'accident et que l'intimée ne devait pas s'écarter du taux d'invalidité retenu par l'assurance-invalidité. En effet, la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale a été précisée en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2 ; TF 8C_149/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4 et la référence). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité, fondées sur des critères différents, sont indépendantes, ce que l'OAI a d'ailleurs spécifiquement précisé dans sa décision du 19 juillet 2010. L'assurance-accidents prend en effet notamment en compte le rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'invalidité, alors que ce critère n'est pas déterminant pour l'assurance-invalidité (cf. TAF C_3642/2011 du 31 janvier 2012 consid. 9 ; TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3 et les références). En outre, dans le cas d'espèce, les évaluations des deux assureurs portent sur des périodes distinctes. L'OAI a accordé ses prestations sur la base de la situation médicale prévalant au premier semestre 2010, alors que l'assurée atteignait au demeurant l'âge de la retraite ; il a ainsi alloué une rente entière d'invalidité d'août 2006 à février 2010. Pour sa part, Z._____ a pris en considération l'état de santé présenté par la recourante en juin 2012, allouant ses prestations d'invalidité sous forme de rente dès le 1^{er} novembre 2012. Or, durant cet intervalle de quelque deux ans, la situation médicale s'est modifiée, dans le sens d'une amélioration, notamment grâce à un traitement d'ergothérapie dispensé à l'Hôpital de B.C._____ de juin 2011 à juin 2012. L'intimée était ainsi en droit de procéder à l'évaluation de l'invalidité de la recourante indépendamment de la décision de l'OAI. Le grief tiré de la violation du principe de l'uniformité de la notion d'invalidité est dès lors mal fondé.

E. 6

S'agissant ensuite de l'évaluation de l'atteinte à la santé de la recourante, l'intimée a fait procéder à plusieurs expertises, dont la dernière en date a été confiée au Dr H._____. Pour sa part, la recourante soutient que contrairement à ce qu'a retenu l'expert, son atteinte à la main droite est telle qu'elle l'empêche d'exercer toute activité, y compris une activité légère sans force, ni dextérité, ni port de charges. Elle se prévaut à cet égard du rapport du

14 janvier 2014 du Dr T._____. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). b) Les différents médecins intervenus dans la présente cause s'entendent sur le fait que l'assurée souffre d'une paralysie iatrogène douloureuse du nerf ulnaire à la main droite et que dite atteinte affecte sa capacité de travail, en ce sens qu'elle n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide-soignante. Il est également établi, sans être contesté, que l'état de la recourante est stabilisé dès le 5 juin 2012. C'est par contre sur la question de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée que les positions des parties divergent. aa) Le Dr H._____ est intervenu une première fois en qualité d'expert dans le présent dossier en février 2010. Il s'était alors prononcé en faveur de la persistance d'un lien de causalité entre la neuropathie iatrogène du nerf ulnaire droit affectant l'assurée et l'accident du 18 août 2005, ce lien de causalité ayant été réfuté par le Dr A.D._____ dans une précédente expertise. L'examen clinique du Dr H._____ avait confirmé l'existence d'une atteinte ulnaire majeure associant douleurs de type allodymique, troubles sensitifs, parésie et raideur digitale, représentant un handicap important dans la vie quotidienne et empêchant alors toute reprise du travail. Sur la base de ce rapport d'expertise du 18 février 2010, Z._____ avait alors repris le versement des indemnités journalières, auquel elle avait mis fin au 31 mars 2009. bb) Interpellé une seconde fois par l'intimée au début 2011, le Dr H._____ avait fait procéder à des bilans neurologique et ergothérapeutique, desquels il était ressorti une évolution électrophysiologique légèrement favorable, mais une aggravation de l'allodynie. Dans son rapport d'expertise du 18 avril 2011, le Dr H._____ avait alors estimé que la capacité de travail de l'intéressée restait pleinement affectée en raison de l'entorse de l'articulation radio-ulnaire distale droite traitée par ligamentoplastie, de la neuropathie iatrogène du nerf ulnaire droit et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (allodynie mécanique) de la branche dorsale au poignet droit, mais qu'elle était susceptible d'être améliorée par des mesures médicales. Lors de son examen clinique du 2 mars 2011, l'expert avait constaté une intensité des douleurs pratiquement inchangée (6/10 sur l'échelle EVA, pour 5,6/10 en février 2010) et une impotence fonctionnelle majeure de la main droite (80/100 points au questionnaire Quick Dash). L'anesthésie du territoire ulnaire persistait. Par contre, une récupération partielle de la force de la main droite était intervenue, avec une valeur « pince-pouce » passant de 27% à 69% et une force de serrage atteignant 46%, alors qu'elle était nulle en 2010. Estimant que l'état de santé de la recourante n'était pas encore stabilisé, le Dr H._____ avait préconisé une cure de rééducation sensitive après d'un centre spécialisé dans le traitement de la douleur. Dès lors que, même soulagée de ses douleurs, la recourante conserverait une impotence fonctionnelle de sa main droite, dominante, l'expert avait arrêté le taux d'atteinte à l'intégrité à 15%, compte tenu de la paralysie cubitale et du niveau des douleurs prévalant à l'époque. Sur ce constat, Z._____ avait une fois encore repris le versement des indemnités journalières auquel elle avait entre-temps mis un terme. De son côté, la recourante avait entrepris un traitement d'ergothérapie au Service de rééducation sensitive de l'Hôpital de B.C._____ le 22 juin 2011. Compte tenu d'une évolution favorable, ce traitement avait pris fin le 5 juin 2012 ; l'allodynie mécanique avait

disparu, la sensibilité avait été quasi normalisée et les douleurs neurogènes avaient diminué de manière significative. Subsistait par contre un enraidissement des doigts IV et V, installé, rendant toute mobilisation douloureuse et entravant encore passablement la réalisation des activités quotidiennes. L'ergothérapeute avait pu constater que la patiente utilisait de plus en plus sa main droite dans la réalisation de ses activités, mais lorsqu'elle le faisait trop, elle devait prendre des anti-inflammatoires afin de diminuer les douleurs. cc) Invité à se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, le Dr H. _____ a derechef fait procéder à un bilan neurologique et a pratiqué un nouvel examen clinique le 31 juillet 2012. Dans son rapport du 3 septembre 2012, l'expert a diagnostiqué une paralysie iatrogène douloureuse du nerf ulnaire à la main droite et un syndrome somatoforme persistant résiduel (allodynie mécanique) du nerf ulnaire dorsal droit. Il a en outre relevé une évaluation de la douleur située entre 1 et 4/10 sur l'échelle EVA et un résultat de 72 points au questionnaire Quick Dash. L'examen a démontré une mobilité active subtotale à droite, avec force conservée des deux côtés. La force des deux pouces était conservée des deux côtés, de même que la mobilité métacarpophalangienne et interphalangienne, qui était au demeurant symétrique, malgré une limitation partielle de certains mouvements du pouce droit. Au niveau des doigts de la main droite, l'expert a mis en évidence une sensibilité limitée à la douleur dans le territoire du nerf ulnaire, une force de pince termino-latérale de 4,5 kg (60%) et une force de serrage digitopalmaire de 20 kg (59%). Le bilan final d'ergothérapie du 5 juin 2012 avait permis de constater une régression des douleurs neurogènes et de l'allodynie avec normalisation de la sensibilité du nerf ulnaire sensitif dorsal droit. Malgré la persistance d'une raideur douloureuse des deux derniers doigts générant des limitations, la main droite avait pu être réintégrée dans les activités quotidiennes. Constatant que l'assurée restait limitée dans ses activités quotidiennes par la raideur douloureuse de ses doigts et qu'elle ne pouvait pas accomplir les gestes nécessitant dextérité, force ou endurance, l'expert a estimé que l'impotence de la main droite pouvait être considérée comme définitive et l'activité d'aide infirmière ne lui était plus accessible. Par contre, compte tenu de la régression de la symptomatologie douloureuse apportée par la rééducation sensitive et de la récupération partielle de l'usage de sa main droite, il a estimé que l'intéressée avait recouvré une capacité de travail entière dans toute activité manuelle légère ne nécessitant ni dextérité, ni force. dd) Le Dr H. _____ est spécialiste en chirurgie de la main. Il a suivi l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2010, au gré des différentes expertises qui lui ont été confiées. A chacune de ses interventions, il a procédé à un examen clinique de l'assurée et a fait réaliser des bilans radiographiques et ergothérapeutiques, afin de tenir compte de l'éventuelle évolution de la situation médicale. Il a examiné les pièces médicales, les radiographies et les IRM présentes au dossier, prenant connaissance des évaluations de ses confrères, et notamment de celle du Dr T. _____, sur laquelle il s'est prononcé dans un rapport du 24 mars 2014. Présentant une bonne connaissance du dossier médical, l'expert a examiné de manière particulièrement circonstanciée les points litigieux. Son rapport d'expertise du 3 septembre 2012, tout comme ses rapports précédents, richement documenté, ne comporte pas de contradictions intrinsèques ; il contient des conclusions dûment motivées et prend en considération les plaintes de la recourante. De son côté, la recourante n'établit pas en quoi spécifiquement l'avis de Dr H. _____ ne serait pas pertinent ou serait entaché de partialité. Elle ne présente aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert et qui serait de nature à remettre en question les conclusions de celui-ci. L'expertise du Dr H. _____ répond ainsi aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine

valeur probante (cf. consid. 4b supra). ee) Les autres avis médicaux au dossier ne contiennent, pour leur part, aucune réelle évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée ou des activités encore exigibles une fois son état de santé stabilisé. La recourante soutient que, même en l'absence d'une évaluation formelle de la capacité résiduelle de travail, la description faite par le T. _____ des activités qui lui sont encore accessibles permet de conclure qu'il n'existe pas de poste adapté, même dans l'hypothèse d'un marché de l'emploi équilibré et compte tenu d'un âge moyen d'une quarantaine d'années. Cet argument ne saurait toutefois emporter la conviction. Pour être utiles au juge dans l'appréciation de l'invalidité, les rapports médicaux doivent indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (cf. consid. 6a supra). Or le Dr T. _____ ne se prononce pas sur ces points. Son rapport du 14 janvier 2014, rédigé à l'attention du Tribunal de district de [...], dans le cadre d'une procédure civile, se penche sur la question du lien de causalité entre la paralysie ulnaire basse de la main droite et l'intervention chirurgicale de stabilisation réalisée le 3 mars 2008 par la Dresse P. _____, ainsi que sur la question d'une éventuelle violation des règles de l'art au cours de dite intervention. Ces éléments ne sont toutefois d'aucun secours dans le cadre de la présente procédure. L'énumération faite par le médecin des actes de la vie qui ne seraient plus à la portée de la recourante (à savoir se coiffer, couper sa viande, faire le ménage et porter une charge excédant 1 kg de la main droite) ne permet pas de trancher de manière concrète et précise la question de la capacité de travail résiduelle ; elle ne suffit en outre pas à établir de manière convaincante que l'appréciation faite par le Dr H. _____ dans son rapport du 3 septembre 2012 est erronée. Au demeurant, dans son rapport du 24 mars 2014, le Dr H. _____ a examiné le rapport du Dr T. _____ et a comparé les valeurs ressortant de l'examen auquel celui-ci a procédé, avec celles prévalant lors de son propre examen, en automne 2012. Il a relevé à cet égard que les résultats des deux examens précités étaient largement superposables ; les nuances qui prévalaient restaient majoritairement minimales et sans incidence sur la capacité de travail dans une activité manuelle légère. En définitive, aucun des éléments apportés par le Dr T. _____ n'était de nature à modifier la fonctionnalité de la main droite de manière à remettre en question les conclusions du Dr H. _____, à savoir une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Quant au Dr L. _____, il a régulièrement établi des certificats médicaux d'incapacité totale de travail jusqu'au 24 novembre 2011. Dans son certificat du 17 février 2012, il a indiqué que sa patiente présentait une capacité de travail de 30% depuis le « 18.08.2002 » [recte : 2005], la capacité de travail résiduelle de 70% en découlant ayant été confirmée dans son rapport médical intermédiaire du 9 mai 2012 à l'attention de Z. _____. Cependant, le 10 juillet 2012, le praticien est revenu sur son certificat du 17 février 2012 ; il a tout à la fois attesté une totale incapacité de travail depuis le 18 août 2005 et proposé de faire trancher plus précisément cette question de la capacité de travail par le Dr H. _____, appelé à examiner tout prochainement sa patiente. On ne peut dès lors retenir que le Dr L. _____, outre le fait qu'il soit le médecin traitant de l'assurée, ait émis un avis clair et motivé sur la question de la capacité résiduelle de sa patiente dès le 17 février 2012, susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr H. _____ sur ce point. c) Compte tenu de ce qui précède, c'est de manière convaincante que l'intimée a retenu, sur la base de l'avis de Dr H. _____, une pleine capacité résiduelle de travail dans activité adaptée ne nécessitant ni port de charge ni dextérité.

E. 6.2

; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 ; cf. TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). c) Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux et peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). En particulier, l'art. 28 al. 4 OLAA prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse, est conforme à la loi. D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidité, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité. Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans ; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (cf. TF 8C_250/2009 du 1^{er} juillet 2009 consid. 2.2 et jurisprudence citée). En l'espèce, l'assurée, née le [...], a droit à une rente de vieillesse de l'AVS depuis le [...] 2010 (cf. art. 21 al. 1 let. b et al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Dans la mesure où elle avait ainsi déjà atteint l'âge légal de la retraite au moment de l'ouverture du droit à la rente, fixée au 1^{er} novembre 2012 selon la décision du 27 novembre 2012 confirmée sur opposition le 11 mars 2013, force est d'admettre que la condition de l'âge avancé requise par l'art. 28 al. 4 OLAA est par conséquent manifestement remplie en l'espèce. Encore faut-il, pour pouvoir appliquer cette disposition, que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain. A ce propos, il convient de préciser que l'art. 28 al. 4 OLAA ne vise pas seulement l'éventualité dans laquelle l'âge avancé est la cause essentielle de la limitation de la capacité de travail, mais qu'il concerne également la situation où il est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de maintenir la capacité de gain (cf. TF 8C_250/2009 précité consid. 3.2.1 et jurisprudence citée). Cette seconde hypothèse est réalisée en l'occurrence, dans la mesure où l'on peut raisonnablement considérer qu'aucun employeur ne serait disposé à engager une travailleuse ayant atteint ou étant proche de l'âge légal de la retraite et présentant des limitations liées à son état de santé (cf. dans ce sens TF 8C_209/2012 du 12 juillet 2012 consid. 5.3 et la référence citée). Il s'ensuit que dans le cas particulier, il y a lieu de tenir compte des revenus que pourrait réaliser une assurée d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles que la recourante. d) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1). En l'espèce, la recourante ne conteste pas le revenu de valide arrêté par l'intimée sur la base des informations fournies par la M. _____, à savoir qu'en 2012, l'intéressée aurait perçu un

salaire de 67'349 fr. 70, comprenant son salaire mensuel brut de 4'674 fr. 90 versé 13 fois, une indemnité de nuit, servie 12 fois, de 540 fr. par mois, et des indemnités dimanches/jours fériés de 8 fr. par mois en moyenne. e) En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 n o U 439 p. 347). Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79). Le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb p. 78 et les références citées ; voir également arrêt I 848/05 arrêt du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). De jurisprudence constante, le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – recouvre un large éventail d'activités légères, simples et répétitives (cf. TFA I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4). Il est dès lors indéniable qu'un certain nombre d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de la recourante et lui sont accessibles, car compatibles avec les limitations fonctionnelles qu'elle connaît. Le Tribunal fédéral a également régulièrement retenu qu'une personne quasi mono-manuelle (avec perte du bras dominant) disposait de possibilités suffisantes sur le marché du travail (TF 8C_724/2012 du 8 janvier 2013 consid. 4.3 et les références citées, 8C_971/2008 du 23 mars 2009, consid. 4.2.5). On ne saurait dès lors faire grief à l'intimée de n'avoir pas fait procéder à une enquête économique. C'est dès lors à juste titre que l'intimée s'est référée à l'ESS pour déterminer le salaire d'une personne d'âge moyen affectée des mêmes séquelles accidentelles que la recourante et dont l'activité serait exigible en plein. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'225 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 1 niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2014, p. 84, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'404 fr. 60, soit un salaire annuel de 52'855 fr. 20. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux des femmes de 2010 à 2012 (+ 1.0% en 2011 et + 1.0% en 2012 ; La Vie économique, 10-2014, p. 85, tableau B 10.3 ; Statistique de la Suisse, Office fédéral de la statistique, Vie active et rémunération du travail, T39 p. 23), on obtient un revenu annuel de 53'917 fr. 60, qu'il

convient de substituer à celui de 53'894 fr. 35 retenu par l'intimée. Cette différence, certes minime, s'explique par le fait que l'intimée a pris en considération une durée hebdomadaire de travail de 41,6 heures (au lieu de 41,7) et une évolution des salaires nominaux de 1.2% (au lieu de 1.0%) en 2012. Il n'y a par contre pas lieu de revenir sur le taux d'abattement de 15% arrêté par l'intimée, que la recourante ne conteste d'ailleurs pas, à juste titre. Ce taux tient compte de manière adéquate des facteurs propres à la personne de l'assurée. Les limitations fonctionnelles de la recourante, savoir la nécessité d'éviter les travaux requérant port de charge et dextérité de la main droite, n'entravent pas l'accomplissement d'une activité manuelle légère. L'influence de ces limitations sur les perspectives salariales de l'intéressée est certes défavorable, mais il demeure approprié de les prendre en considération au titre de limitations liées au handicap à concurrence d'un facteur de réduction de 15%, comme l'a fait l'intimée. Le Tribunal fédéral a au demeurant confirmé un abattement de même importance dans une affaire similaire (8C_971/2008 consid. 4.2.6.2). Le revenu d'invalidité après abattement s'élève ainsi à 45'829 fr. 95. Cela étant, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 67'349 fr. 70 et d'un revenu d'invalidité de 45'829 fr. 95, le taux d'invalidité s'élève à 32%. L'appréciation de l'intimée quant au taux d'invalidité retenu échappe ainsi à la critique et peut être confirmée.

E. 7

Cela étant, il reste à examiner le calcul du préjudice économique de la recourante et, partant, son taux d'invalidité. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGA; cf. TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesver-waltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898). La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (applicable en vertu du renvoi de l'art. 18 LAA). Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). C'est dès lors en vain que la recourante fait valoir que la comparaison des revenus effectuée par Z. _____ ne tient pas compte de la réalité du marché du travail. b) 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. Dans la mesure où ils 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid.

E. 8

Il reste à examiner le bien-fondé du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et

durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, 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 (cf. ATF 133 V 224 consid. 2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références). L'annexe 3 de l'OLAA 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 (cf. ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). 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 (cf. TF 8C_195/2013 du 10 août 2013 consid. 6.1, 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2 ; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) En l'espèce, l'intimée retient une atteinte à l'intégrité de 10%, sur la base du rapport du Dr H. _____ du 3 septembre 2012. La recourante fait valoir de son côté que le taux de l'atteinte à l'intégrité est de 50%. Le Dr H. _____ s'est prononcé une première fois sur la question de l'atteinte à l'intégrité dans son rapport du 18 avril 2011. Fort des résultats de récents bilans neurologique et ergothérapeutique, l'expert a estimé que l'intéressée subissait une atteinte à son intégrité physique, car même soulagée de ses douleurs, elle conserverait une impotence fonctionnelle notoire de sa main droite, dominante. A l'époque, compte tenu de la paralysie cubitale distale subtotal et du niveau de douleur affectant la recourante, le Dr H. _____ avait évalué dite atteinte à 15%. Lors de son examen clinique, il avait notamment constaté que l'état de l'assurée n'avait guère évolué, voire même empiré, depuis 2010. Les divers traitements antalgiques entrepris au

DE._____ étaient restés sans succès. Comme il l'avait déjà fait en 2010, il a suggéré d'orienter la patiente vers un établissement spécialisé dans le traitement de la douleur, en vue d'une rééducation sensitive. Appelé à trancher une nouvelle fois la question de l'atteinte à l'intégrité en été 2012, le Dr H._____ s'est prononcé dans un rapport du 3 septembre 2012, dans lequel il a pris acte du fait que l'assurée estimait que la symptomatologie douloureuse de sa main droite avait partiellement régressé. Le test EVA, dans lequel l'assurée a procédé à une auto-évaluation de sa douleur, a effec connu des résultats en nette amélioration, passant de 5,6/10 en février 2010, 6/10 en mars 2011, puis 1 à 4/10 en juillet 2012. La diminution des douleurs s'est également reflétée dans les tests de douleurs effectués par l'ergothérapeute, lesquels ont présenté des valeurs régressant régulièrement, passant de 97 points sur 100 en juin 2011, à 6 points sur 100 en avril 2012. L'expert a également constaté une récupération partielle de l'usage de la main droite, qui avait pu être réintégrée dans les activités de la vie quotidienne, malgré la persistance d'une raideur douloureuse des deux derniers doigts générant des limitations, ainsi qu'une diminution des douleurs. L'assurée pouvait notamment utiliser son pouce et ses doigts, dans la fonction de pince. Elle avait également récupéré une force de serrage avoisinant le 60% de la normale. Compte tenu de ces améliorations, le Dr H._____ a corrigé le taux d'atteinte à l'intégrité, le fixant désormais à 10%. Dès lors que le taux de 15% avancé par l'expert en 2011 était justifié par la paralysie cubitale distale subtotale et par le niveau des douleurs affectant l'assurée, c'est de manière convaincante qu'il a réévalué son appréciation, en fonction de l'évolution positive intervenue sur ces points. En outre, compte tenu de la paralysie iatrogène douloureuse du nerf ulnaire affectant l'assurée, le taux de 10% retenu par le Dr H._____ n'est pas critiquable au regard des tables d'indemnisation de la CNA (Table 1, révision 2000, atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs). La recourante revendique une IPAI de 50%, au motif que sa main en forme de crochet empêche toute activité et que son atteinte équivaut à la perte de sa main dominante. Cette argumentation ne saurait être suivie. D'une part, comme rappelé ci-dessus, l'atteinte à l'intégrité doit être évaluée exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (cf. consid. 7a supra). La recourante ne fournit toutefois pas de constatations émanant d'un médecin ; elle se contente de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert H._____. En particulier, le rapport du T._____ du 14 janvier 2014 produit par la recourante ne renseigne pas sur la question de l'atteinte à l'intégrité, de sorte qu'il n'est d'aucun secours sur ce point. D'autre part, à teneur de l'annexe 3 OLAA, même la perte d'une main, condition qui n'est pas réalisée en l'espèce, ne donnerait pas lieu à une atteinte à l'intégrité de 50%, mais de 40% seulement. En outre, l'assurée étant parvenue à récupérer un usage partiel de sa main, elle ne peut valablement s'estimer affectée de la perte totale de sa main. En définitive, le taux d'atteinte à l'intégrité indemnisable de 10% retenu par l'intimée, sur la base de l'estimation du Dr H._____, doit être confirmé.

E. 9

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. a et g LPGA). c) La recourante a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement 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) et le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. 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 du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, Me Laure Chappaz a produit le 7 août 2014 la liste de ses opérations, comprenant également le montant de ses débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Ainsi, doit être arrêtée, au titre de l'indemnité d'office, la somme de 2'583 fr. (14 heures et 21 minutes au tarif horaire de 180 fr.), qui correspond à la rémunération de l'ensemble des opérations nécessaires à la procédure de recours, à laquelle il convient d'ajouter un montant de 161 fr. 30 à titre de débours, soit 2'963 fr. 85, TVA à 8% comprise.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.