

VD_FINDINFO AA 87/12 - 1/2013 vom 21. Januar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_87_12_-_1_2013

FR: VD_FINDINFO AA 87/12 - 1/2013 du 21 janvier 2013

IT: VD_FINDINFO AA 87/12 - 1/2013 del 21 gennaio 2013

Regeste

INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, INTÉGRITÉ CORPORELLE | 25 al. 1 LAA, annexe 3 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 21.01.2013 AA 87/12 - 1/2013

INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, INTÉGRITÉ CORPORELLE | 25 al. 1 LAA, annexe 3 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 87/12 - 1/2013 ZA12.037369 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 21 janvier

2013 _____ Présidence de M. Merz , juge unique Greffier :

M. Simon ***** Cause pendante entre : B. _____ , à Epalinges, recourante, représentée par Me Sofia Arsénio, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 25 al. 1 LAA; annexe 3 OLAA E n f a i t : A. B. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1963, ressortissante portugaise, droitière, a travaillé depuis le 7 mai 2010 en qualité de nettoyeuse auprès de l'entreprise H. _____ Sàrl et était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels selon la législation sur l'assurance-accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). Le 17 décembre 2010, en raison de la présence de verglas, l'assurée a fait une chute dans des escaliers en ville de Lausanne et est tombée sur le bras gauche, occasionnant une fracture. Par déclaration de sinistre du 21 décembre 2010, le cas a été annoncé à la CNA par l'employeur, qui a indiqué que l'assurée avait été victime le 17 décembre 2010 d'une fracture du bras gauche, et que son salaire se base s'élevait à 3'600 fr. par mois. Le cas a été pris en charge par la CNA, qui a versé des indemnités journalières. Dans un rapport du 2 février 2011, le Dr [...], chef de clinique au service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a diagnostiqué une fracture de l'extrémité distale du poignet gauche, et a retenu une incapacité de travail à 100% depuis le 17 décembre 2010. Il a indiqué que l'assurée avait bénéficié d'un traitement orthopédique par plâtre, port d'une attelle et physiothérapie de récupération articulaire. Dans un rapport du 10 mars 2010, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé le diagnostic de rupture post-traumatique du tendon extenseur propre du pouce gauche. Il a relevé que l'assurée avait fait l'objet d'un traitement de transfert tendineux, avec immobilisation pendant 6 à 8 semaines, puis mobilisation progressive par la suite. Le 18 février 2011, selon un protocole opératoire du Dr S. _____, en raison d'une rupture du tendon extenseur du pouce gauche, l'assurée a bénéficié d'une opération au centre de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV, consistant en un transfert du tendon extenseur propre du 2 ème doigt sur l'extenseur long du pouce. Le 11 juillet 2011, l'assurée a été examinée par le Dr M. _____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Après avoir effectué un examen clinique et tenu compte des pièces radiologiques, ce médecin a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas: "Notre assurée, portugaise de 48 ans, employée dans une entreprise de nettoyage, est victime d'une fracture non déplacée du radius distal G le 17.12.2010. Le traitement est orthopédique mais on doit malheureusement déplorer une rupture du long extenseur du pouce G nécessitant un transfert tendineux le 18.02.2011. L'évolution, à près de 4 mois du transfert tendineux, est favorable avec une mobilité correcte et une force appréciable bien qu'encore perfectible. L'assurée bénéficie d'un arrêt de travail à 100% jusqu'au 30.08.2011. On peut lui reconnaître une capacité de travail à 50% dès le 01.09.2011 et à 100% dès le 01.10.2011". Le 22 septembre 2011, selon un protocole opératoire du Dr S._____, l'assurée a bénéficié d'une opération au centre de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV, en raison d'un névrome du dos de la main gauche, consistant en une décompression ainsi qu'une neurolyse du nerf cubital et dorsal de la face radiale de la main gauche. Dans un courrier du 23 septembre 2011 adressé à la CNA, l'assurée a indiqué qu'elle avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 22 septembre 2011 et a remis un certificat médical du centre de chirurgie ambulatoire du CHUV, attestant une incapacité de travail du 22 septembre au 15 octobre 2011. Dans un rapport du 13 octobre 2011, le Dr S._____ a posé les diagnostics de status après fracture du poignet gauche le 17 décembre 2010, de status après rupture du tendon extenseur propre du pouce gauche et de status après développement de névrome au niveau du dos de la main gauche. Ce médecin a ensuite retenu ce qui suit: "Mme B._____ est une patiente d'origine portugaise, de 48 ans, employée dans une entreprise de nettoyage qui a chuté pendant son travail le 17.12.2010 occasionnant une fracture distale du radius gauche. Le traitement est débuté aux Urgences du CHUV où l'indication pour un traitement conservateur avec immobilisation dans un plâtre est posée. Après les classiques 4 à 6 semaines d'immobilisation, la patiente commence à effectuer la mobilisation du poignet avec l'aide de physiothérapie. C'est lors d'une des séances de physiothérapie qu'elle présente une rupture spontanée du tendon extenseur propre du pouce. Cette rupture est une chose qui peut arriver du fait que le tendon glisse sur des parties pointues de l'os cassé et donc est lésé et peut se rompre par la suite. Le traitement de cette rupture qui aurait autrement causé des séquelles fonctionnelles importantes est le transfert tendineux, chose qu'on a effectué en février 2011. La suite de ce transfert tendineux est une immobilisation d'environ 6 à 8 semaines suivie par une mobilisation avec traitement de physiothérapie intensive. Suite au transfert du tendon, la patiente a présenté des douleurs importantes à la mobilisation. Après avoir obtenu quelques petits progrès, les progrès s'arrêtent à cause des douleurs. Etant donné que les douleurs ont un caractère neurologique, on propose une reprise chirurgicale en anesthésie locale pour voir si des pincements de nerfs sensitifs sont à la base de la lente progression de la symptomatologie. En effet, le 22.9.2011 la patiente est réopérée et on trouve trois branches sensitives renfermées dans la cicatrice et en particulier une à proximité du tendon transféré, ce qui peut expliquer les douleurs de la patiente et la lente progression de la mobilisation. Actuellement nous sommes à 3 semaines de cette dernière intervention et la patiente a déjà débuté la mobilisation et l'ergothérapie. J'espère qu'une reprise du travail soit envisageable dans environ 2 à 3 semaines". Dans un certificat médical du 8 novembre 2011, le Dr S._____ a attesté une incapacité de travail du 25 novembre au 25 décembre 2011. A la demande de la CNA, dans un rapport du 30 novembre 2011, le Dr M._____ a répondu "oui" à la question de savoir s'il y avait une relation de causalité pour le moins probable entre le nouvel arrêt de travail engendré suite à l'opération du 22

septembre 2011 et les suites de l'accident du 17 décembre 2010. Une nouvelle convocation de l'assurée n'était pas nécessaire. Dans une feuille-accident LAA, le Dr S. _____ a attesté que l'assurée avait recouvré une capacité de travail à 50% dès le 25 décembre 2011, puis de 100% dès le 25 janvier 2012. Dans un rapport médical intermédiaire du 20 janvier 2012, le Dr S. _____ a relevé, au sujet de l'évolution, une très lente progression, une bonne amélioration suite à la dernière opération, et une force de la main gauche encore réduite à environ 50%. Il a indiqué un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, d'une durée prévue d'une année. Il a ajouté que l'assurée présentait une diminution de la force de la main gauche, qui devait persister pendant encore plusieurs mois. Dans un rapport médical intermédiaire du 2 avril 2012, le Dr S. _____ a relevé, au sujet de l'évolution, une force de la main gauche encore réduite. Il a indiqué un traitement de physiothérapie, d'une durée prévue de six mois. Au sujet de la possibilité de survenance d'un dommage, il a évoqué une diminution de la force de la main gauche.

B. Par courrier du 11 mai 2012 de son mandataire, l'assurée a informé la CNA que, selon son médecin, aucune intervention chirurgicale ne pouvait intervenir sur sa main gauche et qu'aucune mesure ne pouvait être prise pour soulager ses sérieuses douleurs persistantes ainsi que la perte de mobilité. L'assurée a demandé que la CNA se détermine sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) et à une rente. A la demande de la CNA, dans un rapport du 16 mai 2012, le Dr M. _____ a répondu "non" à la question de savoir si une IPAI était due pour les suites de l'accident. Par décision du 21 mai 2012, la CNA a refusé à l'assurée le droit à une IPAI, dès lors que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique.

C. Le 20 juin 2012, l'assurée a formé opposition contre cette décision, réclamant l'octroi d'une IPAI en raison des lésions subies à sa main gauche. Elle a indiqué que, malgré l'opération du 22 septembre 2011, elle n'avait pas pu retrouver la mobilité perdue et continuait d'éprouver une sensation d'engourdissement. Ses mouvements de la main gauche étaient drastiquement limités et elle avait perdu pratiquement toute sa force dans cette main; en outre elle endurait des souffrances continues qui, conjuguées à la perte de mobilité, avaient une répercussion conséquente notamment sur ses capacités professionnelles. Le 19 juin 2012, l'assurée a consulté la Dresse X. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique à Lausanne. Dans un rapport du 3 juillet 2012, elle a relevé notamment ce qui suit: "Sur le plan subjectif, Mme B. _____ souffre en permanence de douleurs mal déterminées, prenant toute la main gauche, d'une impotence fonctionnelle due à un déficit d'ouverture de la 1^{ère} commissure, associée à un manque de la force globale et d'une hypoesthésie prenant pratiquement deux tiers de la face dorsale de la main gauche. Au status clinique, on constate une hypertrophie globale de sa main gauche, surtout au niveau du pouce. La mobilité du poignet est quasi symétrique des deux côtés, extension – flexion 60-0-55 à gauche (60-0-60 à droite), inclinaison radio-cubitale 20-0-30 à gauche (25-0-40 à droite). La supination est complète des deux côtés. [...] On constate une hypo-esthésie marquée en aval de la cicatrice, s'étendant distalement sur le 2^{ème} et 3^{ème} métacarpien, allant jusqu'à l'IPP de l'index. Il n'y a pas de signe de Tinel. La cicatrice sur la face dorsale à la base du pouce est souple. A la palpation minutieuse, le transfert tendineux semble être en continuité, une mobilité active étant possible. Conclusion et appréciation du cas: vu le rappel anamnestique, les plaintes subjectives de la patiente et le tableau clinique, je ne peux que confirmer que Mme B. _____ souffre de séquelles des deux interventions chirurgicales au niveau de sa main gauche, consécutives à son traumatisme de décembre 2010. En effet, la rupture spontanée du long extenseur du pouce est une complication

relativement fréquente dans les cas de fracture du radius distal, qui entraîne un arrachement du tubercule de Lister. Le 18.02.2011, la patiente a subi une réanimation du long extenseur du pouce par l'extenseur propre de l'index. Il s'agit d'une technique tout à fait classique dans ce genre de pathologie. Malheureusement, Mme B. _____ présente actuellement une impotence fonctionnelle importante de son long extenseur du pouce qui entraîne un déficit d'ouverture de la 1^{ère} commissure de 3 cm en comparaison de la main droite. Suite à cette intervention chirurgicale, la patiente a développé une névralgie sous forme de troubles de la sensibilité dans le territoire du nerf radial, en aval de la cicatrice. Le 22.09.2011, elle a subi "une décompression, neurolyse du nerf cubital et dorsal face radiale main gauche" !?!? sous anesthésie locale ! Suite à cette deuxième intervention, la patiente présente une séquelle sous forme d'une hypoesthésie importante (décrit ci-dessus). Pour répondre à votre question concernant une éventuelle proposition thérapeutique, à mon avis, à ce stade, il n'y a pas de proposition chirurgicale miracle qui pourrait garantir une récupération de la mobilité du pouce, de la sensibilité du dos de la main, ni une récupération de la force. Suite à la révision de son dossier que j'ai fait venir de la SUVA, je ne cache pas mon étonnement de constater une discordance entre la situation actuelle retrouvée chez Mme B. _____ et le rapport de son médecin. Pour cette raison, j'ai directement pris contact avec le Dr M. _____, médecin-conseil de la SUVA, je lui ai donc proposé de revoir Mme B. _____ et dévaluer une éventuelle indication pour un séjour dans leur centre de rééducation à Sion. Etant donné que la situation est actuellement stationnaire, ils pourront donc réévaluer l'indication pour un éventuel dédommagement définitif et en même temps, ils pourront évaluer son rendement réel dans sa profession de femme de ménage". A la demande de la CNA, dans un rapport du 18 juillet 2012, le Dr M. _____ a relevé que les observations de la Dresse X. _____ rejoignent les siennes. Les séquelles de l'accident du 17 décembre 2010 ne donnaient droit à aucune IPAI et un séjour à la clinique romande de réadaptation ne pouvait rien apporter de plus à l'assurée. Dans son appréciation médicale du 15 août 2012, également à la demande de la CNA, le Dr M. _____ a relevé notamment ce qui suit: "Le 18.02.2011, le Dr S. _____ et le Dr [...] procèdent à un transfert du tendon extenseur propre de l'index sur le long extenseur du pouce G. [...] L'assurée se plaint d'un manque de force au niveau de son pouce gauche et d'un déficit d'extension de son index gauche. Un certain manque de sensibilité au niveau du 1^{er} espace intermétacarpien dorsal est également signalé. A l'examen clinique, la gestuelle n'est pas entravée. Le poignet gauche montre une mobilité comparable au côté opposé. Au testing de la force par le Jamar, la force mesurée à gauche est diminuée des 2/3 environ par rapport au côté opposé. Radiologiquement, la fracture est consolidée en bonne position. Une esquille osseuse est visible à la face dorsale du poignet gauche sur les clichés du 18.1.2011 et peut être responsable de la lésion du tendon extenseur du pouce. On conclut à une évolution favorable avec récupération d'une mobilité adéquate du poignet et de la main gauches chez une patiente droitnière. 22.9.2011, protocole opératoire du Dr S. _____ qui procède à une décompression, à une neurolyse du nerf cubital et dorsal de la face radiale de la main gauche (il s'agit plutôt probablement d'une neurolyse de la branche sensitive du nerf radial gauche). 03.07.2012, lettre de la Dresse X. _____ qui a vu l'assurée le 19.6.2012. Notre consoeur décrit une patiente souffrant en permanence de douleurs de toute la main gauche avec une impotence fonctionnelle due à un déficit d'ouverture de la 1^{ère} commissure. A ceci s'associent un manque de force global et une hypoesthésie prenant pratiquement les 2/3 de la face dorsale de la main gauche. La Dresse X. _____ constate une mobilité quasi symétrique au niveau des 2 poignets. Une hypoesthésie est présente en aval de la cicatrice

sur les 2^{ème} et 3^{ème} métacarpiens gauches. Le transfert tendineux semble être continu. Notre consoeur conclut que la rupture spontanée du long extenseur du pouce est une complication connue en cas de fracture du radius distal. La réanimation du long extenseur du pouce par l'extenseur propre de l'index est également une technique classique. La patiente aurait développé une névralgie à la suite de cette intervention sous forme de troubles de la sensibilité dans le territoire du nerf radial, en aval de la cicatrice. La Dresse X. _____ estime que cette séquelle donne droit à une IPAI. 3. Appréciation: L'annexe 3 à l'OAA des tables de la Suva concerne la résultante de perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs. Dans le cadre de notre assurée, il n'y a aucune amputation à déplorer. En conséquence, les plaintes subjectives de l'assurée ne donnent droit à aucune IPAI". Par décision sur opposition du 22 août 2012, la CNA a confirmé sa position. Se référant à l'avis du Dr M. _____, ayant valeur probante, elle a retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte importante en raison de l'accident du 17 décembre 2010 et de ses suites, de sorte qu'elle n'avait pas droit à une IPAI. D. Par acte de son mandataire du 13 septembre 2012, B. _____ a recouru contre cette décision sur opposition au Tribunal cantonal, en concluant principalement au versement d'une IPAI pour un taux non inférieur à 5% et subsidiairement au renvoi du dossier à la CNA pour instruction complémentaire. A l'appui de son recours, l'assurée soutient que l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M. _____, qui n'indique pas les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation de la Dresse X. _____, n'est pas suffisamment motivé au vu des constatations médicales figurant au dossier et ne remplit donc pas les critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante. L'assurée ajoute qu'un complément d'instruction s'impose sous la forme d'une expertise médicale, destinée à déterminer le degré d'atteinte à l'intégrité. Dans sa réponse du 16 octobre 2012, la CNA a conclu au rejet du recours. Se référant à l'avis du Dr M. _____, elle relève que les éléments médicaux conduisent à retenir l'absence d'une atteinte à l'intégrité, ce d'autant plus que l'existence d'une telle atteinte n'a pas non plus été attestée par la Dresse X. _____. La CNA ajoute que la mise en œuvre d'une expertise est superflue, puis se réfère pour le surplus à la décision entreprise. Le 19 décembre 2012, sans formuler de nouvelles observations, la recourante a confirmé sa position. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Compte tenu du salaire de base de la recourante (3'600 fr. selon la déclaration de sinistre du 21 décembre 2010) et du montant de l'indemnité auquel elle pourrait prétendre en cas de perte d'une main, soit 40% du gain annuel assuré à l'époque de l'accident (art. 25 LAA en relation avec l'annexe 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]), la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. La présente cause relève donc de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Dans le cas présent, est litigieux le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) en raison de ses lésions à la main gauche, suite à l'accident du 17

décembre 2010 et des difficultés en résultant. a) Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Selon l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). D'après la jurisprudence, la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est évaluée selon les directives et le barème – non exhaustif – contenus dans l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 29 consid. 1b; 113 V 218 consid. 2a). Lorsque l'atteinte n'y figure pas, le préjudice est estimé en s'inspirant des tables de la division médicale de la CNA, sans que le juge ne soit lié par ces dernières (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a). Il sera par ailleurs équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte (cf. art. 36 al. 4 OLAA). Enfin, l'art. 36 al. 2 LAA prévoit une réduction équitable de l'indemnité lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident (TF 8C_850/2011 du 17 octobre 2012 consid. 5.1; TF 8C_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.1). b) Selon l'art. 36 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 (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2). D'après le barème figurant à l'annexe 3 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élève en règle générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré. Elle est de 40% pour la perte d'une main, de 20% pour la perte totale d'un pouce et de 5% pour la perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt. Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 annexe 3 OLAA). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 annexe 3 OLAA). c) Pour les troubles fonctionnels du poignet, la table 1 de la division médicale de la CNA (édition 2000) prévoit des taux de 25% en cas de poignet bloqué en extension avec perte de la pronation et de la supination, de 30% en cas de poignet bloqué en flexion ou en extension à 45 degrés, de 15% en cas d'arthrodèse radio-carpienne et de 10% en cas d'arthrodèse intracarpienne. Pour la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs, selon la table 3 de la division médicale de la CNA (édition 2000), la perte d'une phalange du pouce, de deux phalanges d'un autre doigt ou d'une phalange sur deux doigts différents, correspond à un taux de 5%; la perte de deux ou plusieurs phalanges du pouce correspond à un taux de 20%. Il est précisé que ces taux sont valables aussi bien pour la main dominante que pour la main non dominante. Pour l'atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire du pouce, la table 6 de la division médicale de la CNA (édition 2004) prévoit un taux de 5 à 10% en cas de carpométacarpienne avec instabilité grave, de 0% en cas de carpométacarpienne avec instabilité modérée, de 0 à 5% en cas de métacarpophalangienne modérée et de 8% en cas

de métacarpophalangienne grave. En cas d'atteinte articulaire du poignet, cette même table prévoit un taux de 0 à 5% pour instabilité modérée et de 5 à 15% pour instabilité grave. La table 6 prévoit en outre que si l'articulation considérée présente une arthrose en plus de l'instabilité, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé. d) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration ■ en cas de recours, le tribunal ■ se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution 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. C'est la 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). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). 3. a) Dans le cas présent, l'assurée a été victime le 17 décembre 2010 d'une chute, occasionnant une fracture de l'extrémité distale du poignet gauche, qui a été traitée par immobilisation dans un plâtre. Le 18 février 2011, en raison d'une rupture du tendon extenseur du pouce gauche survenue lors d'une séance de physiothérapie, elle a bénéficié d'une opération au centre de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV, consistant en un transfert du tendon extenseur propre du 2^{ème} doigt sur l'extenseur long du pouce. Le 22 septembre 2011, en raison d'un névrome du dos de la main gauche, elle a bénéficié d'une nouvelle opération audit centre, consistant en une décompression ainsi qu'une neurolyse du nerf cubital et dorsal de la face radiale de la main gauche. Son médecin traitant, le Dr S. _____, a attesté une incapacité de travail totale du 22 septembre au 24 décembre 2011, de 50% dès le 25 décembre 2011, puis de 0% dès le 25 janvier 2012. b) L'intimée se fonde sur l'appréciation du Dr M. _____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, pour refuser le droit de l'assurée à une IPAI. Or, les motivations de ce spécialiste paraissent plutôt maigres. En effet, dans son rapport du 16 mai 2012, le Dr M. _____ a, simplement et sans autre argumentation, répondu "non" à la question de

savoir si une IPAI était due pour les suites de l'accident. Dans son rapport du 18 juillet 2012, il a relevé que les observations de la Dresse X. _____ rejoignaient les siennes, puis s'est borné à affirmer, sans autre motivation, que les séquelles de l'accident du 17 décembre 2010 ne donnaient droit à aucune IPAI et qu'un séjour de l'assurée à la clinique romande de réadaptation ne pouvait rien apporter de plus. Enfin, dans son appréciation médicale du 15 août 2012, le Dr M. _____ a résumé l'anamnèse de l'assurée et le contenu des rapports versés au dossier – notamment celui de la Dresse X. _____ – et a relevé, en se référant aux tables de la division médicale de la CNA, qu'aucune amputation n'était à déplorer, de sorte que les plaintes subjectives de l'assurée ne donnaient droit à aucune IPAI. Il est vrai que l'assurée n'a pas fait l'objet d'une amputation à la main gauche, de sorte qu'on ne saurait parler de perte d'un ou plusieurs segments du membre supérieur. Aucune IPAI ne peut donc être due sur la base de la table 3 de la division médicale de la CNA. Cependant, contrairement à ce que semblent soutenir le Dr M. _____ et la CNA, on ne saurait en déduire pour cette seule raison que la recourante n'a droit à aucune IPAI. c) Il convient donc, outre l'absence d'amputation, de déterminer les atteintes sur le plan médical que présente l'assurée à son membre supérieur gauche. Dans son rapport du 20 janvier 2012, le Dr S. _____ a constaté que l'assurée présentait une diminution de la force de la main gauche, qui devait persister pendant encore plusieurs mois. Le 2 avril 2012, ce médecin a relevé, au sujet de l'évolution, une force de la main gauche encore réduite, évoquant à ce sujet la possibilité de survenance d'un dommage. Dans son rapport du 3 juillet 2012, la Dresse X. _____ a signalé que l'assurée souffrait en permanence de douleurs mal déterminées de toute la main gauche, d'une impotence fonctionnelle due à un déficit d'ouverture de la 1^{ère} commissure, associée à un manque de la force globale, et d'une hypoesthésie prenant pratiquement deux tiers de la face dorsale de la main gauche. Au status clinique, elle a constaté une hypertrophie globale de la main gauche, surtout au niveau du pouce. La mobilité du poignet était quasi symétrique des deux côtés, et la supination était complète des deux côtés. Il y avait une hypoesthésie marquée en aval de la cicatrice, s'étendant distalement sur le 2^{ème} et 3^{ème} métacarpien, et la cicatrice sur la face dorsale à la base du pouce était souple. A la palpation minutieuse, le transfert tendineux semblait être continu, une mobilité active étant possible. Dans son appréciation du cas, elle a relevé que l'assurée présentait actuellement une impotence fonctionnelle importante de son long extenseur du pouce, entraînant un déficit d'ouverture de la 1^{ère} commissure de 3 cm en comparaison de la main droite. Ces constatations médicales, résultant d'exams effectués après les opérations pratiquées les 18 février et 22 septembre 2011, ne permettent pas de mettre en évidence une atteinte justifiant une IPAI selon les tables de la division médicale de la CNA. En effet, au niveau du poignet, il n'y a pas de blocage de l'articulation – la Dresse X. _____ ayant au contraire constaté une bonne mobilité du poignet gauche, avec une supination complète – et l'assurée n'a fait l'objet d'aucune arthrodèse, soit une intervention chirurgicale ayant pour objectif de bloquer définitivement une articulation. Dès lors, il n'y a pas de troubles fonctionnels au sens de la table 1. De même, si le Dr S. _____ et la Dresse X. _____ ont signalé une diminution de la force de la main gauche, on ne saurait parler d'instabilité articulaire au sens de la table 6. En outre, aucun des médecins consultés n'a évoqué la présence d'arthrose, trouble qui peut justifier une atteinte supplémentaire au sens de la table 6. Au demeurant, d'après les constatations de la Dresse X. _____, la présence d'une impotence fonctionnelle importante du long extenseur du pouce, entraînant un déficit d'ouverture de la 1^{ère} commissure de 3 cm en comparaison de la main droite, ne saurait être assimilée à la perte de l'usage du pouce. Par ailleurs, la

présence d'une hypoesthésie – soit une diminution de la sensibilité – de deux tiers de la face dorsale de la main gauche ne peut à l'évidence être assimilée à la perte, même partielle, de l'usage de la main. A cela s'ajoute que, contrairement à ce qu'a indiqué le Dr M. _____ dans son rapport du 15 août 2012, la Dresse X. _____ n'a pas retenu dans son appréciation écrite que les séquelles de l'assurée à sa main gauche donnaient droit à une IPAI. Pour sa part, dans son opposition du 20 juin 2012, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas pu retrouver la mobilité de sa main gauche, qu'elle continuait d'éprouver une sensation d'engourdissement, que ses mouvements étaient drastiquement limités, qu'elle avait perdu pratiquement toute sa force et qu'elle endurait des souffrances continues. De telles assertions, qui n'émanent pas d'un avis médical, ne sauraient justifier l'octroi d'une IPAI. La recourante ne fait en outre pas valoir d'atteintes supplémentaires qui n'auraient pas été prises en compte par les médecins qui se sont prononcés sur son cas. Elle ne présente d'ailleurs plus d'incapacité de travail. d) Dès lors, au vu du barème prévu à l'annexe 3 OLAA et des tables de la division médicale de la CNA, dont il n'y a pas lieu de s'écarter, on ne voit pas de raisons de reconnaître à l'assurée le droit à une IPAI d'un taux de 5% au moins en raison de ses séquelles persistantes à la main gauche, ce d'autant plus qu'il ne s'agit pas de sa main dominante. 4. Partant, le recours est rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision sur opposition rendue par la CNA. Le dossier, contenant notamment l'appréciation de trois médecins, est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de compléter l'instruction par une expertise médicale. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). 5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 22 août 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Sofia Arsénio, avocate à Lausanne (pour B. _____) ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :