

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 octobre 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs  
Greffière : Mme Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré,  
avocat à Lausanne,

et

**P.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Jean-David Pelot, avocat à  
Lausanne

---

**Art. 16, 18, 19 et 24 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1976, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> mai 2005 comme fille d'office à [...] d' [...]. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents et de maladie professionnelle auprès de la P.\_\_\_\_\_ Société Suisse d'Assurances, aujourd'hui P.\_\_\_\_\_.

Le 17 mai 2005, l'assurée a été victime d'une chute sur son lieu de travail; elle a glissé dans la cuisine et est tombée sur le bras. Transportée au CHUV, le diagnostic de fracture parcellaire de la tête radiale avec luxation postérieure du coude gauche a été posé. P.\_\_\_\_\_ a garanti le versement des prestations légales d'assurance.

Par courrier du 11 juin 2005, le patron de [...] à [...] lui a annoncé son licenciement pour le 14 juin suivant.

Le 14 novembre 2005, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-adjoint au CHUV, a diagnostiqué un "status après réduction sanglante coude gauche, ostéosuture tête radiale et excision partielle, réparation complexe ligamentaire externe, stabilisation par fixation externe huméro-cubitale gauche le 30.5.2005, AMO du fixateur externe le 27.6.2005". L'assurée avait des douleurs au coude gauche, fluctuantes en fonction des jours, et n'avait pas de limitation dans les activités de la vie quotidienne. Elle s'estimait totalement incapable de travailler.

A la demande de l'assureur-accidents, une expertise médicale a été réalisée par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 9 décembre 2005. Dans le rapport du 14 décembre suivant, il a posé les diagnostics de status après fracture-luxation du coude gauche le 17 mai 2005, status après réduction et pose d'un fixateur externe au coude gauche le 30 mai 2005 et status après ablation du fixateur externe le 27 juin 2005. Il a considéré que l'assurée pouvait reprendre son activité (aide de cuisine) à temps complet dès la date de

l'examen - pour autant qu'elle soit dispensée du port de charges lourdes - ou qu'elle pouvait exercer à temps complet dans une occupation légère, telle que réceptionniste, téléphoniste, caissière, vendeuse, aide de bureau, serveuse dans un salon de thé. Avec le temps, la force de l'assurée devait s'améliorer et elle reprendrait confiance avec son membre supérieur gauche.

Dans un rapport du 17 janvier 2006 adressé au médecin-conseil de P.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que même si la situation était actuellement stabilisée et que la patiente ne suivait plus de traitement, il existait des lésions objectives entraînant une discrète limitation fonctionnelle et des douleurs aux efforts. Selon lui, une capacité de travail complète comme aide de cuisine ne pouvait, dans ces conditions, être reconnue à l'assurée; s'agissant d'autres activités, l'assurée n'avait pas de formation adéquate.

Dans un avis du 3 février 2006, le médecin-conseil de P.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a estimé que l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ était cohérente, notamment en ce qui concernait la capacité de travail. Il a exposé que, sur la base des amplitudes fonctionnelles et de la radiographie faite le 9 décembre 2005, il était possible de retenir, d'ores et déjà, un taux d'atteinte à l'intégrité de 5%, tout en sachant qu'à long terme, une arthrose post-traumatique moyenne à grave pouvait s'installer (imprévisible pour l'instant), laquelle pourrait nécessiter de réévaluer le taux d'atteinte à l'intégrité à 10%.

Par courrier du 10 juillet 2006 adressé au conseil de l'assurée, le Dr F.\_\_\_\_\_ a maintenu son avis, à savoir que la situation était actuellement stabilisée (absence d'amélioration ou d'aggravation significative) mais ne devait pas être considérée comme normale. Il persistait des douleurs, une légère limitation fonctionnelle et des troubles dégénératifs débutants, lesquels allaient certainement progresser au cours des mois et années à venir.

Lors d'une consultation du 14 juillet 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a retenu la présence de paramètres neurographiques parfaitement physiologiques pour les troncs médian et cubital, y compris au passage du coude au niveau du membre supérieur gauche. La symptomatologie actuelle lui semblait être plutôt de caractère irritatif, il ne voyait pas d'indication immédiate à une révision chirurgicale et il n'y avait aucun élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire. L'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, n'exigeant pas d'efforts lourds.

Analysant les nouvelles pièces médicales versées au dossier, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme il suit, dans un courrier du 28 août 2006:

"J'ai pris connaissance de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2005. Je me réfère à mon appréciation médicale du 3.2.2006 qui rejoint les consultations de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ du 14.12.2005 et qui rejoint également l'appréciation de la capacité de travail du Dr C.\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2006.

Nous considérons donc tous les trois qu'une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée n'exigeant pas d'efforts lourds.

Dans sa lettre du 17.1.2006 et du 10.7.2006, le Dr F.\_\_\_\_\_ signale la persistance d'une discrète limitation fonctionnelle douloureuse du coude diminuant la capacité de travail comme aide de cuisine et justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En fait, l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_ ne s'écarte pas de celui des autres médecins et j'ai l'impression qu'il est surtout soucieux des possibilités pratiques de retrouver une activité professionnelle adaptée, ce qui est un problème plutôt juridique que médical. Finalement, personne ne peut actuellement prévoir quelle sera la progression à long terme des troubles dégénératifs du coude et surtout pas si cela devait influencer la capacité de travail dans un poste adapté. Il n'est pas du tout exclu et même probable que la situation actuelle puisse être considérée comme stabilisée pour les années à venir."

Par décision du 14 décembre 2006, P.\_\_\_\_\_ a versé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5'350 fr., correspondant au taux de 5%, et refusé de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée n'exigeant pas d'efforts lourds, dès le 9 décembre 2005. P.\_\_\_\_\_ lui allouait cependant quatre mois d'indemnités

journalières supplémentaires pour la recherche d'un nouvel emploi, soit jusqu'au 30 avril 2006.

L'assurée a formé opposition le 12 janvier 2007, concluant à la poursuite du versement des indemnités journalières, la situation médicale étant insuffisamment stabilisée. Elle produisait une appréciation du Prof. J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, du 1<sup>er</sup> décembre 2006, qu'elle avait consulté le 6 novembre précédent. Selon ce praticien, l'assurée souffrait d'une lésion du coude très complexe; il préconisait la réalisation d'un test pharmacologique permettant d'objectiver la présence d'une neuropathie.

Par écriture complémentaire du 29 mars 2007, l'assurée a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès d'un orthopédiste indépendant, compte tenu des avis médicaux non concordants. Elle produisait un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2007 ainsi qu'un courrier du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 8 mars 2007. Le Dr F.\_\_\_\_\_ maintenait son appréciation quant à l'incapacité de travail totale de l'assurée comme aide de cuisine. Il considérait que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été fixée trop tôt, qu'il convenait d'attendre au minimum quatre ans, précisant par ailleurs que le médecin-conseil de P.\_\_\_\_\_ avait lui-même proposé de réévaluer la situation après deux ans. Le Dr V.\_\_\_\_\_ indiquait que l'assurée se plaignait de quelques lâchages, d'un manque de force, d'un sentiment de raideur du coude gauche, ainsi que de fourmillements nocturnes, et qu'il n'avait pas relevé d'amyotrophie significative. Il partageait l'avis des autres médecins quant à un risque d'arthrose et une probable atteinte à l'intégrité.

Par décision sur opposition du 17 avril 2007, P.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé la décision querellée. En substance, elle a considéré que, la situation étant suffisamment stabilisée au sens où l'entend la jurisprudence, le Service des "Sinistres Suisse Romande" (ci-après: SSSR) était parfaitement en droit d'examiner le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au 1<sup>er</sup> mai 2006. A cet égard, il

ressortait des rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> novembre 2005 [recte: 14 novembre 2005], 17 janvier et 10 juillet 2006, ainsi que du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2005, que la situation était relativement stable. Le rapport du Prof. J. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2006 ne changeait rien à cette appréciation, malgré son affirmation sur une hypothétique neuropathie que l'assurée pouvait présenter. Le Dr C. \_\_\_\_\_ n'avait d'ailleurs rien décelé de tel, lors de sa consultation du 14 juillet 2006. De plus, le fait qu'un éventuel traitement pût encore être prodigué n'était pas un motif absolu empêchant l'examen du droit à la rente d'invalidité; il fallait que cette thérapie soit de nature à entraîner une amélioration pouvant être qualifiée de sensible au sens de la loi. S'agissant de la capacité de travail, P. \_\_\_\_\_ considérait qu'à l'exception du Dr F. \_\_\_\_\_ dont la position était plus ambiguë, les autres intervenants médicaux avaient donné des avis unanimes quant à la pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité légère adaptée et qu'il apparaissait ainsi inutile de procéder à une nouvelle expertise médicale pour répondre à cette question. S'agissant du taux d'invalidité, l'assurance-accidents comparait le revenu de valide de 40'950 fr., tel que ressortant du "questionnaire pour l'employeur" du 7 mars 2006, au revenu d'invalidé de 44'687 fr. 30, établi sur la base des valeurs statistiques ressortant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique; l'assurée pouvait ainsi réaliser un salaire plus élevé que le gain de valide, de sorte qu'aucune invalidité économique ne pouvait être retenue. Finalement, s'agissant de savoir si l'atteinte à l'intégrité pouvait déjà être fixée, P. \_\_\_\_\_ considérait que l'évaluation du Dr S. \_\_\_\_\_ n'avait été contestée par aucun médecin et qu'une révision était possible à l'avenir.

**B.** Par acte de son mandataire du 18 mai 2007, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 17 avril 2007 ainsi qu'à l'annulation de la décision du 14 décembre 2006 (*sic*), et à l'octroi des prestations demandées, subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle faisait grief à P. \_\_\_\_\_ de préférer l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, qui était l'un de ses médecins-conseil,

au Dr F.\_\_\_\_\_, qualifié de médecin traitant. A cet égard, elle faisait valoir que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'était pas le médecin traitant à proprement parler, mais un spécialiste consulté ponctuellement dont l'avis devait être préféré au vu de sa carrière professionnelle. Elle requérait la mise en œuvre d'une expertise tendant à mesurer l'étendue de sa capacité de travail résiduelle dans une activité légère, en tenant compte d'une situation non encore stabilisée. Elle alléguait finalement que l'intimée avait rendu sa décision avant que ne lui soient transmis les résultats de examen que le Prof. J.\_\_\_\_\_ prévoyait.

Par décision du 21 juin 2007 du Bureau de l'assistance judiciaire, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mai 2007, l'octroi de dite assistance étant subordonnée au paiement d'une contribution mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Dans la réponse déposée le 31 octobre 2007, P.\_\_\_\_\_ a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours, se référant essentiellement à sa décision sur opposition. Elle relevait en outre que le Dr V.\_\_\_\_\_ s'était prononcé sur initiative de la recourante, sans intervention de l'intimée, et que le Dr F.\_\_\_\_\_ l'avait opérée et suivie depuis plusieurs années, de sorte qu'il était bel et bien son médecin traitant. Elle estimait qu'aucun des médecins n'avait conclu à l'existence de séquelles invalidantes et indemnissables, ce qui justifiait le refus d'une rente d'invalidité. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il n'était pas indiqué de surseoir à la fixation à cette dernière, contrairement à l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, l'état étant stabilisé et la fixation de l'indemnité étant susceptible de révision. Finalement, l'intimée s'opposait à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, au motif qu'à l'exception du Dr F.\_\_\_\_\_, dont l'opinion n'était en réalité pas éloignée de ses confrères, les autres médecins étaient tombés d'accord pour nier l'existence de séquelles invalidantes indemnissables et de l'incapacité de travail.

Dans ses explications complémentaires du 15 janvier 2008, la recourante a exposé que le Prof. J.\_\_\_\_\_ préconisait une attente de six

mois depuis la rédaction de son dernier rapport, le 16 décembre 2007, avant de procéder à une évaluation définitive; il lui paraissait ainsi opportun de suspendre la cause dans l'intervalle. Selon le Prof. J.\_\_\_\_\_, il était probable que la plupart des douleurs présentées par l'intéressée aient une origine musculo-squelettique plutôt que neuropathique. La recourante indiquait en outre avoir repris, malgré ses douleurs, une activité de nettoyage (travaux d'entretiens légers) qui devait se limiter à 12.5 heures par semaine, pour un salaire mensuel brut de 867 francs.

Par écriture du 28 janvier 2008, l'intimée s'est opposée à la demande de suspension de la cause. Elle considérait par ailleurs que l'allégation de la recourante selon laquelle elle ne pouvait travailler au-delà de 12.5 heures par semaine ne reposait sur aucune autre base que celle du travail qu'elle produisait effectivement, à l'heure actuelle, et que rien n'indiquait que ce nombre d'heures fût le fait même de l'assurée, ni que l'activité soit adaptée.

Dans une écriture du 30 septembre 2009 adressée céans, la recourante a allégué souffrir de troubles dégénératifs, allant en s'aggravant, comme l'attestaient différents avis médicaux qu'elle produisait. Il était notamment indiqué que le 18 août 2009, une neurolyse cubitale avait été réalisée au CHUV.

Se déterminant le 28 janvier 2010, l'intimée a relevé que la question litigieuse avait trait à l'existence ou non d'une invalidité, de sorte que les déterminations du 15 janvier 2008 n'étaient pas en lien avec le litige.

**C.** A la suite d'une délibération tenue le 11 novembre 2010, un mandat d'expertise judiciaire a été confié à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR). Les experts, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ont déposé leur rapport le 24 janvier 2011, aux termes duquel ils exposaient ce qui suit:

"L'état de santé doit donc actuellement être considéré comme stabilisé et il n'y a plus à attendre des traitements qu'ils améliorent la qualité de vie d'une part, les capacités fonctionnelles d'autre part. Il faut minimiser l'intensité de la douleur: Mme R. \_\_\_\_\_ ne suit plus de traitement régulier pour son coude et ne consomme les antalgiques qu'avec parcimonie et de façon sporadique. Le handicap fonctionnel peut également être taxé de modéré; l'assurée mène une vie normale et indépendante; en 2007, elle a accouché et s'est occupée pratiquement seule de son enfant. C'est elle qui assume l'entier des tâches ménagères, d'autant qu'elle est actuellement en instance de séparation. Enfin, voici deux ans, elle a retrouvé de l'embauche à temps partiel, certes, mais dans une activité de femme de chambre qu'elle juge plus exigeante que celle de fille d'office.  
[...]

Au moment de l'accident de 2005, Mme R. \_\_\_\_\_ travaillait en tant que fille d'office. On peut raisonnablement déduire, notamment en se basant sur le rapport d'expertise de décembre 2005 du Dr G. \_\_\_\_\_, que la situation médicale était stabilisée au premier anniversaire de l'accident. A cette date, soit dès le premier mai 2006, l'activité de fille de salle était exigible à un taux de 50%, et ce de façon définitive. Pour étayer cette estimation, on peut également prendre appui sur l'activité déployée depuis le début de l'année 2009 (femme de chambre à 50%) dont les contraintes pour les membres supérieurs sont peu ou prou analogues à celles imposées par le travail de fille d'office.

[...] Comme l'ont déjà souligné préalablement les médecins appelés à se prononcer sur ce point précis, des limitations sont à prendre en considération dans le cas de Mme R. \_\_\_\_\_. Ces limitations concernent essentiellement les travaux lourds et répétitifs au niveau du membre supérieur gauche.

Dans toute activité adaptée, n'exigeant pas des travaux lourds et répétitifs au niveau du membre supérieur gauche, une capacité de travail entière était médicalement exigible depuis le 1<sup>er</sup> anniversaire de l'accident.

L'évaluation des capacités fonctionnelles soutient cette approche médico-théorique."

Les experts ont relevé que la recourante s'était parfaitement adaptée au programme d'activité proposé au sein des ateliers professionnels et, de ce fait, il ne faisait pas de doute qu'après une brève période de mise au courant, sa capacité de travail dans une activité légère soit complète. Ils ont par ailleurs retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%, en raison de l'aggravation ultérieure de l'arthrose.

Dans ses déterminations du 3 mars 2011, l'intimée s'est ralliée aux conclusions de l'expertise et a produit une nouvelle décision du 21 février 2011, reconnaissant une atteinte à l'intégrité de 10%.

Se déterminant le 15 avril 2011, la recourante a estimé que la stabilisation de l'état de santé à une année de l'accident n'était pas suffisamment établie, se référant aux avis médicaux rendus en 2009. Elle requérait ainsi une nouvelle expertise. Par ailleurs, elle indiquait ne travailler qu'à temps partiel (en moyenne à mi-temps), se voyant confier les tâches les plus légères, précisant au demeurant que selon l'évaluation en ateliers, la qualité de son travail était qualifiée de faible.

Invitées à se prononcer sur les revenus à prendre en compte pour l'évaluation économique de l'invalidité, les parties ont déposé leur écriture le 7 juin 2011. L'intimée se référait à la décision sur opposition du 17 avril 2007 en ce qui concernait la détermination des revenus de valide et d'invalides. La recourante relevait que le montant de 40'950 fr. retenu par l'intimée dans sa décision du 14 décembre 2006 était "assez réaliste mais légèrement insuffisant" et qu'il convenait de se référer à la déclaration d'accident du 20 mai 2005. S'agissant du salaire effectivement réalisé, la recourante se référait aux fiches de salaire pour la période d'août à octobre 2010, ce qui laissait supposer un revenu annuel brut de 16'900 francs. Elle concluait que l'invalidité économique pouvait raisonnablement être considérée au taux de 2/3.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). Elle attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 et 99 LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à bénéficier, au-delà du 30 avril 2006, des prestations de l'assurance-accidents.

**a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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).

**b)** L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1 LAA). Il faut en principe que l'état de santé puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd. 2007, n° 153 p. 895; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274 et 372).

Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 165 p. 898). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, 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 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment 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 251 consid. 3a et les références citées; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause

leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 688c p. 1025). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**3.** Au vu du dossier et des arguments présentés par les parties, il convient d'examiner en premier lieu la question de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, au 1<sup>er</sup> mai 2006.

**a)** La recourante soutient que son état de santé ne saurait être considéré comme stable d'un point de vue médical. A cet égard, elle se réfère à l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, lequel préconise, dans sa lettre du 24 janvier 2007, la mise en œuvre d'une expertise médicale tendant à préciser la capacité de travail dans l'activité professionnelle antérieure ainsi que dans une activité adaptée. La recourante se réfère également à l'avis donné le 16 décembre 2007 par le Prof. J.\_\_\_\_\_, à savoir que la plupart des douleurs présentées ont probablement une origine musculo-squelettique plutôt que neuropathique. *A contrario*, l'intimée considère que les rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ font état d'une situation relativement stable, tout comme l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2005.

**b)** Au terme de l'expertise judiciaire du 24 janvier 2011, les Drs H.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ exposent que l'état de santé de la recourante doit actuellement être considéré comme stabilisé et qu'il n'y a plus à attendre des traitements qu'ils améliorent la qualité de vie d'une part, les capacités fonctionnelles d'autre part. Ils précisent que l'assurée ne suit plus de traitement régulier pour son coude et ne consomme les

antalgiques qu'avec parcimonie et de façon sporadique. Les experts retiennent, sur la base notamment de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, que la situation médicale était stabilisée au premier anniversaire de l'accident, soit au 1<sup>er</sup> mai 2006. A cette date, une capacité de travail entière était exigible, et ce de façon définitive.

L'appréciation des Drs H.\_\_\_\_\_, et B.\_\_\_\_\_ s'accorde sur les avis des spécialistes préalablement consultés. En effet, au début de sa lettre du 24 janvier 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ se réfère à son appréciation des 17 janvier et 10 juillet 2006. Dans le rapport du 17 janvier 2006 adressé au médecin-conseil de l'intimée, le Dr F.\_\_\_\_\_ fait état d'une situation stabilisée, précisant que l'assurée ne suit plus de traitement médical. Dans son avis du 10 juillet 2006, il écrit que "s'il s'avère qu'effectivement actuellement la situation est stabilisée (absence d'amélioration ou d'aggravation significative ces derniers temps), elle n'est cependant pas à considérer comme normale". Quant à l'avis du Prof. J.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2007, il ne contredit pas ce point de vue, mais évoque plutôt l'origine des douleurs. Le Dr G.\_\_\_\_\_, au terme de l'expertise médicale du 9 décembre 2005, considère que la recourante présente, dès cette date, une capacité de travail totale dans son activité habituelle (aide de cuisine) sans toutefois porter de charges lourdes. De surcroît, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée, rejoint l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_ dans un avis du 28 août 2006; il estime qu'il est probable que la situation actuelle puisse être considérée comme stabilisée pour les années à venir.

Il en résulte que l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_ - quant à la stabilisation de la situation - ne va pas à l'encontre des conclusions des Drs H.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, ni même de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_.

**c)** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'état de santé de la recourante était suffisamment stabilisé au 1<sup>er</sup> mai 2006. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin aux indemnités journalières et examiné le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**4.** Il y a dès lors lieu d'apprécier la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies.

**a)** L'intimée estime qu'une pleine capacité de travail est exigible dans une activité légère adaptée, dès le 9 décembre 2005. Elle se réfère aux différents avis médicaux émis à ce sujet, lesquels sont unanimes, à l'exception de celui du Dr F. \_\_\_\_\_ dont la position est plus ambiguë. La recourante fait valoir que l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ - qui ne doit pas, selon elle, être considéré comme son médecin traitant - doit être préféré aux autres spécialistes. Elle pose implicitement la question du rendement, requérant la mise en œuvre d'une expertise tendant à déterminer l'étendue de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Dans le cadre de l'instruction, un mandat d'expertise a été confié au Dr G. \_\_\_\_\_ en décembre 2005. Ce dernier a considéré que la recourante pouvait reprendre son activité habituelle d'aide de cuisine à temps complet, dès la date de l'examen, pour autant qu'elle soit dispensée du port de charges lourdes, ou qu'elle pouvait travailler à temps complet dans une occupation légère, telle que réceptionniste, téléphoniste, caissière, vendeuse, aide de bureau, serveuse dans un salon de thé. Le 14 juillet 2006, le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, n'exigeant pas d'efforts lourds. Le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée, a rejoint l'avis de ses confrères en admettant qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée n'exigeant pas d'efforts lourds (cf. rapports des 3 février et 28 août 2006).

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé qu'une capacité de travail totale comme aide de cuisine ne pouvait être reconnue à la recourante et précisé que cette dernière n'avait pas de formation adéquate pour exercer une autre activité (cf. lettre du 17 janvier 2006). Il faisait état de douleurs persistantes et d'une discrète limitation fonctionnelle (cf. lettres des 17

janvier et 10 juillet 2006). Le 14 novembre 2005, il ne retenait aucune limitation dans les activités quotidiennes. Dans son courrier du 24 janvier 2007, il a maintenu son appréciation quant à une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle; il a déclaré ne pas pouvoir s'exprimer sur la position de l'assureur-accidents qui prétendait que la recourante était apte à exercer une activité différente, entraînant une diminution minime du revenu.

**b)** Dans l'expertise judiciaire du 24 janvier 2011, les Drs H. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ exposent que l'activité habituelle de la recourante est exigible à un taux de 50% dès le 1<sup>er</sup> mai 2006 (soit au premier anniversaire de l'accident). Ils se réfèrent, d'une part, à l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ de décembre 2005 et, d'autre part, à la reprise d'une activité à 50% en qualité de femme de chambre "dont les contraintes pour les membres supérieurs sont peu ou prou analogues à celles imposées par le travail de fille d'office". Ils soulignent que les limitations fonctionnelles concernent essentiellement les travaux lourds et répétitifs au niveau du membre supérieur gauche. Ils concluent que dans toute activité adaptée, n'exigeant pas de travaux lourds et répétitifs au niveau du membre supérieur gauche, une capacité de travail entière est médicalement exigible depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006.

Les experts relèvent que la recourante s'est parfaitement adaptée au programme d'activité proposé au sein des ateliers professionnels et qu'il ne fait pas de doute qu'après une brève période de mise au courant, sa capacité de travail dans une activité légère est complète. En effet, en examinant les résultats de l'évaluation en ateliers professionnels, on constate que la recourante a collaboré de manière très satisfaisante au déroulement de la mesure, qu'elle a appliqué sans difficulté les consignes reçues oralement et cherché à répondre à l'attente de l'investigateur. Le rendement était qualifié de satisfaisant, atteignant, dans les épreuves, la moyenne normée. La qualité rendue du travail était assez variable et pouvait être qualifiée de faible. Au cours des activités pratiquées, l'observation de la recourante n'a pas mis en évidence de limitations fonctionnelles lors de l'utilisation répétée du membre supérieur

gauche; le port itératif de charges légères n'était pas limité, ni fonctionnellement, ni par un processus douloureux déclaré. Il en résultait que la recourante avait adhéré à un programme d'activités comportant des gestes simples, sans port de charges lourdes répétitifs, et, lors de l'utilisation du membre supérieur gauche au travers de contraintes physiques peu importantes, elle avait pu s'adapter au poste de travail et à la posture professionnelle demandée.

Il appert que l'expertise du 24 janvier 2011 satisfait aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251). En effet, les conclusions des Drs H.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ se fondent sur les pièces figurant au dossier de la recourante, un examen orthopédique et le résultat d'examens radiologiques du coude gauche pratiqués lors de l'expertise, ainsi que sur une évaluation en ateliers professionnels. Il repose sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'intéressée. Les experts ont également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions, en particulier ce qui concerne l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail, sont dûment motivées et convaincantes.

**c)** Il en résulte qu'il n'existe aucune raison suffisante de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire. Les courriers du Dr F.\_\_\_\_\_ ne sauraient se voir reconnaître la valeur probante que l'on peut attribuer à l'expertise des Drs H.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, étant relevé qu'ils ne sont que sommairement motivés. En effet, le Dr F.\_\_\_\_\_ mentionne la persistance d'une discrète limitation fonctionnelle douloureuse du coude qui diminue la capacité de travail comme aide de cuisine mais ne se prononce pas sur l'exigibilité dans une activité adaptée. A cet égard, il relève que la recourante n'a pas de formation adéquate pour une activité différente (cf. rapport du 17 janvier 2006) et que l'exercice d'une telle activité entraînant une diminution du revenu relève du domaine juridique (cf. lettre du 24 janvier 2007). Il appert ainsi, comme l'a relevé le Dr

S.\_\_\_\_\_, que le Dr F.\_\_\_\_\_ est surtout soucieux des possibilités pratiques de la recourante de retrouver une activité professionnelle adaptée. Partant, indépendamment de la qualification de médecin traitant ou non du Dr F.\_\_\_\_\_, son avis n'est pas suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire.

Il faut ainsi considérer que la situation médicale de la recourante est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1).

En l'absence de séquelle invalidante, il convient d'admettre que la recourante présente, dès le 1<sup>er</sup> mai 2006, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies, avec un rendement de 100%.

**5.** Cela étant constaté, encore faut-il déterminer si l'intimée était fondée à nier le droit à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2006, soit examiner les éléments économiques.

**a)** L'intimée a pris en considération un salaire annuel brut de 40'950 fr. (3'150 fr. x 13) à titre de revenu qu'aurait réalisé la recourante sans atteinte à la santé, en 2006. Ce montant correspond au salaire annuel retenu par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, particulièrement au questionnaire de l'employeur du 7 mars 2006.

Or, la "déclaration d'accident LAA" du 20 mai 2005 ne mentionne pas le versement de treize mensualités, mais l'octroi d'un salaire de base brut de 3'150 fr. auquel s'ajoute 52 fr. 50 pour les jours fériés. Quoiqu'il en soit, que l'on se réfère à un revenu sans invalidité de 40'950 fr. (3'150 fr. x 13) ou de 38'430 fr. ([3'150 fr. + 52 fr. 50] x 12), le degré d'invalidité ne s'en trouve pas modifié, comme on le verra ci-après. De surcroît, la recourante mentionne que le montant de 40'950 fr. est "assez réaliste mais légèrement insuffisant" au regard de la déclaration d'accident.

**b)** Pour calculer le revenu que pourrait réaliser la recourante malgré les atteintes à la santé, l'intimée s'est référée aux statistiques salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique. Cette pratique est parfaitement admise dans l'éventualité où l'assurée n'a pas repris l'exercice d'une activité adaptée normalement exigible de sa part. A cet égard, on rappellera que les experts H.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont relevé que l'activité déployée par la recourante depuis le début de l'année 2009 (femme de chambre à 50%) - dont les contraintes sont peu ou prou analogues à celles imposées par le travail de fille d'office - n'était pas adaptée puisqu'elle n'était exigible qu'au taux de 50%. *A contrario*, une capacité de travail entière était médicalement exigible dès le 1<sup>er</sup> mai 2006 dans toute activité adaptée essentiellement sédentaire sans utilisation importante des membres supérieurs. On ne saurait dès lors se référer, comme le soutient à tort la recourante, au salaire effectivement perçu dans l'activité exercée actuellement (femme de ménage).

Il en découle que le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples dans le secteur privé, toutes branches confondues. Selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (ci-après: ESS 2006), le revenu médian est de 4'019 fr. brut par mois. 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 2006 (41,7 heures; cf. La Vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'189 fr. 81 ( $4'019 \times 41,7 : 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 50'277 fr. 72 ( $4'189 \text{ fr. } 81 \times 12$ ). En procédant à une réduction de 10% du revenu découlant des données statistiques pour tenir compte des facteurs personnels limitant les perspectives salariales de la recourante - réduction retenue par l'intimée - , le revenu d'invalidé correspond ainsi au montant de 45'250 francs.

On précisera que l'intimée retient un revenu d'invalidé de 44'687 fr., fondé sur l'ESS 2004 et après indexation en 2006. La référence à l'année 2004 n'est pas critiquable, étant due au fait que les statistiques

pour l'année 2006 n'étaient certainement pas encore parues lors de l'examen du droit à la rente. Au final, la différence n'est pas relevante.

**c)** Il découle de ce qui précède que le revenu sans invalidité est - dans toutes les hypothèses énoncées - inférieur au revenu exigible de l'assurée compte tenu de ses limitations. Partant, le droit à la rente d'invalidité n'est pas ouvert.

En définitive, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin au droit de la recourante au versement d'indemnités journalières au 30 avril 2006 et a nié le droit à une rente d'invalidité dès cette date.

**6.** Finalement, la recourante fait grief à l'intimée d'avoir fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de manière anticipée.

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

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une

réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 229, p. 915). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 n° U 514 p. 415; TFA U 134/03 consid. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41; TFA U 360/98 consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 235, p. 917).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème, reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29, consid. 1b; 124 V 209 consid. 4a/bb; 113 V 218, consid. 2a), des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

**b)** En l'espèce, dans un courrier du 3 février 2006, le médecin-conseil de l'intimée a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité à 5%, précisant qu'à long terme, une arthrose post-traumatique moyenne à grave pouvait s'installer, nécessitant de réévaluer le taux d'atteinte à l'intégrité à 10%. Sur cette base, l'intimée a reconnu à la recourante, dans la décision

litigieuse, le droit à une indemnité de 5'350 fr., correspondant à un taux de 5%.

Le 21 février 2011, l'intimée s'est ralliée à l'avis des experts judiciaires, lesquels ont reconnu un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% en raison de l'aggravation ultérieure de l'arthrose. Une nouvelle décision a été notifiée à la recourante, lui allouant une indemnité supplémentaire de 5'340 francs.

Il en découle que la recourante obtient gain de cause sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**7. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%; elle est confirmée pour le surplus.

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

**c)** Il appartient à la Cour de fixer le montant des dépens alloués à la partie qui obtient partiellement gain de cause pour les opérations nécessaires à la procédure, compte tenu de l'importance du litige et de la complexité de la cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD). Il se justifie ainsi, compte tenu de l'admission partielle du recours, d'allouer à la recourante une indemnité de dépens réduite à la charge de l'intimée, qu'il y a lieu de fixer à 1'000 fr., au vu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

L'indemnité de dépens doit être complétée par une indemnité d'office, dans la mesure où la recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 31 mai 2007 et jusqu'au terme de la présente

procédure. Celui-ci a produit une liste d'opérations et débours le 11 octobre 2011, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 12.8 heures pour l'activité jusqu'au 31 décembre 2010, soit 2479 fr. 10 (dont 175 fr. 10 de TVA à 7.6%) et à 3.9 heures pour l'activité en 2011, soit 758 fr. 15 (dont 56 fr. 15 de TVA à 8%), soit au total 3'237 fr. 25. Une indemnité forfaitaire de 100 fr. pour les débours doit également être allouée, TVA à 8% en plus (art. 3 al. 3 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]), soit 108 francs. Le montant total de l'indemnité de Me Olivier Carré s'élève donc à 3'345 fr. 25, montant duquel il convient de déduire l'indemnité de dépens de 1'000 francs.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 17 avril 2007 par P.\_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que R.\_\_\_\_\_ a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%; elle est confirmée pour le surplus.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. P.\_\_\_\_\_ versera à Me Olivier Carré une indemnité de dépens de 1'000 fr. (mille francs).
  
- V. Les dépens sont complétés par une indemnité d'office de 2'345 fr. 25 (deux mille trois cents quarante-cinq francs et vingt-cinq centimes), TVA comprise, allouée à Me Olivier Carré, conseil de la recourante.
  
- VI. Le 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, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour R. \_\_\_\_\_)
- Me Jean-David Pelot (pour P. \_\_\_\_\_)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif du canton de Vaud, à Lausanne.

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

La greffière :