

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 novembre 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Berthoud et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Berseth Béboux

* * * * *

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourante, représentée par Me Laure Chappaz, avocate
à Aigle,

et

Z._____, à [...], intimée.

**Art. 4, 6, 7, 16 LPGA ; art. 6al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1
LAA ; art. 28 al. 4 et 36 al. 1 OLAA**

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité de veilleuse pour le compte de la M._____ à [...] (ci-après : l'employeur). A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de Z._____ (ci-après : Z._____ ou l'intimée).

Le 18 août 2005, l'assurée a glissé sur son lieu de travail et s'est réceptionnée sur les deux poignets en hyperextension. Selon la déclaration d'accident complétée le 19 août 2005 par l'employeur, l'assurée se plaignait de douleurs aux mains et au dos. Elle a été en totale incapacité de travail dès l'accident.

Les premiers examens radiologiques effectués le jour même à la V.W._____ ont exclu toute lésion osseuse.

Dans son rapport du 13 septembre 2005 à Z._____, la Dresse C._____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé le diagnostic d'entorse des deux poignets, attestant une totale incapacité de travail dès le 18 août 2005. Elle a relevé qu'une déchirure du ligament triangulaire dans sa partie médiane avec subluxation dorsale du cubitus par rapport au carpe avait été mise en évidence par une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) du poignet gauche effectuée le 19 avril 2005, à la suite d'une première chute. L'assurée n'avait toutefois pas annoncé ce premier événement à son assureur-accidents.

L'électromyographie (ci-après : EMG) du nerf médian réalisée le 24 octobre 2005 par le Dr B._____, spécialiste en neurologie, s'est avérée strictement normale et n'a mis en évidence aucune participation neurogène dans le sens d'un syndrome du tunnel carpien. Une scintigraphie osseuse pratiquée le 9 novembre 2005 par la Dresse W._____, spécialiste en radiologie, n'a montré aucun signe en faveur d'une algoneurodystrophie. Enfin, une radiographie effectuée le même

jour par le Dr R._____, spécialiste en radiologie, a confirmé l'absence de fractures, de lésion érosive ou de chondrocalcinose aux poignets.

Compte tenu de la persistance des douleurs, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a adressé sa patiente pour évaluation à la Dresse K._____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 17 janvier 2006, la rhumatologue a souligné que l'examen clinique n'avait pas révélé d'arguments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une polyarthrite rhumatoïde. De même, aucun élément clinique en faveur d'une algoneurodystrophie ou d'une arthrose nodulaire des doigts n'avait été mis en évidence.

Un examen par IRM des deux poignets réalisé le 20 janvier 2006 par le Dr F._____, spécialiste en radiologie, n'a pas mis en évidence de déchirure du ligament triangulaire, ni d'un côté, ni de l'autre. Seules ont été détectées des lésions dégénératives d'aspect banal, intercarpiennes ainsi que dans le ligament triangulaire des deux côtés.

L'assurée a été licenciée le 15 février 2006 avec effet au 30 avril suivant.

Dans un rapport du 17 mars 2006, la Dresse K._____ est revenue sur les conclusions de son rapport du 17 janvier 2006, privilégiant finalement l'hypothèse d'un rhumatisme inflammatoire affectant les deux poignets et mains, symétrique, avant tout évocateur d'une polyarthrite rhumatoïde. En dehors d'une ténosynovite du fléchisseur du 3^{ème} rayon de la main droite, il n'y avait toutefois pas d'élément en faveur d'une atteinte extra-articulaire.

Face aux diagnostics contradictoires, Z._____ a mandaté la Dresse P._____, spécialiste en chirurgie de la main, en vue d'une expertise. Dans son rapport du 22 mai 2006, l'experte a posé les diagnostics suivants :

- instabilité douloureuse post-traumatique de l'articulation radio-cubitale distale des deux côtés sur désinsertion du TFCC [Triangular Fibro Cartilage Complex] à la base de la styloïde cubitale,
- suspicion de souffrance du nerf médian au tunnel carpien à droite.

Selon l'experte, l'accident survenu neuf mois plus tôt était de manière certaine la cause de ces atteintes. L'instabilité douloureuse sur lésions du ligament triangulaire du carpe des deux côtés empêchait pour l'instant toute reprise du travail. Les forces de serrage très diminuées rendaient impossible l'activité d'auxiliaire de santé en EMS. Le 26 juillet 2006, la Dresse P._____ a complété son rapport d'expertise, précisant notamment qu'elle ne retenait pas le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

Le 15 janvier 2007, la Dresse P._____ a procédé à une plastie de stabilisation de l'articulation radio-cubitale distale du poignet gauche. Dans un rapport du 3 décembre 2007 à Z._____, la praticienne a confirmé une nette diminution des douleurs du côté gauche, avec récupération de la force et de la mobilité du poignet, le traitement étant plus ou moins terminé de ce côté. Au vu de l'évolution défavorable du poignet droit et de la bonne récupération post-opératoire du poignet gauche, la doctoresse préconisait une plastie de stabilisation du poignet droit également, intervention à laquelle elle a procédé le 3 mars 2008. Les deux interventions de stabilisation ont été prises en charge par Z._____.

Dans un rapport du 3 décembre 2008 à Z._____, la Dresse P._____ a posé les diagnostics de :

- status après plastie de stabilisation de l'articulation radio-cubitale distale du poignet gauche en janvier 2007 avec évolution favorable, et de
- status après plastie de stabilisation de l'articulation radio-cubitale distale du poignet droit le 3 mars 2008 avec évolution compliquée par un écrasement de la main et des doigts à droite. Persistance d'un enraidissement digital et un manque de force dans la main droite.

La chirurgienne a précisé que l'évolution post-opératoire immédiate de l'opération à droite avait d'abord été favorable, mais que la patiente avait subi un nouvel accident le 9 avril 2008, sa main encore plâtrée s'étant retrouvée coincée dans la portière d'une voiture. L'évolution était finalement lentement favorable grâce à une physiothérapie intensive associée au port d'orthèses amenant progressivement une amélioration de la mobilisation digitale des doigts longs. Au status du 18 novembre 2008, la patiente présentait un poignet droit tout à fait calme avec une prosupination indolore et une articulation radio-cubitale distale stable et indolore. L'enroulement digital était toujours incomplet et il persistait un manque de force au serrage. Le poignet gauche était par contre tout à fait stable et indolore, avec une mobilité digitale complète.

Dans un rapport d'EMG du 3 mars 2009, le Dr B. _____ a posé le constat suivant :

« La situation se présente comme un syndrome de la loge de Guyon à droite, très sévère, sans que l'atteinte neurogène soit forcément à la loge de Guyon, peut-être un peu plus proximale au poignet comme le suggère un signe de Tinel à ce niveau. Une exploration chirurgicale est indiquée. »

Z. _____ a mandaté le Dr A.D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en vue d'une nouvelle expertise. Dans son rapport du 19 mars 2009, l'expert a posé les diagnostics de :

- neuropathie probablement iatrogène du cubital en amont de la loge de Guyon droit,
- status après plastie d'augmentation de la radio-cubitale inférieure gauche selon Lindscheid avec hémibandelette FCU [fléchisseur ulnaire du carpe] et décompression du tunnel carpien à droite le 3 mars 2008,
- status après plastie d'augmentation de la radio-cubitale inférieure droite selon Lindscheid avec hémibandelette du tendon FCU le 15 janvier 2007, avec évolution favorable,

- lésion dégénérative non-dissociative du TFCC [Triangular Fibro Cartilage Complet] des deux poignets révélée à l'occasion de contusions bénignes des deux poignets le 18 août 2005 et du poignet gauche en mars-avril 2005,
- syndrome du tunnel carpien droit depuis l'automne 2005,
- polyarthrite rhumatoïde et goutte diagnostiquée en 2006,
- troubles dégénératifs des deux hanches prédominant à gauche.

Le Dr A.D._____ a en outre estimé que le lien de causalité naturelle entre les affections du TFCC des deux poignets et les accidents de mars-avril 2005 et du 18 août 2005 n'était que possible mais pas probable. Selon lui, les accidents n'avaient fait que révéler, et non pas causer, un état pathologique préexistant, manifestement dégénératif et à chaque fois, le statu quo sine avait probablement été retrouvé très rapidement, au maximum après un mois.

Par décision du 26 mars 2009, Z._____ a mis fin à la prise en charge des frais relatifs à l'accident du 18 août 2005, avec effet au 31 mars 2009, estimant que le statu quo sine était atteint dès cette date et que tout traitement médical ou incapacité de travail perdurant ultérieurement était imputable seulement et exclusivement à des problèmes dégénératifs.

Le 20 avril 2009, le Dr B.F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, a procédé à une exploration chirurgicale du nerf cubital à droite. Le chirurgien a diagnostiqué une lésion iatrogène du nerf cubital sur status post stabilisation du poignet droit en mars 2008, précisant qu'il était pour lui relativement clair qu'il s'agissait des complications de l'intervention chirurgicale précitée.

Par acte du 23 avril 2009, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision de Z._____ du 26 mars 2009, soutenant que ses troubles n'étaient pas imputables seulement et exclusivement à des problèmes dégénératifs. Dans un complément d'opposition du 23 juillet

2009, désormais représentée, elle a fait valoir que de l'avis de plusieurs médecins, ses troubles étaient dus à une mauvaise opération de son poignet droit le 3 mars 2008, de sorte que les complications qui en découlaient devaient être couvertes en premier lieu par l'assureur qui avait pris en charge la première opération. Elle a ainsi requis de Z._____ la prise en charge des prestations nécessaires à son rétablissement.

Compte tenu des conclusions contradictoires des expertises réalisées par la Dresse P._____ et le Dr A.D._____, Z._____ a mis en œuvre une troisième expertise, qu'elle a confiée au Dr H._____, spécialiste en chirurgie de la main.

Dans son rapport d'expertise du 18 février 2010, le Dr H._____ a posé les diagnostics suivants :

- entorse bilatérale de l'articulation radio-ulnaire distale traitée par ligamentoplastie,
- lésions dégénératives bilatérales de l'articulation radio-ulnaire distale,
- neuropathie iatrogène du nerf ulnaire droit et allodynie de sa branche dorsale au poignet,
- syndrome du tunnel carpien droit post-traumatique traité par décompression chirurgicale,
- probable arthrose coxofémorale bilatérale,
- hypertension artérielle traitée,
- obésité.

L'expert a constaté que les troubles dont se plaignait l'assurée étaient corroborés par les examens cliniques et paracliniques. Il a en substance retenu que, parmi les diagnostics précités, seule la neuropathie iatrogène du nerf ulnaire droit était en lien de causalité de manière certaine avec l'accident du 18 août 2005. Selon lui, la neuropathie et ses séquelles étaient consécutives à l'opération du 3 mars 2008 et justifiaient toujours une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit. Le Dr H._____ a conclu en ces termes :

« (...)

L'examen clinique actuel confirme l'existence de cette atteinte ulnaire majeure associant douleur de type allodymique, troubles sensitifs, parésie et raideur digitale. Cette symptomatologie, à l'origine d'une importante limitation fonctionnelle entraîne un handicap majeur dans la vie quotidienne et prévient toute reprise du travail.

Un traitement médical antalgique oral soulage partiellement la patiente et des séances hebdomadaires d'ergothérapie tentent d'entretenir la fonction résiduelle de sa main. Toutefois, personne, à ce jour, ne semble avoir évoqué l'allodynie mise en évidence à l'occasion de notre examen.

Or, si l'on souhaite obtenir une amélioration de l'état de santé de Mme N. _____ et tenter de lui redonner un usage, même partiel, de sa main droite, il s'agit, dans un premier temps, de la soulager de ses douleurs. A cette fin, il apparaît nécessaire de confier la patiente à un centre spécialisé de la douleur, qui devrait lui proposer un traitement spécifique (stimulation tactile à distance).

Si, dans un délai raisonnable, le résultat escompté n'est pas obtenu, il sera alors licite d'envisager la solution déjà proposée et souhaitée par la patiente qu'est la reconstruction chirurgicale du nerf. Comme le traitement médical, celui-ci vise essentiellement au soulagement de la patiente, la fonction sensitive ou motrice n'ayant que peu de chance de récupération compte tenu du contexte. Enfin, si cette chirurgie ne parvenait cependant pas à soulager la patiente, l'implantation d'un stimulateur médullaire resterait le dernier recours.»

Par courrier du 7 avril 2010, compte tenu des conclusions de l'expert, Z. _____ a admis que les troubles de l'assurée au bras droit étaient toujours en relation de causalité avec l'accident du 18 août 2005, dans la mesure où ils résultaient d'une complication liée à une intervention chirurgicale nécessitée par ledit accident. L'assureur-accidents a ainsi annulé sa décision du 26 mars 2009 et repris le versement des prestations d'assurance dès le 1^{er} avril 2009.

Le 16 décembre 2010, le Dr V. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a sollicité de Z. _____ la prise en charge d'un traitement par une technique de neuromodulation telle que la stimulation médullaire. Z. _____ a donné son aval par courrier du 17 janvier 2011.

Par courrier du 11 février 2011, Z. _____ a mis fin à la prise en charge des frais du traitement médical et au versement d'indemnités journalières liés à l'accident du 18 août 2005, avec effet au 1^{er} février

2011. L'assureur a estimé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que le traitement médical n'était plus en mesure d'apporter une amélioration notable. Les prestations versées au-delà de cette date constitueraient des acomptes à valoir sur les prestations futures.

Le 22 février 2011, Z._____ a confirmé au Dr S._____, spécialiste en chirurgie de la main, la prise en charge de la révision nerveuse (libération névrome et résection pour reconstruction avec une greffe nerveuse prélevée sur le nerf sural) requise par ce médecin.

Z._____ a sollicité le Dr H._____ pour un complément d'expertise. Dans ce cadre, le chirurgien a fait procéder à un bilan d'ergothérapie, effectué le 29 mars 2011 par Q._____, ergothérapeute à la Clinique G._____, ainsi qu'à un bilan neurologique réalisé par le Dr B._____ le 30 mars 2011. Le Dr H._____ a intégré les conclusions de ces deux spécialistes dans son rapport d'expertise du 18 avril 2011, dans lequel il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- entorse de l'articulation radio-ulnaire distale droite traitée par ligamentoplastie (S63.0),
- neuropathie iatrogène du nerf ulnaire droit (S64.0),
- syndrome douloureux somatoforme persistant (allodynie mécanique) de sa branche dorsale au poignet droit (F45.5).

L'expert a par contre jugés sans effet sur la capacité de travail l'entorse de l'articulation radio-ulnaire distale droite traitée par ligamentoplastie, les lésions dégénératives bilatérales de l'articulation radio-ulnaire distale, le syndrome du tunnel carpien droit post traumatique traité par décompression chirurgicale, la probable arthrose coxofémorale bilatérale, l'hypertension artérielle traitée et l'obésité.

Le Dr H._____ s'est déterminé sur les questions de Z._____ de la manière suivante :

« **Incapacité de travail et traitement médical** »

1. Existe-t-il aujourd'hui encore une incapacité de travail en relation avec l'accident ?

Oui

- Quelle est votre appréciation de la situation actuelle ?

Depuis l'expertise du 18.02.2011, sous la direction du Dr P.Q._____ de la Consultation d'Antalgie du DE._____, Mme N._____ a bénéficié d'un traitement antalgique sous forme du port d'un TENS, de la prise de Lyrica, d'application de patch antalgique et de blocs stellaires avec un résultat mitigé.

Le 16 décembre 2010 [recte : 2010], Mme N._____ est adressée par le Dr P.Q._____ au Dr V._____, au Centre lémanique de Neuromodulation qui, compte tenu de l'échec du traitement conservateur, confirme l'indication à une neuromodulation par stimulation médullaire, proposition approuvée par la Z._____ mais qui inquiète la patiente.

Le 24 janvier 2011, Mme N._____ consulte le Pr S._____, estimant que les résultats d'une neurostimulation ne pouvaient être « garantis » propose une reconstruction du nerf ulnaire sous forme d'une greffe, à but antalgique, tout en précisant qu'un traitement de désensibilisation post-opératoire serait nécessaire. Cette proposition, également approuvée par l'assurance ne rassure pas d'avantage Mme N._____.

A l'examen clinique du 02.03.2011, l'intensité de la douleur du membre supérieur droit est restée pratiquement inchangée avec une intensité moyenne actuelle de 6/10 sur l'échelle EVA [évaluation visuelle analogique] pour 5,6/10 le 18.02.2010. Du point de vue fonctionnel, on observe la persistance d'une anesthésie du territoire ulnaire. On observe, en revanche, une récupération partielle de la force de sa main droite avec une pince pouce passant de 27% à 69% et une force de serrage passant de 0% à 46% de la force de la main controlatérale. L'examen neurologique du 30.03.2011 du Dr B._____ a confirmé une évolution électrophysiologique « légèrement » favorable. Dans la pratique, Mme N._____ conserve cependant un handicap majeur. Avec une cotation de 80/100 au questionnaire du QuickDASH ce dernier traduit l'incapacité ou l'importante difficulté à la réalisation de la majorité des gestes de la vie quotidienne. Enfin, par rapport au bilan du 20.01.2010, celui du 29.03.2011 note une aggravation de l'allodynie diagnostiquée initialement, suggérant à nouveau un complément d'investigation et une rééducation sensitive dans un centre spécialisé.

- Quel est votre pronostic concernant l'avenir ?

La patiente est réticente tant à un traitement par neuromodulation qu'à une greffe nerveuse, le bénéfice, dans un cas comme dans l'autre, ne pouvant lui être assuré. Comme suggéré dans les conclusions du 1^{er} rapport d'expertise, pour autant qu'une **rééducation sensitive spécifique** (stimulation tactile à distance) **soit effectivement entreprise**, on est en droit d'espérer une régression de la symptomatologie douloureuse susceptible de favoriser une récupération fonctionnelle progressive de la main droite de la patiente.

- Quelles sont les raisons médicales rendant impossible une reprise partielle ou complète du travail dans l'activité actuelle ?

L'intensité de la douleur (5-7/10 sur l'échelle EVA) du membre supérieur et l'impotence fonctionnelle majeure de la main droite de la patiente (80/ 100 pts au questionnaire QuickDASH).

2. Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée et est-ce que le traitement actuel n'est pas susceptible d'améliorer la capacité de travail de l'assurée, mais seulement de la soulager de ses douleurs ?

Comme mentionné sous (1), le traitement médical pratiqué jusqu'ici s'est révélé insuffisant pour soulager la patiente. Mme N. _____ étant par ailleurs opposée à un traitement invasif (neuromodulation, greffe nerveuse) en raison de l'incertitude de leur résultat respectif, le traitement doit être réorienté vers une cure de rééducation sensitive pratiquée dans un centre spécialisé (Hôpital de B.C. _____, Clinique R.S. _____). Comme proposé dans le rapport d'expertise du 18.02.2010, ce n'est qu'en cas d'insuccès d'une telle thérapeutique que des solutions plus radicales, telles la neuromodulation ou la greffe nerveuse, devraient être rediscutées.

(...)

Invalidité économique

3. Indication de la capacité de travail théorique d'un assuré d'âge moyen (env. 40 ans) présentant les mêmes séquelles accidentelles dans une activité industrielle légère, sans port de charges

Nulle. Dans un cadre industriel, cette éventualité est irréaliste, en raison de l'impotence majeure de la main droite de la patiente et de la résurgence des douleurs du poignet gauche.

4. La capacité de travail dans la profession occupée jusqu'à présent peut-elle être améliorée par des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou une adaptation du poste de travail ?

Oui, par des mesures médicales. Voir sous (2)

Si oui, quelle serait l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Pourrait être partiellement améliorée

5. Une capacité de travail d'un taux supérieur est-elle concevable dans une autre activité professionnelle ?

Non. Même remarque que sous (3)

Si oui, dans quel domaine d'activité (exemple) ?

Sans objet

Dans quelles proportions et de quoi faut-il tenir compte ?

6. Si des mesures de réadaptation professionnelle sont impossibles, pour quels motifs ?

Il s'agit initialement d'entreprendre des mesures médicales. Les mesures professionnelles ne pourront être envisagées qu'une fois l'état de la patiente stabilisé.

7. Si aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Voir sous (3)

Atteinte à l'intégrité

8. L'assurée souffre-t-elle d'une atteinte importante (= altération évidente ou grave) et durable (= prévisible qu'elle durera, avec au moins la même gravité, pendant toute la vie) à son intégrité physique ?

Oui. Même soulagée de ses douleurs, la patiente conservera une impotence fonctionnelle notoire de sa main droite, dominante.

9. Quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité ?

15%, compte tenu de la paralysie cubitale distale subtotale et du niveau actuel des douleurs.

Divers

10. Remarques

Comme on peut le voir, l'état de Mme N. _____ n'a guère évolué depuis une année, voire empiré. Divers traitements conservateurs antalgiques classiques lui ont été prodigués sans succès par le centre d'antalgie du DE. _____. La patiente a alors été dirigée vers le centre lémanique de neuromodulation proposant l'implant d'un stimulateur médullaire. Un avis chirurgical a été pris auprès du service de chirurgie plastique du DE. _____ où une greffe nerveuse lui a été proposée. On lui laissait alors entendre que la neuromodulation n'était pas forcément la bonne solution et qu'une cure de désensibilisation sera de toute façon nécessaire après l'opération. On se retrouve donc dans la situation d'une patiente continuant à souffrir, à laquelle divers traitements ont été imposés sans succès, et déstabilisée par des avis médicaux contradictoires.

Il est donc impératif d'orienter Mme N. _____, comme proposé dans mon premier rapport d'expertise, soit vers le Service d'ergothérapie de l'Hôpital de B.C. _____ (Mme M.N. _____), soit vers le Centre de rééducation sensitive à la Clinique R.S. _____ (M J. _____) en vue d'un traitement spécifique de rééducation de ses troubles douloureux somatoformes persistants (allodynie mécanique).

Une fois encore, ce n'est qu'en cas d'échec de ce traitement de rééducation sensitive, que la neuromodulation, voire la greffe nerveuse pourront être envisagées. »

Retenant des conclusions du Dr H. _____ que l'état de l'assurée n'était pas stabilisé, Z. _____ s'est dite disposée à reprendre le versement des indemnités journalières, sous réserve que l'intéressée effectue la cure de rééducation sensitive préconisée par l'expert.

L'assurée a entrepris un nouveau traitement d'ergothérapie le 22 juin 2011 au Service de rééducation sensitive de l'Hôpital de B.C. _____. Dans un rapport intermédiaire du 29 juillet 2011, M.N. _____, ergothérapeute, a constaté que la douleur ressentie par la patiente était toujours présente, mais avait diminué, passant de 97% le 22

juin 2011, à 61% le 20 juillet 2011. Les sensations de « coups de poignards » et de « fourmillements » avaient disparu ; celles de « décharges électriques », de « brûlure » et de « glace » avaient quant à elles diminué. Lors de l'évaluation du 22 juin 2011, un territoire allodynique, sur lequel un stimulus normalement non douloureux était perçu comme douloureux, avait été mis en évidence sur la face dorsale de la main et du poignet droit. La douleur était alors perçue dès l'application d'une pression d'1,5 gramme. Le 20 juillet 2011, après cinq séances d'ergothérapie, l'évolution était très favorable. La pression de 1,5 gramme était toujours perçue comme douloureuse, mais sur un territoire de plus en plus restreint. L'objectif était d'amener progressivement l'assurée à supporter sans douleur une pression de 15 grammes, suite de quoi la rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente présumée pourrait être entamée, afin de diminuer les douleurs neurogènes persistantes.

Le 17 février 2012, le Dr L._____, spécialiste en médecine générale et nouveau médecin traitant, a fait état d'une lente amélioration partielle des douleurs ainsi que d'un statu quo fonctionnel. Il a estimé la capacité de travail à 30% depuis le 18 août 2002 [recte : 2005], la paralysie cubitale devant selon lui être considérée comme un dommage permanent. Dans son rapport médical intermédiaire du 9 mai 2012 à Z._____, le Dr L._____ a confirmé une incapacité de travail de 70%. Toutefois, le 10 juillet 2012, il est revenu sur son appréciation et a fait savoir à Z._____ que sa patiente présentait une totale incapacité de travail dès le 18 août 2005, tout en proposant de faire évaluer cette question de la capacité de travail plus précisément par le Dr H._____.

Dans un rapport final d'ergothérapie du 8 juin 2012, M.N._____ a indiqué que les douleurs avaient pour ainsi dire disparu, une gêne sous forme d'« engourdissement » et de légère sensation de « glace » subsistant au 5^{ème} doigt de la main droite. Les résultats au questionnaire de la douleur avaient passé de 97 points sur 100 le 22 juin 2011, à 61 points le 20 juillet 2011, puis 47 points le 31 août 2011, 36 points le 26 octobre 2011, 9 points le 21 novembre 2011, pour aboutir à 6 points sur 100 le 12 avril 2012. Le territoire allodynique avait disparu le

21 novembre 2011, laissant place à l'hypoesthésie sous-jacente, dont la rééducation avait permis d'obtenir un niveau de sensibilité normalisé le 2 février 2012 pour ce qui était de la branche dorsale du nerf ulnaire, et le 5 juin 2012 pour la branche sensitive palmaire du nerf ulnaire. Les objectifs de rééducation sensitive ayant été atteints, la prise en charge ergothérapeutique avait ainsi 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, présent depuis des années et installé, rendant toute mobilisation douloureuse et entravant encore passablement la réalisation des activités quotidiennes. La patiente utilisait de plus en plus sa main droite dans la réalisation de ses activités, mais lorsqu'elle le faisait un peu trop, elle devait prendre des anti-inflammatoires afin de diminuer ses douleurs.

Z._____ a sollicité le Dr H._____ pour un complément d'expertise. Dans un rapport du 3 septembre 2012, après avoir requis un nouvel examen radiologique du Dr F._____ le 27 août 2012 et procédé à un examen clinique le 31 juillet 2012, l'expert a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de paralysie iatrogène douloureuse du nerf ulnaire à la main droite (S54.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant résiduel (allodynie mécanique) du nerf ulnaire dorsal droit (F45.4). Il a pris note du fait que selon l'assurée, la symptomatologie douloureuse de sa main droite avait partiellement régressé depuis avril 2011, se situant actuellement entre 1 et 4 sur 10 sur l'échelle visuelle analogique [EVA]. Ses activités quotidiennes restaient cependant limitées par la raideur douloureuse de ses doigts et elle ne pouvait accomplir de gestes nécessitant de la dextérité, de la force ou de l'endurance. Le traitement d'ergothérapie avait pris fin le 5 juin 2012, compte tenu de la régression des douleurs neurogènes et de l'allodynie avec normalisation de la sensibilité du nerf ulnaire sensitif dorsal droit et de la réintégration progressive de la main droite dans les activités quotidiennes. Le résultat du questionnaire Quick Dash présentait un résultat de 72 points, alors qu'en avril 2011, il se situait à 80 points. L'examen clinique du 31 juillet 2012 avait présenté les résultats suivants :

« (...)

Poignets

Discrète hypotrophie droite. Cicatrice opératoire du tunnel carpien droit calme et indolore. La gêne éprouvée à la mobilisation du poignet droit est d'avantage liée à la névralgie ulnaire qu'à l'articulation. Pas de signe d'instabilité radio- ou médiocarpienne. Mobilité active subtotale à droite avec force conservée des deux côtés. Extension/flexion 40/0/80 à droite, 60/0/80 à gauche, inclinaison ulnaire/radiale 20/0/0 à droite, 10/0/10 à gauche avec motricité conservée et symétrique.

Mains

Hypotrophie des muscles interosseux à droite. Dysesthésie à la palpation du versant ulnaire de la main droite. Périmètres 18.5 cm des deux côtés.

Pouces

Pas de dystrophie, de raideur ni d'instabilité des deux côtés. Limitation partielle de certains mouvements du pouce droit. Mobilité trapézométacarpienne partiellement diminuée à droite. Mobilité métacarpophalangienne et interphalangienne conservée et symétrique. La force est globalement conservée des deux côtés.

Doigts

A droite griffe cubitale avec flexum de 60° de l'articulation interphalangienne proximale, partiellement réductible et attitude en abduction corrigible activement mais faible de l'auriculaire. Enroulement incomplet du V^e rayon avec distance pulpe-paume de 1,5 cm. Mobilité subtotale de l'annulaire et complète des 1^{er} et 2^e rayons. Sécheresse pulpaire partielle de l'annulaire et totale de l'auriculaire avec dysesthésies de l'annulaire et anesthésie de l'auriculaire à la palpation. Discrimination de deux points conservée dans le territoire du nerf médian. Sensibilité limitée à la douleur dans le territoire du nerf ulnaire. Force de la pince termino-latérale 4.5 kg (60%). Force de serrage digitopalmaire 20 kg (59%).

A gauche col de cygne souple de l'index, du médius et de l'annulaire. Boutonnière souple de l'auriculaire. Extension et enroulement complet des 4 doigts. Discrimination conservée à gauche. Force de la pince termino-latérale 7.5 kg. Force de serrage digitopalmaire 34 kg. »

L'expert a en outre répondu aux questions de Z. _____ en ces termes :

« (...)

Incapacité de travail et traitement médical

1. Existe-t-il aujourd'hui encore une incapacité de travail en relation avec l'accident?

- Quelle est votre appréciation de la situation actuelle ?

Mme N. _____ souffre d'une paralysie cubitale iatrogène de sa main droite consécutive à une lésion majeure du nerf ulnaire au poignet. Cette lésion laisse des séquelles sous forme d'une raideur douloureuse limitant l'usage de la main dans les gestes de la vie quotidienne et interdisant toute manipulation en force.

- Quel est votre pronostic concernant l'avenir ?

S'agissant d'une rupture subtotale du tronc du nerf ulnaire au poignet chez une patiente de 66 ans, l'impotence fonctionnelle de la main droite peut être considérée comme définitive.

- Quelles sont les raisons médicales rendant impossible une reprise partielle ou complète du travail dans l'activité actuelle ?

La profession d'aide-infirmière est une activité nécessitant à la fois dextérité et force des deux mains, ce que la paralysie cubitale de l'assurée interdit.

2. Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ou seulement de ta soulager de ses douleurs ?

Le traitement de rééducation sensitive de son allodynie ayant permis une régression de la symptomatologie douloureuse de sa main droite est terminé. Il n'y a par ailleurs, ici, pas de traitement à proposer pour la paralysie cubitale associant raideur douloureuse et insensibilité.

(...)

- Date de la fin du traitement médical (depuis quand ne peut-on plus espérer d'amélioration sensible de l'état de santé) ?

5 juin 2012

(...)

Des moyens auxiliaires sont-ils nécessaires (si oui, lesquels) ?

Non.

Mme N. _____ a-t-elle besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ? Si oui, lesquels (type, fréquence, durée) ?

Non (voir sous 2 ci-dessus)

Des mesures médicales pourraient-elles améliorer notablement son état de santé ou empêcheraient-elles que celui-ci ne subisse une notable détérioration ? Si oui, lesquelles (type, fréquence, durée) ?

Non (voir sous 1 ci-dessus)

Invalidité économique

3. Indication de la capacité de travail théorique d'un assuré d'âge moyen (env. 40 ans) présentant les mêmes séquelles accidentelles dans une activité industrielle légère, sans port de charges

Dans le cadre d'une paralysie cubitale chez une personne de 40 ans, une activité manuelle légère ne nécessitant ni dextérité ni force pourrait être envisagée à temps plein.

4. Dans quelle mesure (en %) l'assurée n'est-elle plus capable – d'une manière durable - d'exercer une activité dans la profession actuelle ?

100%. La profession d'aide-infirmière nécessitant à la fois dextérité et force, une reprise de travail dans cette activité ne peut être envisagée.

5. La capacité de travail dans la profession occupée jusqu'à présent peut-elle être améliorée par des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou une adaptation du poste de travail ?

Non (voir sous 2 ci-dessus)

Si oui, quelle serait l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

6. Une capacité de travail d'un taux supérieur est-elle concevable dans une autre activité professionnelle ?

Voir « Remarques » ci-dessous

Si oui, dans quel domaine d'activité (exemple) ?

Dans quelles proportions et de quoi faut-il tenir compte ?

7. Si des mesures de réadaptation professionnelle sont impossibles, pour quels motifs?

Idem

8. Si aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Idem

Atteinte à l'intégrité

9. L'assurée souffre-t-elle d'une atteinte importante (= altération évidente ou grave) et durable (= prévisible qu'elle durera, avec au moins la même gravité, pendant toute la vie) à son intégrité physique ?

Oui la paralysie cubitale de sa main droite peut être considérée comme définitive.

10. Quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité ?

10%

Divers

11 Remarques

Envisager le recyclage professionnel d'une aide-infirmière ayant atteint l'âge de la retraite, souffrant d'une paralysie cubitale définitive de sa main dominante, ne possédant pas de formation professionnelle, sur le marché actuel de l'emploi, est illusoire. »

Dans un courrier électronique du 21 novembre 2012, la M. _____ a fait savoir à Z. _____ qu'en 2012, son ex-employée aurait perçu un salaire mensuel brut à 100% de 4'674 fr. 90, des indemnités de travail de nuit d'une moyenne de 540 fr. par mois, ainsi qu'en moyenne 8 fr. par mois d'indemnités pour travail les dimanches et jours fériés.

Par décision du 27 novembre 2012, se fondant sur les conclusions du 3 septembre 2012 du Dr H. _____, Z. _____ a retenu que l'état de santé de l'assurée était stabilisé depuis le 5 juin 2012. L'intéressée n'ayant pas besoin de soins pour conserver sa capacité de gain, l'assureur-accidents a mis fin à la prise en charge du traitement médical au 31 octobre 2012. Retenant une exigibilité à 100% dans une activité manuelle légère adaptée, ne nécessitant ni dextérité ni force, Z. _____ a arrêté le revenu sans invalidité à 67'349 fr. 70 et le revenu d'invalidité à 45'810 fr. 20 compte tenu d'un abattement de 15% accordé en raison de son handicap à la main droite. L'assureur-accidents a ainsi alloué à l'assurée une rente d'invalidité de 32% dès le 1^{er} novembre 2012, calculée sur un gain assuré de 66'436 fr. 45. Il a en outre fixé la perte d'intégrité à 10% et arrêté l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 10'680 francs.

Le 20 décembre 2012, par l'entremise de son mandataire, l'assurée s'est opposée à la décision du 27 novembre 2012, dont elle a requis la réforme, contestant les taux d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité retenus par Z. _____. Elle a requis la prise en considération par l'assureur-accidents du salaire d'invalidité de 9'360 fr. retenu par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), rappelant que dit office lui avait reconnu une invalidité de 85% dès le 1^{er} août 2006. L'opposante a fait valoir que, selon le service de réadaptation de l'OAI, aucune activité du monde de l'économie ne lui était plus accessible, et ce

même avec une formation pratique, seule demeurant possible une activité uni-manuelle, ne nécessitant ni manipulation, ni port de charge, ni travail en hauteur. L'état de santé à prendre en considération par les deux assureurs ne différant pas, l'opposante a contesté l'existence de motifs permettant à l'assureur-accidents de s'écarter du taux d'invalidité retenu par l'assurance-invalidité. Se référant en outre aux tables établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) pour le calcul de l'IPAI, l'opposante estime que son atteinte correspond à la perte de la main dominante, induisant une perte d'intégrité de 50%.

Par décision sur opposition du 11 mars 2013, Z._____ a rejeté l'opposition précitée et confirmé sa décision du 27 novembre 2012. L'assureur-accidents a maintenu l'exigibilité résiduelle de 100% fixée par l'expert, soulignant que celle-ci tenait compte de la nette amélioration de l'état douloureux et des troubles neurogènes obtenue à l'issue de la rééducation sensitive entreprise et ayant permis une meilleure utilisation de sa main droite dans les activités quotidiennes. Z._____ a également exposé qu'en assurance-accidents, l'évaluation du degré d'invalidité des assurés d'un âge avancé était régie par des règles spécifiques, différentes de celles prévalant en assurance-invalidité. Elle a au surplus souligné que ni le dernier bilan d'ergothérapie du 8 juin 2012 ni l'examen clinique pratiqué par le Dr H._____ le 31 juillet 2012 n'avait conclu à la privation totale de l'usage de la main droite. L'expert avait certes relevé une certaine raideur douloureuse des deux derniers doigts et un enroulement incomplet de la main droite. Il avait toutefois pu mesurer une augmentation de la force au niveau de la pince termino-latérale ainsi que de la force de serrage digitopalmaire, la fonction du pouce étant préservée. En conclusion, la main droite présentait une fonctionnalité résiduelle permettant l'exercice d'activités légères, ne nécessitant ni port de charge, ni dextérité. Cette amélioration avait également convaincu l'expert de réduire à 10% le taux d'atteinte à l'intégrité arrêté provisoirement à 15% lors de son examen clinique précédent, au printemps 2011.

B. Par acte du 10 avril 2013, par l'intermédiaire de son mandataire, N. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 11 mars 2013 de Z. _____ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'un taux de 86% dès le 1^{er} novembre 2012, s'élevant au minimum à 45'761 fr. par an, ainsi qu'à une IPAI d'un taux de 50%, représentant la somme de 53'400 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} novembre 2012. En substance, elle fait valoir qu'elle ne peut plus user de sa main droite facilement et sans difficulté pour des travaux ne nécessitant pas force et dextérité. Elle explique que sa main en forme de crochet rend tout geste difficile et laisse entendre qu'aucune activité, même légère sans port de charges ni force, n'est possible. Pour elle, c'est l'atteinte à sa main droite qui est l'élément suffisant et déterminant l'empêchant de reprendre une activité, et non pas son âge. Elle déplore en outre l'absence d'enquête économique propre à déterminer s'il existait sur un marché équilibré et dans son bassin géographique, une activité légère mono-manuelle ne nécessitant ni dextérité ni force. Elle estime que son revenu d'invalidité n'est pas de 53'894 fr. 35, mais de 9'360 fr. par an, comme l'a retenu l'OAI, conduisant à un taux d'invalidité de 86%. Dans un dernier moyen, elle explique que sa perte de la main dominante équivaut à une atteinte à l'intégrité de 50%, et qu'elle a ainsi droit à une IPAI d'un montant de 53'400 francs.

Dans une réponse du 8 mai 2013, l'intimée rappelle que l'assureur-accidents n'a pas à examiner si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché de travail. Seule se pose la question de savoir si, sur un marché supposé de plein-emploi, une personne d'environ 40 ans, présentant les mêmes séquelles que la recourante, mais moins limitée qu'une personne d'environ 60 ans dans ses fonctions d'adaptation, aurait des chances de retrouver un emploi dans toute activité adaptée. Or, à l'issue de son dernier examen clinique du 31 juillet 2012, l'expert H. _____ avait tranché cette question par l'affirmative, compte tenu des progrès accomplis par l'assurée, et notamment du fait qu'elle avait recouvré l'usage des trois premiers doigts de la main droite, dont surtout le pouce, qui garantissait la fonction de

pince. L'intimée fait en outre valoir qu'elle est autorisée à fixer le revenu d'invalidé sur la base des salaires statistiques, sans recourir à des enquêtes supplémentaires.

C. Le dossier AI de la recourante a été produit. Il en ressort notamment que par décision du 19 juillet 2010, l'intéressée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2006, compte tenu d'un taux d'invalidité de 85%. La motivation de cette décision est la suivante :

«Victime d'un accident survenu sur votre lieu de travail, vous avez été dans l'obligation d'interrompre votre activité professionnelle de veilleuse, que vous exerçiez à plein-temps.

Vous avez été dans un premier temps indemnisée par votre assureur-accident (LAA). Considérant qu'au-delà du 31 mars 2009, les troubles - et par conséquent l'incapacité de travail - que vous présentiez n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident, cet assureur a mis fin à la prise en charge du cas à cette date (statu quo sine) et vous a renvoyée à votre assureur-maladie.

Pour la même atteinte à la santé, l'assurance-invalidité applique les mêmes règles que l'assureur-accident (LAA) : toutefois en l'état, nous prenons également en compte vos diverses atteintes combinées, et notamment dégénératives, qui elles ne sont pas du ressort de cette assurance.

Suite aux investigations médicales entreprises, il s'avère effectivement que dans votre activité habituelle de veilleuse, votre capacité de travail est nulle depuis l'accident, cette profession étant contre-indiquée par les limitations fonctionnelles résultant, respectivement révélées, à l'occasion dudit événement.

De l'aggravation survenue ultérieurement, notamment sous la forme d'une neuropathie du nerf cubital, résultent des limitations fonctionnelles additionnelles sévères de la fonction de la main droite. A noter que selon les informations en notre possession (expertise du 05.02.2009), vous êtes droitrière.

Cependant, d'un point de vue strictement médico-théorique, votre capacité de travail a été estimée complète dès la fin de l'année 2008, dans une activité adaptée.

Afin de déterminer s'il était réellement exigible que vous mettiez en valeur une capacité de travail résiduelle, dans une activité strictement respectueuse des limitations fonctionnelles découlant de vos différentes atteintes (à savoir une activité uni-manuelle, sans manipulations ou port de charges, ni en hauteur - en[tre] autres), notre service Réadaptation, mandaté par nos soins, a conclu qu'en terme de métier, aucune activité du monde de l'économie ne vous est accessible, et ce même avec une formation pratique, et a jugé son intervention sans objet.

Nous considérons en effet qu'un hypothétique reclassement ne vous permettrait pas de réduire notablement votre préjudice et qu'il n'est

donc pas exigible que vous mettiez en valeur une quelconque capacité de travail désormais.

Sans vos problèmes de santé, vous auriez poursuivi votre activité de veilleuse et auriez réalisé en 2006 un revenu de CHF 62'580.00.

En raison de vos problèmes de santé, seule une activité occupationnelle aurait pu être envisagée dès la fin de l'année 2008, vous procurant un revenu moyen de l'ordre de CH 9'360.00.»

Le 27 août 2013, la Cour de céans a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 avril 2013, Me Laure Chappaz ayant été désignée comme avocate d'office.

Le 19 février 2014, la recourante a produit un rapport d'expertise du 14 janvier 2014 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie de la main, à l'attention du Tribunal du district de [...]. Il en ressort en particulier ce qui suit :

« (...)

4. Quel est l'état actuel de la main et de l'articulation ?

L'examen clinique concernant les 2 poignets, pour le membre supérieur gauche fait état d'une force de serrage à 32 kg et d'un Pinch à 6 kg, une distance pulpe-paume et pli palmaire distal à 0 sur la totalité des doigts longs avec des mobilités métacarpophalangiennes interphalangienne proximale, interphalangienne distale dans la norme. Les mobilités de la colonne du pouce sont elles aussi strictement normales. Concernant l'examen même du poignet, la flexion-extension est à 85/0/70°, la pronosupination à 80/0/90°. Les cicatrices sont indolores, la radio-ulnaire distale est stable. L'abduction est cotée à 20° et l'adduction sur ce poignet est cotée à 40°.

Concernant l'examen de la sensibilité, l'examen des hémi-pulpes ulnaires en les décrivant de ulnaire à radial, pour le 5^{ème} doigt 4-4, pour le 4^{ème} doigt 4-3, pour le 3^{ème} et le 2^{ème} doigt 3-3-3 et pour le pouce 3-3. L'utilisation de la main gauche peut être optimale.

Concernant l'examen de la main droite, l'examen physique fait état d'une force de serrage à 18 kg, d'un Pinch à 2 kg avec des douleurs. La mobilité digitale fait état d'une distance pulpe-paume à 1 cm pour le 2^{ème} doigt, 0,5 cm pour le 3^{ème} doigt, 0 cm pour le 4^{ème} doigt et 3 cm pour le 5^{ème} doigt. Les mobilités métacarpophalangiennes du 2^{ème} au 5^{ème} doigt font état des mobilités suivantes en flexion-extension : 60/0/0°, 60/0/0°, 60/0/0°, 40/0/35°. Mobilités des interphalangiennes proximales en flexion-extension du 2^{ème} doigt au 5^{ème} doigt : 100/0/0°, 90/0/0°, 90/0/10°, 70/50/0° et pour l'IPD en flexion-extension : 40/0/0°, 40/0/0°, 30/10/0° et 10/0/0°. Les mobilités concernant le poignet font état d'une flexion-extension de 70/0/60°, d'une pronosupination à 60/0/90°, la radio-ulnaire distale est stable à l'examen clinique. Il persiste des douleurs à la palpation du ligament, triangulaire du carpe sur la face latéro-ulnaire du poignet. Les mobilités du pouce sont conservées. L'examen neurologique de la main d'un point de vue sensibilité fait état d'une

anesthésie complète du 5^{ème} rayon, d'une discrimination pulpaire au test de Weber à 15 mm sur l'hémi-pulpe ulnaire du 4^{ème} doigt et à 3 sur l'hémi-pulpe radiale. Le territoire du nerf médian sur cette main là au test de Weber est à 3 mm sur toutes les hémi-pulpes restantes. D'un point de vue neurologique, la patiente présente un signe de Wartenberg avec une abduction permanente du 5^{ème} doigt et une griffe ulnaire prédominant sur le 5^{ème} doigt mais pas sur le 4^{ème} et la manoeuvre de Bouvier reste positive, à savoir une compétence de l'appareil extrinsèque pour réaliser une extension interphalangienne proximale. On retrouve un signe de Tinel à 3 cm en amont du pli de flexion du poignet. Le Tinel à ce niveau-là entraîne un syndrome acroparesthésique jusqu'au 5^{ème} doigt face dorsale et palmaire.

En conclusion, la main droite présente une paralysie basse du nerf ulnaire avec une radio-ulnaire distale stable.

5. Quel diagnostic était posé avant l'opération du 3 mars 2008 ?

Instabilité radio-ulnaire distale associée à une irritation du nerf médian au tunnel carpien droit.

6. Quel diagnostic peut être posé aujourd'hui ?

Instabilité radio-ulnaire distale bilatérale, poignet droit et poignet gauche opérés avec restauration de la stabilité radio-ulnaire distale et paralysie ulnaire basse de la main droite.

(...)

8. Selon vous, la neuropathie cubitale sévère droite est-elle due à l'intervention du 3 mars 2008 ?

La paralysie ulnaire est consécutive à l'intervention du 3 mars 2008.

(...)

12. Le cas échéant, y a-t-il, à votre avis, violation des règles de l'art du chirurgien ?

Non. L'intervention chirurgicale a été réalisée selon les règles de l'art. Les complications neurologiques sur le nerf ulnaire au cours de cette intervention chirurgicale sont connues et au vu de la littérature, on peut estimer à 10% le risque qu'une telle complication puisse survenir.

14. Dans la mesure où l'opération avait été couronnée de succès, Madame N._____ aurait-elle recouvré l'usage complet de sa main?

Oui. En fait état les résultats fonctionnels sur le poignet gauche.

15. Quelle activité aurait-elle pu exercer dans ce cas de figure ?

L'intervention chirurgicale sur le poignet gauche ayant été couronnée de succès d'un point de vue chirurgical, la patiente considère sa main gauche comme étant normale. Elle aurait pu récupérer une activité professionnelle pleine et entière en l'absence de trouble neurologique à droite.

16. Aujourd'hui, quels sont les actes de la vie que Madame N._____ ne peut plus exercer en raison des atteintes à sa main droite ?

Elle ne peut plus se coiffer. Elle reste autonome pour la toilette. Dans les activités de la vie quotidienne, notamment pour la prise de l'alimentation, elle ne peut couper elle-même sa viande. Elle peut maintenir une activité sociale avec la conduite automobile qui est faisable avec une voiture automatique et avec la main gauche. Elle ne peut réaliser les tâches de ménage. Le port de charges de 1 kg est réalisable avec sa main droite en excluant cependant le 5^{ème} doigt. La réalisation d'un score de vie et fonctionnel du membre supérieur intitulé Quick Dash fait état d'un score à 77.27 ce qui constitue un mauvais score fonctionnel concernant la vie de tous les jours. »

Dans une écriture du 25 mars 2014, l'intimée relève que le rapport d'expertise du Dr T._____ a été établi dans le cadre d'une procédure civile portant selon toute vraisemblance sur la question d'une éventuelle erreur médicale et que les questions qui y sont abordées ne se recoupent que très partiellement avec celles faisant l'objet de la présente procédure. En particulier, le Dr T._____ n'avait pas été appelé à se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée, abstraction faite de son âge avancé. Z._____ estime en outre que sur le plan clinique, il n'apparaît pas que la situation constatée soit sensiblement différente de celle relevée par le Dr H._____ en septembre 2012. Elle joint un rapport complémentaire établi par le Dr H._____ le 24 mars 2014, à la teneur suivante :

« Indiquer si les constatations (du 14 janvier 2014) diffèrent sensiblement en terme de fonctionnalité de celles que vous avez relevées dans votre dernière expertise (du 3 septembre 2012). La fonction de la main droite s'est-elle péjorée par rapport à septembre 2012 ?

Si, globalement, le rapport du 14.01.2014 ne diffère pas de manière significative de celui du 03.09.2012, concernant la fonction de la main droite, il convient de relever certaines nuances.

Considérant la mobilité du poignet droit de l'assurée, ses amplitudes restent sensiblement superposables (supination/pronation 90/0/60 en 2014 pour 80/0/70 en 2012, extension/flexion 60/0/70 en 2014 pour 40/0/80 en 2012).

En 2014, la mobilité des doigts en flexion a partiellement régressé (distance pulpe-paume de l'index 1 cm pour 0 cm en 2012, celle du médius 0.5 cm pour 0 cm en 2012, celle de l'annulaire 0cm pour les 2 années, celle de l'auriculaire 3cm pour 1.5 cm en 2012).

Concernant la force de la main droite, en 2014, on observe une réduction de plus de moitié de la pince avec 2 kg rapport aux 4.5 kg en 2012 alors que la force de serrage est de 18 kg, à peine inférieure aux 20 kg de 2012.

Pour ce qui est de la sensibilité pulpaire, en 2014 comme en 2012, la discrimination de 2 points est nulle ($=I > 15\text{mm}$) dans le territoire du nerf ulnaire. Pour les 2 périodes, la discrimination du territoire du nerf médian, variant entre 3 et 6 mm, reste dans les limites de la norme.

Au total, si, en l'espace de 15 mois, la mobilité du poignet et la sensibilité des doigts n'a guère varié, on observe un enraidissement partiel des doigts qui tend à réduire la force de la main droite.

Pouvez-vous me confirmer une pleine capacité de travail dans une activité manuelle légère ne nécessitant ni dextérité ni force ?

Oui. La mobilité, la sensibilité et la force de la main droite de l'assurée n'ayant pas varié de manière significative depuis 2012, on peut admettre que celle-ci reste apte à une activité manuelle légère à plein temps ne nécessitant ni force ni dextérité.

La valeur du test Quick DASH faisant état d'un score à 77.27, est-il plus fiable que le rapport final d'ergothérapie du 8 juin 2012 ?

Le questionnaire Quick DASH est purement subjectif, ce dernier étant rempli par l'assuré. Il peut être assimilé aux plaintes. Le bilan d'ergothérapie permet d'objectiver les allégations de l'assurée. Il permet de corroborer les observations faites à l'examen clinique ou de mettre en évidence certaines discordances. On ne peut prétendre que le questionnaire Quick DASH soit plus fiable que le bilan d'ergothérapie. Ces deux examens sont complémentaires. »

Par déterminations du 4 juin 2014, la recourante souligne que même si le Dr T. _____ ne s'est pas explicitement penché sur la question de sa capacité de travail résiduelle, la description qu'il a faite des activités qui lui sont encore accessibles permet de conclure qu'il n'existe pas de poste de travail pour elle, même sur un marché de l'emploi équilibré et âgée d'une quarantaine d'années. Elle ajoute enfin que le taux d'invalidité retenu par l'AI, lorsqu'il n'existe pas d'autres atteintes à la santé, comme

en l'espèce, est le taux qui prévaut pour l'ensemble des assureurs sociaux.

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 (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.

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.

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).

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 lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

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.

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 allodynique, 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 une activité adaptée ne nécessitant ni port de charge ni dextérité.

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 LPG; 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 LPG (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. 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° 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'invalidé 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'invalidé 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.

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 subtotale 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 effet 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.

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.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 11 mars 2013 par Z._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Laure Chappaz, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'963 fr. 85 (deux mille neuf cent soixante-trois francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laure Chappaz (pour la recourante),
- Z._____,
- 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).

La greffière :