

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2015

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Sandra Joseph Veuve,
avocate à Neuchâtel,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 29 al. 2 Cst, 6 LPGA, 6 al. 1, 16 LAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, travaillait depuis le 1^{er} juin 2007 chez B._____ comme employée de production et était assurée à ce titre contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 13 septembre 2010, alors que l'assurée balayait, elle s'est cognée violemment la main gauche contre une plaque en acier. Les premiers soins ont été donnés au Centre hospitalier [...] (déclaration de sinistre LAA du 16 septembre 2010). La CNA a alloué des prestations à l'assurée (indemnités journalières à compter du 16 septembre 2010 et des soins de santé). Dans un rapport médical LAA du 6 décembre 2010, le Dr L._____, médecin assistant au Centre hospitalier [...], a attesté une incapacité totale de travail de l'assurée depuis le 13 septembre 2010, pour une durée inconnue. Il a constaté la présence d'une lésion « Mallet finger » tendineuse du 4^{ème} doigt de la main gauche et une algoneurodystrophie. Le 20 janvier 2011, la Dresse [...], médecin assistante au Centre hospitalier [...], a attesté la continuation de l'incapacité totale de travail pour une durée probable d'un mois.

Par lettre du 21 janvier 2011, l'employeur a licencié l'assurée avec effet au 31 mars 2011.

L'assurée a été examinée le 18 février 2011 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie. Dans son rapport du même jour, ce dernier a relevé que d'après les actes du dossier, l'évolution s'était compliquée par des douleurs prenant tout le membre supérieur gauche et une impossibilité à fermer la main. Il a par ailleurs écrit ce qui suit :

« DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉE :

La patiente dit que son doigt était ouvert à la suite de l'accident. On lui a fait deux points de suture. On l'a également équipée d'une petite attelle qu'elle a gardée deux semaines, en permanence au début. Après quelques temps, les douleurs se sont étendues à tout le membre supérieur gauche et la patiente n'arrivait plus à fermer la main. Par la

suite la patiente a présenté une gêne dans la région auriculaire gauche avec un acouphène. Elle a consulté une ORL qui lui a dit que tout était en ordre après avoir encore fait un scanner.

Actuellement, la patiente admet un léger mieux mais elle a encore passablement de douleurs dans tout le MSG [membre supérieur gauche], s'accompagnant d'une sensation de cuisson. Plus récemment, une sorte de boule douloureuse est apparue dans la région latéro-cervicale gauche et les douleurs ont tendance à s'étendre à la partie gauche de la tête. La patiente n'arrive pas à fermer complètement le poing. Elle a aussi observé une impossibilité à ramener l'auriculaire vers les autres doigts et une discoloration de sa main et de son bras l'inquiète. Elle ne comprend pas ce qu'elle a et elle se fait beaucoup de soucis.

Un traitement de physiothérapie se poursuit à raison de 2 à 3 séances par semaine. La patiente prend quotidiennement 3 g de Dafalgan® auxquels elle ajoute 60 gouttes de Tramadol® qui lui font tourner la tête. Auparavant, elle avait de l'Irfen® et du Miacalcic®. Le prochain rendez-vous à l'Hôpital [...] est prévu le 21.2.2011.

Par ailleurs, la patiente est en bonne santé habituelle.

Originaire [...], la patiente est venue en Suisse en 1998. Elle est naturalisée. Elle a toujours travaillé chez B._____, d'abord par l'intermédiaire d' [...].

La patiente est mariée avec un compatriote. Son mari travaille à [...] dans un centre de tri. Le couple a deux enfants.

EXAMEN CLINIQUE :

Il s'agit d'une patiente de 39 ans, en surpoids, présentant manifestement un état anxio-dépressif, apparemment en bonne santé.

(...)

APPRECIATION :

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de cette patiente que j'ai exposés plus haut et qui ressortent également de ses déclarations.

Actuellement, la patiente admet un léger mieux mais elle a encore passablement de douleurs dans tout le MSG, s'accompagnant d'une sensation de cuisson. Plus récemment, une sorte de boule douloureuse est apparue dans la région latéro-cervicale gauche et les douleurs ont tendance à s'étendre à la partie droite de la tête. La patiente n'arrive pas à fermer complètement le poing. Elle a aussi observé une impossibilité à ramener l'auriculaire vers les autres doigts et une discoloration de sa main et de son bras l'inquiète. Elle ne comprend pas ce qu'elle a et elle se fait beaucoup de soucis.

A l'examen clinique, on est en présence d'une patiente en surpoids, présentant manifestement un état anxio-dépressif, qui a tendance à exclure la moitié cubitale de sa main gauche.

Objectivement, la région latéro-cervicale gauche semble un peu empâtée par rapport à droite et sensible à la palpation. L'épaule gauche est souple et se laisse librement mobiliser. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels en dépit de lâchages antalgiques. La mobilité active de l'épaule, du coude et du poignet est complète.

On observe une légère discoloration fugace de tout le MSG, notamment de la main, qui est légèrement boudinée. Les doigts sont

souples. La patiente se sert bien de son pouce et de son index, tandis que les autres doigts sont laissés de côté. Il n'y a pas de déficit certain au testing musculaire. La patiente décrit une hypoesthésie en gant de la main gauche.

Il semble bien qu'une algodystrophie est venue compliquer une lésion de type Mallet finger tendineux de l'annulaire gauche dont le traitement a par ailleurs été adéquat.

Un séjour à la Clinique Z. _____ s'impose dans les meilleurs délais.

On complétera le bilan par un examen neurologique avec ENMG, une scintigraphie et une évaluation psychiatrique.

On verra également si on veut faire un examen ORL de contrôle.

Dans l'intervalle, il est clair qu'il n'y a pas de capacité de travail.

(...) ».

Dans un rapport du 21 février 2011 adressé à la CNA, le Dr Q. _____ et la Dresse T. _____, médecins au Centre hospitalier [...], ont expliqué que pour les troubles neurologiques des trois derniers doigts de la main gauche, ils organisaient une ENMG (électroneuromyographie) chez le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, le 29 mars 2011 pour une éventuelle prise en charge chirurgicale en cas de lésion objectivée du nerf ulnaire gauche. Ces médecins estimaient qu'un séjour à la Clinique Z. _____ était adéquat, compte tenu de l'absence de possibilité de prise en charge supplémentaire de leur part. Dans un rapport intermédiaire daté du même jour adressé à la CNA, la Dresse T. _____ a diagnostiqué un syndrome épaule-main post section extenseur du 4^{ème} doigt de la main gauche et noté que l'évolution était marquée par une évolution subjective peu favorable et une hypoesthésie des doigts 3 à 5 de la main gauche et des difficultés persistantes en flexion-extension. La Dresse T. _____ a relevé qu'une algoneurodystrophie secondaire au traumatisme entrant en ligne de compte dans le processus de guérison en tant que facteur étranger à l'accident. La date de la reprise du travail était inconnue.

Dans un rapport médical du 29 mars 2011, le Dr M. _____ a précisé que l'assurée était droitrière. Il a expliqué que l'électroneuromyographie réalisée n'avait révélé aucune anomalie neurographique, notamment, l'amplitude des réponses sensibles des doigts décrits comme engourdis était meilleure à gauche qu'à droite. Il n'y avait pas non plus d'arguments pour une atteinte de la branche motrice

profonde. Le Dr M._____ a par ailleurs noté ce qui suit au titre de l'appréciation du cas :

« Objectivement, je n'ai aucun argument pour une atteinte neurologique particulièrement pour le nerf cubital gauche et ses branches. Je n'ai pas non plus de signes évoquant objectivement une douleur complexe régionale ».

L'assurée a séjourné du 13 avril au 10 mai 2011 à la Clinique Z._____. Dans leur rapport du 27 mai 2011, les Drs G._____, spécialiste en rhumatologie et W._____ ont diagnostiqué une algodystrophie de la main gauche (syndrome douloureux régional complexe de type I) et une plaie de la face dorsale de d4 et d5 gauches avec Mallet-finger de d4 sur section du tendon extenseur et IPP (interphalangienne proximale) de d4 gauche en col de cygne, ainsi qu'une hypothyroïdie d'origine auto-immune probable. Ils ont notamment écrit ce qui suit :

« MOTIF D'HOSPITALISATION

Il s'agit d'une patiente de 38 ans adressée pour une évaluation pluridisciplinaire 7 mois après une lésion de la face dorsale de l'IPD de d4 et d5 gauches avec une section du tendon extenseur de d4 ayant nécessité une suture. L'évolution est marquée par la persistance de douleurs s'étendant au reste du membre supérieur gauche. Un ENMG réalisé chez le Dr M._____, n'a pas permis de trouver une origine neurologique aux douleurs présentées par la patiente.

(...)

STATUS DE SORTIE

(...)

Amélioration de la mobilité des doigts avec un enroulement complet en actif, plus fluide qu'à l'entrée. Disparition de l'épanchement du genou gauche.

(...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

1. A l'admission, Mme R._____ décrit des douleurs en regard de la face palmaire de la base des phalanges proximales de d2 à d5 de la main gauche, d'intensité estimée à 6/10 sur l'EVA, plus fortes le matin que le soir, avec une sensation de raideur. Les douleurs sont décrites comme des piqûres, calmées plutôt par le froid. Le matin elle a l'impression que la paume de sa main est gonflée, avec parfois une sensation de changement de couleur, de transpiration plus marquée et de chaleur. A l'épaule gauche elle décrit des douleurs plutôt postérieures, des difficultés à dormir sur son côté gauche avec des douleurs rapportées comme des brûlures, d'intensité estimée à 6-7/10 sur l'EVA, plus fortes pendant la journée. En regard du bord ulnaire du

poignet gauche sont décrites des douleurs à type de tensions musculaires.

A l'examen clinique, d4 gauche est légèrement plus oedématié avec une IPP en col de cygne. La main gauche est légèrement plus transpirante, et la patiente a tendance à exclure ses deux derniers doigts. Les doigts sont souples. Les amplitudes articulaires de l'épaule gauche sont conservées. Au genou gauche on note un épanchement articulaire avec un signe du flot positif, sans limitation des amplitudes articulaires. Il y a une tuméfaction latéro-cervicale gauche, douloureuse.

Sur la radiographie de d4 gauche face et profil du 13.09.2010, il n'y a pas de lésion osseuse visible. L'IPP de d4 est à 10° d'extension.

Les radiographies des deux mains de face sur une plaque du 15.04.2011 montrent une discrète déminéralisation des 4^{ème} et 5^{ème} rayons de la main gauche. Il n'y a pas de calcification ou de trouble dégénératif visible sur la radiographie de l'épaule gauche. Sur les radiographies des genoux de la même date, il n'y a pas de net pincement fémoro-tibial et quelques petits ostéophytes rotuliens sont visibles sur les clichés de profil et les axiales de rotule, par ailleurs légèrement plus marqués du côté droit.

Les radiographies du rachis cervical de face et profil du 04.05.2011 ne montrent pas de lésion osseuse visible ni de trouble dégénératif.

La scintigraphie osseuse triphasique du 18.04.2011 ne montre pas d'asymétrie et d'accumulation de traceur tant en phase précoce que tardive.

Sur la base de la clinique avec une main gauche plus transpirante, légère raideur des IPP gauches de d3 à d5 prédominant en d4-d5 et des douleurs rapportées, il est retenu le diagnostic d'algodystrophie de la main gauche, actuellement peu active.

Dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire, Mme R. _____ a été présentée à notre consultant-psychiatre le 15.04.2011. Il n'est pas retenu de diagnostic psycho-pathologique chez une patiente paraissant cohérente dans ses plaintes et limitations. Dans le cadre d'une amélioration de la gestion de la douleur elle a été suivie sur le plan psychologique. Au terme du séjour, il persiste un degré assez élevé d'anxiété se manifestant en lien avec la persistance des douleurs. Un traitement de benzodiazépines (Valium 2 mg 3 x/jour) a été introduit et devra être réévalué par la suite. Par ailleurs, la patiente est ouverte à un suivi psychologique qu'elle organisera avec l'aide de son médecin-traitant.

Mme R. _____ a été présentée à la consultation de chirurgie de la main le 20.04.2011. Il n'y a actuellement pas d'indication chirurgicale retenue dans le cadre d'un col de cygne de l'IPP de d4 sur probable insuffisance de l'extenseur associé à un flexum de l'IPD de 22°. Une chirurgie correctrice à distance pourrait être rediscutée. Sur la base de la clinique, le diagnostic d'algodystrophie de la main gauche est retenu.

Sur le plan antalgique, un traitement de Co-Dafalgan a été essayé, mal toléré avec des effets secondaires sous la forme de crampes intestinales. La patiente poursuit un traitement de Dafalgan à raison de 3 g/jour associé à l'application d'un gel de Sportusal et la prise de Brufen en réserve.

En physiothérapie, la patiente a suivi un programme comprenant des traitements passifs de massage, détente de la ceinture scapulaire et de la région cervicale, bains de whirlpool. En actif elle a réalisé des exercices d'auto-étirement, de renforcement des abaisseurs de l'épaule. Elle a participé aux traitements en groupes, en piscine, en groupes d'entraînement en salle de gymnastique et aux exercices de renforcement en salle de fitness et à la marche lente. Au terme du séjour, il persiste des douleurs localisées en région cervicale postérieure. Un programme d'auto-exercices a été enseigné à la patiente et devra être poursuivi.

En ergothérapie, la patiente a suivi des traitements individuels de bains de paraffine, de mobilisation active de la main dans divers exercices. Elle a participé au traitement en groupes, de renforcement musculaire, d'intégration de la main gauche et le travail de la dextérité globale à fine, il est réalisé des séances d'entraînement libre de désensibilisation. Au terme du séjour, il n'y a pas de modification subjective sur le plan de l'intensité des douleurs. Subjectivement, il y a une amélioration de la force. Objectivement, il y a un gain de mobilité. Le bilan 400 points s'élève (pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main lésée) à 43% (mobilité de la main 67% (+ 12%), force de préhension 24% (+ 2%), la prise monomanuelle et le déplacement d'objets 45% (+ 10%), fonctions bi-manuelles (+ 7%) 2 fois). A la sortie, il est prévu la poursuite de l'ergothérapie dans le but d'une amélioration de la mobilité de la main, de la force et de l'intégration de la main gauche.

Sur le plan général, le bilan biologique met en évidence une hypothyroïdie (...). L'échographie cervicale du 19.04.2011 montre une glande thyroïdienne de morphologie et de taille normales avec un lobe thyroïdien droit de 44 x 18 x 16 mm et un lobe thyroïdien gauche de 40 x 14 x 11 mm. Le lobe thyroïdien droit présentant une formation kystique du pôle inférieur. La recherche d'anticorps anti thyropéroxydase est positive à 252 kg U/l. Un traitement d'Euthyrox a été introduit et un contrôle est prévu à la consultation du Dr [...], endocrinologue à [...] le [...].

2. Sur le plan socio-professionnel :

Chez une patiente employée de production non qualifiée, licenciée au 31.03.2011 la situation ne nous paraît actuellement pas stabilisée. On peut s'attendre à une amélioration de la mobilité des derniers rayons de la main gauche et à une reprise dans une activité adaptée dans un délai de 2-3 mois. Une demande AI est en cours.

En résumé :

Il s'agit d'une patiente de 38 ans adressée 7 mois après une lésion de la face dorsale de l'IPD de d4 et d5 gauche avec section du tendon extenseur de d4 nécessitant une suture. Nous retenons le diagnostic d'algodystrophie de la main gauche sur la base de la clinique. L'IPP de d4 est en col de cygne et il persiste un flexum de l'IPD de d4. Il n'y a pas d'indication chirurgicale actuellement. Selon l'évolution, une chirurgie correctrice pourrait être envisagée. Au terme du séjour, il y a une légère amélioration tant subjective qu'objective de la mobilité. L'ergothérapie sera poursuivie ambulatoirement. Sur le plan somatique, le bilan met en évidence une hypothyroïdie d'origine auto-immune probable. Une substitution a été débutée et un contrôle est prévu à la consultation du Dr Stoll le 27 juin 2011.

La patiente a rendez-vous à la consultation du Dr Q. _____ à l'hôpital [...] le 24.05.2011.

Sur le plan professionnel, l'incapacité de travail dans l'activité d'employée de production se poursuit. Quelques facteurs contextuels défavorables pourraient compliquer la reprise d'une activité (mauvaise maîtrise de la langue, niveau d'anxiété et de douleur élevé, absence de qualification), mais cette patiente a bien participé à sa prise en charge et est désireuse de retrouver une activité.

Incapacité de travail dans la profession actuelle d'employée de production.

-100% de 11.05.2011 au 24.05.2011.

(...) ».

Un consilium psychiatrique a été réalisé lors du séjour de l'assurée à clinique Z. _____, par le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a relevé ce qui suit :

« Evolution durant le séjour :

La patiente a été revue à quelques reprises par notre service durant le séjour. Malgré les progrès au niveau de sa main, il y a persistance d'un degré assez élevé d'anxiété qui se manifeste par des inquiétudes en lien avec la persistance des douleurs au niveau du cou et cervical, persistance d'acouphène à gauche, ou encore découverte d'une légère hypothyroïdie. Elle peine à être rassurée.

Du point de vue thérapeutique, la prescription d'une benzodiazépine, par exemple Valium 3 x 2 mg/j. sur une période limitée à quelques semaines, pourrait se justifier comme myorelaxant et anxiolytique. Par ailleurs, la patiente est ouverte à un suivi psychologique, idéalement en albanais (qu'elle organisera avec son médecin-traitant), suivi qui se justifie.

De manière plus globale, une aide à la réinsertion professionnelle progressive paraît ici particulièrement indiquée pour éviter une chronification chez cette patiente assez démunie (parle mal le français, n'a pas de formation professionnelle) mais volontaire et par ailleurs très désireuse de retrouver une activité ».

Le 25 mai 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations AI.

Dans un rapport intermédiaire du 10 juin 2011 à la CNA, le Dr _____, médecin assistant aux établissements hospitaliers _____, a retenu les diagnostics de « mallet finger » tendineux et syndrome épaule-main post-traumatique à gauche. Il a indiqué que la reprise du travail

n'était pas prévue et qu'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure sous forme de douleurs invalidantes.

Le 8 juillet 2011, un entretien a eu lieu entre l'assurée et un inspecteur de la CNA. Celui-ci a relevé que le médecin de l'assurée lui avait signalé une reprise normale du travail à fin juillet.

Dans un certificat médical du 14 juillet 2011, la Dresse K._____, médecin assistante au Centre hospitalier [...], a indiqué que le travail pouvait être repris à 100% dès le 17 août 2011.

Dans un certificat médical du 17 août 2011, la Dresse [...] a attesté une nouvelle incapacité de travail d'une durée probable d'un mois avec reprise à 100% le 20 septembre 2011, puis la Dresse K._____ a attesté d'une continuation de l'incapacité de travail à compter du 21 septembre 2011 pour une durée probable de six semaines. La continuation de l'incapacité de travail a encore été attestée jusqu'au 1^{er} février 2012 par le Centre hospitalier [...].

Le 3 novembre 2011, l'assurée a été à nouveau examinée par le Dr X._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a apprécié la situation de la manière suivante dans son rapport du même jour :

« Actuellement, la patiente, qui est venue avec son mari, dit qu'elle ne voit pas d'amélioration. Les douleurs intéressent tout le MSG irradiant même depuis quelques temps dans la moitié gauche de la nuque et de la tête. La patiente n'arrive toujours pas à fermer complètement le poing. Elle s'inquiète de la persistance d'une discoloration occasionnelle de sa main gauche.

Objectivement, la musculature paravertébrale et le chef supérieur du trapèze sont un peu tendus et douloureux à la palpation à gauche. L'épaule gauche est tout-à-fait souple et se laisse librement mobiliser. La mobilité active de l'épaule, du coude et du poignet gauches est complète. La main gauche est totalement dépourvue de marques d'utilisation mais elle ne présente plus aucun signe réactif ou dystrophique vraiment objectivable. Les doigts sont souples hormis l'annulaire qui présente une discrète déformation en col de cygne et qui est un peu raide. Les doigts cubitiaux sont mieux intégrés que lors du précédent examen et la force de serrage de la main gauche est maintenant mesurable.

On assiste donc à une extension des plaintes, contrastant avec des constatations objectives qui vont plutôt dans le sens d'une guérison avec des séquelles minimales.

De la même manière qu'on a conseillé à la patiente de diminuer le Tramal, il faut espacer les séances d'ergothérapie et de physiothérapie.

Du strict point de vue somatique, rien ne s'oppose à une reprise progressive du travail dans une activité comme celle que la patiente exerçait au moment de l'accident.

Pour ma part, je lui reconnais une capacité de travail de 50% dès le 1.12.2011 et de 100% dès le 03.01.2012

Par ailleurs, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas due ».

Par communication du 11 novembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français du 7 novembre 2011 au 28 janvier 2012.

Par décision du 12 décembre 2011 adressée à l'avocate de l'assurée, la CNA a indiqué que suite à l'examen médical par le médecin conseil, une capacité de travail avait été reconnue à l'assurée, de la manière suivante : 50% dès le 1^{er} décembre 2011 et 100% dès le 3 janvier 2012.

L'assurée, par son avocate, s'est opposée à cette décision le 30 janvier 2012, concluant principalement à son annulation en ce sens qu'il soit reconnu qu'elle est en incapacité totale de travail et partant que son droit aux indemnités journalières soit maintenu. Subsidiairement, elle a conclu à un complément d'instruction, en demandant que soit requis un rapport actualisé de l'établissement hospitalier [...], ainsi que du Dr P._____, médecin traitant, de même que l'avis d'un expert neutre et indépendant.

Par certificat médical du 1^{er} février 2012, la Dresse C._____, médecin assistante auprès de l'établissement hospitalier [...], a attesté de la continuation de l'incapacité de travail de l'assurée pour une durée probable de deux mois.

Par communication du 13 février 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une réadaptation professionnelle, du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2012.

Par certificat médical du 3 avril 2012, le Dr F._____ a attesté de la continuation de l'incapacité de travail de l'assurée, avec réévaluation le 6 juin 2012. Selon un nouveau certificat médical du 5 juin 2012 établi par la Dresse [...], médecin assistante au Centre hospitalier [...], l'incapacité de travail de l'assurée s'était poursuivie au-delà de cette dernière date, avec réévaluation le 6 août 2012.

Le 11 septembre 2012, la situation de l'assurée a été évaluée par le Dr???._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la division médecine des assurances de la CNA. Dans son rapport du même jour, rédigé en allemand, ce médecin a retenu que suite à la blessure ouverte de l'annulaire de la main gauche, avec rupture des tendons, il restait un déficit d'extension d'environ 20 degrés de l'articulation interphalangienne distale, avec une surcorrection au niveau de l'interphalangienne proximale, soit une déformation en col de cygne. En plus de ces conséquences de l'accident, l'assurée se plaignait de douleurs dans tout le bras gauche jusqu'à la nuque et la région de la tête, évoquant un syndrome du quadrant supérieur. Le Dr???._____ relevait que la mobilité des articulations de la main, du coude et de l'épaule avait été considérée comme non limitée lors de tous les examens médicaux qui avaient été réalisés. De même, au niveau de la colonne cervicale, aucun constat objectif pathologique n'avait été fait. La patiente avait été traitée par les médecins de la Z._____ avec du [...] en raison d'une discrète déminéralisation des 3^{ème} et 5^{ème} doigts et d'une hypothèse de diagnostic de « Complex regional pain syndrome » (CRPS) de type I. Le Dr???._____ a précisé que le CRPS était un diagnostic neurologique qui la plupart du temps n'était pas posé de manière formelle ; il s'agissait plutôt d'un diagnostic qui était posé à titre résiduel, après que tous les diagnostics pouvant mieux expliquer les symptômes aient été éliminés. Dans le cas de l'assurée, le médecin relevait que ce diagnostic ne pouvait être posé de

manière certaine et soulignait que les constatations du Dr M._____, d'une part, et celles des rhumatologues de la Z._____, d'autre part, divergeaient à cet égard. Malgré ce flou, les médecins de la Z._____ avaient traité l'assurée en partant du principe qu'un CRPS pouvait être retenu. Le Dr???._____ relevait ensuite que le Dr X._____, lors de son deuxième examen du 3 novembre 2011, n'avait plus constaté de conséquences évidentes, si ce n'était une limitation claire de l'utilisation de l'annulaire de la main gauche ; le Dr X._____ avait néanmoins considéré que malgré les séquelles que l'assurée présentait à ce doigt, elle pouvait suffisamment utiliser sa main gauche pour pouvoir exercer une activité manuelle telle que celle qu'elle exerçait au moment de l'accident. Selon le Dr???._____, il n'y avait pas de motifs médicaux empêchant l'utilisation par l'assurée de sa main gauche dans le cadre de son travail. En effet, d'un point de vue médical, il n'y avait pas lieu de recommander à l'assurée d'épargner sa main. Le Dr???._____ a ensuite relevé que pour la CNA, la question se posait de savoir si elle devait prendre en charge les douleurs au niveau des épaules et de la colonne cervicale. Selon lui, une lésion des épaules et de la colonne cervicale pouvait être exclue quasiment avec certitude. Il a souligné que selon les constatations concordantes du dossier, seule la main gauche et en particulier l'annulaire gauche avaient été touchés lors de l'accident. Les examens pratiqués jusqu'ici ne plaident pas en faveur d'une symptomatologie douloureuse de la région des épaules et des cervicales. Le Dr???._____ notait que même si des investigations complémentaires étaient pratiquées, par exemple un « Kernspintogramm », et mettaient en évidence des changements pouvant expliquer les plaintes de l'assurée, il serait médicalement très difficile d'expliquer comment ceux-ci auraient pu être causés ou aggravés par l'accident. Cela étant, le Dr???._____ a précisé que le diagnostic d'algoneurodystrophie (ou CRPS) qui avait été retenu pouvait provoquer des douleurs à n'importe quel endroit du corps, en particulier en la forme d'un « Quadrantensyndrom », incluant les épaules, la nuque et la tête. Or, en l'occurrence, vu la connexité temporelle et la région anatomique touchée lors de l'accident du 13 septembre 2010, l'algoneurodystrophie diagnostiquée à Z._____ était, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec cet évènement.

Par décision sur opposition du 13 septembre 2012, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 12 décembre 2011. Elle a en particulier retenu, au vu notamment du rapport du Dr???._____, qu'elle avait à bon droit fixé la capacité de travail de l'assurée à 50% dès le 1^{er} décembre 2011 et à 100% dès le 3 janvier 2012, d'autres mesures d'instruction n'étant pas nécessaires.

B. Par acte du 11 octobre 2012, par l'intermédiaire de son conseil, R._____ a formé recours contre la décision sur opposition du 13 septembre 2012, concluant à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à la CNA et à la mise en œuvre d'un complément d'instruction, en ce sens qu'un rapport actualisé soit requis de son médecin traitant et qu'une expertise soit réalisée par un médecin indépendant de la CNA. Elle a en outre demandé que l'effet suspensif lui soit accordé. Elle fait d'abord valoir que son droit d'être entendue a été violé arguant que la CNA a basé l'essentiel de sa motivation sur l'avis complémentaire du Dr???._____ qui ne lui a été communiqué que quelques jours avant que la décision sur opposition ne soit rendue et le rapport étant en allemand, alors qu'elle ne parle pas cette langue. Elle fait également valoir que l'algodystrophie séquellaire à l'accident a une influence sur sa capacité de travail. Elle reproche en outre à l'intimée d'avoir privilégié l'avis de ses médecins-conseils sans tenir compte de l'avis des médecins qui la suivent régulièrement et qui attestent d'une continuation de l'incapacité de travail, ni du rapport de l'hôpital [...] du 10 juin 2011. Selon elle, un complément d'instruction aurait ainsi dû être mis en œuvre.

Le 19 octobre 2012, la recourante a produit la traduction du rapport du Dr???._____ du 11 septembre 2012 effectuée par l'intimée.

Dans sa réponse du 14 janvier 2013, l'intimée, par son conseil Me Elsig, conclut au rejet du recours. Elle est d'avis que si une violation du droit d'être entendu devait être reconnue, il y aurait lieu de considérer que celle-ci est réparée, puisque le rapport du Dr???._____ a été transmis à la recourante qui a pu se prononcer à cet égard devant la Cour de céans.

Par ailleurs, pour le conseil de l'intimée, « la question de la causalité naturelle et adéquate entre l'évènement du 13 septembre 2010 et l'algodystrophie - respectivement les nombreuses plaintes algiques de l'assurée - peut rester ouverte ».

Par ordonnance du 22 janvier 2013, la juge instructrice a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif.

Dans sa réplique du 7 mars 2013, la recourante a confirmé les conclusions de son recours et précisé que selon elle, il est évident, à la lecture des appréciations médicales et même de celles du Dr???._____, que seul l'accident de travail a été la cause de l'incapacité de travail et des douleurs dont elle souffre encore. Elle a par ailleurs produit, le 16 mai 2013, une attestation de ses médecins-traitants certifiant la poursuite de son incapacité totale de travail jusqu'au 30 avril 2013.

Dans sa duplique du 28 mai 2013, l'intimée précise que selon elle, la question litigieuse en l'espèce est uniquement de savoir si l'assurée était apte au travail à 50% dès le 1^{er} décembre 2011 et à 100% dès le 3 janvier 2012 et non pas de déterminer la cause exacte de ses douleurs.

Le 6 juin 2013, la recourante a produit des certificats du Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui attestent une incapacité totale de travail du 14 décembre 2012 au 14 mars 2013.

Dans ses déterminations du 16 août 2013, la recourante soutient que selon les pièces du dossier, seul l'accident a causé le dommage et les douleurs passées et actuelles, soulignant que même le Dr???._____ affirme que le trouble douloureux diagnostiqué comme algodystrophie a un lien de causalité vraisemblable avec l'accident. A son avis, on ne peut pourtant suivre les conclusions de ce médecin selon lesquelles elle peut reprendre un travail manuel ne nécessitant pas de fermer complètement le poing ou ayant des exigences élevées au niveau de la fonction des doigts, raison pour laquelle il y a lieu de mettre en

œuvre une expertise complémentaire. Elle produit par ailleurs de nouveaux certificats médicaux rédigés par le Dr Y._____, attestant une incapacité totale de travail jusqu'à fin août 2013.

Par écriture du 22 août 2013, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Le 5 décembre 2013, la recourante a produit de nouvelles pièces, lesquelles ont été transmises à l'intimée pour information.

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 la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1, 57, 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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 la décision litigieuse ; 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 ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que la CNA a considéré que la recourante pouvait reprendre son travail à 50% dès le 1^{er} décembre 2011, et à 100% dès le 3 janvier 2012. Pour la recourante, son cas n'étant pas stabilisé, le versement d'indemnités journalières doit être poursuivi au-delà de cette date.

3. Dans un premier grief, la recourante soutient que son droit d'être entendue a été violé, la traduction du rapport médical du Dr???._____ ne lui ayant été fournie par l'intimée que postérieurement à la décision litigieuse.

a) Le droit d'être entendu, prévu à l'art. 29 al. 2 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), constitue une garantie générale de procédure. Il comprend le droit pour l'administré, respectivement le justiciable, de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 V 351 consid. 4.4 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; TF 9C_705/2009 du 21 décembre 2009 consid. 1.2.2 ; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004 consid. 2.2 et les références).

S'agissant d'une garantie de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (TF I 68/2007 du 11 janvier 2008 consid. 2 et les références). Toutefois, selon la jurisprudence, une telle violation est réparée - à titre

exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a eu la possibilité de s'exprimer devant une autorité jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437 ; TF I 904/2006 du 19 mars 2007 consid. 4.3 et les références ; cf. aussi KIESER, op. cit. n° 10 ad art. 42 LPGA).

b) Selon l'art. 33a PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable à la procédure devant l'assureur social par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, la procédure est conduite dans l'une des quatre langues officielles ; en règle générale, il s'agit de la langue dans laquelle les parties ont déposé ou déposeraient leurs conclusions (al. 1). Lorsqu'une partie produit des pièces qui ne sont pas rédigées dans une langue officielle, l'autorité peut, avec l'accord des autres parties, renoncer à en exiger la traduction (al. 3). Si nécessaire, l'autorité ordonne une traduction (al. 4).

Le Tribunal fédéral des assurances, se fondant sur la garantie constitutionnelle de la non-discrimination du fait notamment de la langue (art. 8 al. 2 Cst.) et la liberté de la langue (art. 18 Cst.), a jugé que, sauf exception justifiée pour des raisons objectives, il y a lieu en principe de donner suite à la demande d'un assuré de désigner un Centre d'observation médicale où l'on s'exprime dans l'une des langues officielles de la Confédération qu'il maîtrise. A défaut, l'intéressé a le droit non seulement d'être assisté par un interprète lors des examens médicaux mais encore d'obtenir gratuitement une traduction du rapport d'expertise du COMAI (ATF 127 V 219 consid. 2b/bb p. 226). Dans un arrêt du 27 février 2002, publié aux ATF 128 V 34, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'au regard de la territorialité de la langue (art. 70 al. 2 Cst.), il était parfaitement admissible que la juridiction cantonale de recours exige de l'office AI une traduction d'un rapport d'expertise du COMAI (rédigé en italien) dans la langue officielle du canton de Genève - en l'occurrence la langue française - ce, d'autant plus qu'il s'agissait d'une pièce essentielle du dossier, de nature à sceller le sort de la procédure. Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a considéré qu'il y avait lieu d'appliquer ces principes par analogie aux rapports établis par la division Médecine des

assurances de la CNA. En effet, ces rapports généralement très détaillés et contenant souvent des références à la doctrine médicale, jouent un rôle important dans l'instruction des faits d'ordre médical. Bien qu'ils n'aient pas la même valeur probante qu'une expertise réalisée par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou qu'une expertise judiciaire, ces rapports sont pris en compte par les tribunaux tant qu'il n'existe pas de doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de leurs conclusions (cf. ATF 135 V 465) (TF 8C_90/2014 du 19 décembre 2014 consid. 2).

c) En l'occurrence, il apparaît que l'intimée a violé le droit d'être entendue de l'assurée, dès lors qu'elle a rendu sa décision sur opposition seulement deux jours après la rédaction du rapport du Dr???._____, lequel est de surcroît rédigé en allemand alors que la procédure a été menée en français, ne lui laissant de fait pratiquement pas le temps de se déterminer sur cette pièce. Cela étant, vu que la CNA a envoyé la traduction du rapport du Dr???._____ à la recourante le 16 octobre 2012 et que celle-ci a pu largement se déterminer à cet égard devant la présente juridiction qui jouit d'un plein pouvoir d'examen, il convient de considérer que cette violation est réparée (cf. supra consid. 3a). Il n'y a donc pas lieu d'annuler la décision sur opposition en raison de la violation d'une garantie de procédure.

4. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Sont réputés accidents professionnels les accidents (art. 4 LPGA) dont est victime l'assuré notamment lorsqu'il exécute des travaux sur ordre de son employeur ou dans son intérêt (let. a). Selon l'art. 8 al. 1 LAA, sont réputés accidents non professionnels tous les accidents (art. 4 LPGA) qui ne sont pas des accidents professionnels. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion

d'accident se décompose ainsi en cinq éléments qui doivent être cumulativement réalisés (cf. JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, in : U. Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2. Auflage, Bâle 2007, n° 57, p. 857). Le versement de prestations sur la base de la LAA, est ainsi et notamment soumise à la condition de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177, consid. 3.1. et 3.2).

L'exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu de considérer que sans l'évènement accidentel, le dommage ne se serait pas du tout produit ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire en revanche que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, ou le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. à cet égard ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références) (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; cf. également TF 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références ; cf. également TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.1).

La question de la causalité adéquate est une question juridique qu'il appartient à l'administration ou au juge de trancher, et non au médecin (TFA U 156/05 du 14 juillet 2006 consid. 4.2).

b) Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

Selon l'art. 6 LPGGA, est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En la matière, 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 (ATF 125 V 26 consid. 4 ; voir également TFA U 282/02 du 10 février 2004 consid. 6.2.4).

c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration (cf. art. 43 LPGGA) ou le juge des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. (VSI 1994 p. 220, consid. 4a). Toutefois, le principe

inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ainsi que le prévoit expressément l'art. 61 let. c LPGA pour la procédure devant le tribunal des assurances). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les risques de l'absence de preuve (ATF 125 V 195, consid. 2 et les références ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007, consid. 5.1).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaines 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 si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. L'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en

considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Par ailleurs, la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 354) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (ATF 122 V 157 consid. 1d p. 162) (cf. également TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2)

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir également TF 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3).

5. a) En l'occurrence, il est établi que le 13 septembre 2010, alors que la recourante était à son travail, elle a heurté sa main gauche contre une plaque d'acier, ce qui a causé une rupture ouverte du tendon extenseur de l'annulaire gauche (lésion de type « mallet finger »). L'évolution s'est compliquée par la présence de douleurs prenant tout le membre supérieur gauche et une difficulté à fermer la main, les douleurs

ayant tendance à s'étendre à la région latéro-cervicale gauche (cf. rapport du Dr X._____ du 18 février 2011 et rapport du 27 mai 2011 des Drs G._____ et W._____ de la Z._____). A cet égard, tant le Dr L._____ (rapport du 6 décembre 2010), que le Dr X._____ (rapport du 18 février 2011), et les médecins de la Clinique Z._____ ont diagnostiqué une algodystrophie. Contrairement à ce que semble soutenir l'intimée dans sa réponse du 14 janvier 2013, il n'est pas douteux, au vu des pièces du dossier, que l'algodystrophie est séquellaire à l'accident du 13 septembre 2010 (voir notamment le rapport du Dr X._____ du 18 février 2011 et celui du Dr???._____ du 11 septembre 2012).

b) Cela étant, concernant la capacité de travail de l'assurée, le Dr X._____ a constaté, dans son rapport du 3 novembre 2011, que d'un point de vue objectif la situation évoluait plutôt dans le sens d'une guérison avec des séquelles minimales, ce qui contrastait avec l'extension des plaintes de l'assurée. Il a considéré que d'un point de vue somatique et malgré la présence de douleurs, rien ne s'opposait à une reprise progressive du travail dans une activité comme celle que l'assurée exerçait au moment de l'accident, estimant que sa capacité de travail était de 50% dès le 1^{er} décembre 2011 et 100% dès le 3 janvier 2012. Le rapport du Dr X._____ est étayé de telle sorte qu'il emporte conviction. En effet, ce médecin a tenu compte de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée qu'il a examinée à deux reprises, soit avant et après le séjour de celle-ci à la Clinique Z._____, les 18 février et 3 novembre 2011. Par ailleurs les conclusions du rapport sont claires, motivées et basées sur des constatations médicales objectives (le médecin relevant en particulier ce qui suit : « Objectivement, la musculature paravertébrale et le chef supérieur du trapèze sont un peu tendus et douloureux à la palpation à gauche. L'épaule gauche est tout à fait souple et se laisse librement mobiliser. La mobilité active de l'épaule, du coude et du poignet gauches est complète. La main gauche est totalement dépourvue de marques d'utilisation mais elle ne présente plus aucun signe réactif ou dystrophique vraiment objectivable. Les doigts sont souples hormis l'annulaire qui présente une discrète déformation en col de cygne et qui est un peu raide. Les doigts cubitiaux sont mieux intégrés que lors du précédent examen et

la force de serrage de la main gauche est maintenant mesurable »).

L'évaluation du Dr X. _____ n'entre par ailleurs pas en contradiction avec celle des Drs G. _____ et W. _____ de la Clinique Z. _____, lesquels avaient déjà constaté, au terme du séjour de l'assurée dans cette clinique, une amélioration tant subjective qu'objective de la mobilité de la main. Ils avaient d'ailleurs estimé que l'on pouvait encore s'attendre à une amélioration de la mobilité de la main gauche ainsi qu'à la reprise d'une activité adaptée dans un délai de deux à trois mois, soit aux alentours de septembre 2011. Les médecins de la Z. _____ avaient d'ailleurs fait procéder à des examens qui avaient permis d'exclure une série d'atteintes (ces médecins ont en effet constaté qu'il n'y avait pas de lésion osseuse visible sur la radiographie de d4 gauche du 13 septembre 2010, ni de calcification ou de trouble dégénératif visible sur la radiographie de l'épaule gauche du 15 avril 2011, que les radiographies du rachis cervical du 4 mai 2011 ne montraient pas de lésion osseuse ni de trouble dégénératif et que la scintigraphie osseuse du 18 avril 2011 ne montrait pas d'asymétrie ni d'accumulation de traceur tant en phase précoce que tardive). Ils ont de plus considéré que l'algodystrophie était peu active au jour de l'examen. Par ailleurs, l'évaluation du Dr???. _____ n'entre pas en contradiction avec celle du Dr X. _____. Le Dr???. _____ a en effet précisé que d'après l'ensemble des examens notamment radiologiques réalisés lors du séjour de l'assurée à la Clinique Z. _____, il n'y avait aucun indice suggestif d'une symptomatologie douloureuse locale ayant son origine dans l'épaule ou le rachis cervical. Quant à d'hypothétiques modifications locales qui pourraient être éventuellement révélées par IRM, il a expliqué qu'il serait pratiquement impossible que celles-ci soient en lien de causalité avec l'accident. Au sujet de l'algodystrophie, le Dr???. _____ n'est pas d'un avis contraire à celui du Dr X. _____, en ce sens qu'il n'a pas indiqué que cette atteinte avait une influence sur la capacité de travail de la recourante. Le Dr???. _____ a précisé qu'il n'existait pas de motifs médicaux sérieux permettant d'expliquer pourquoi l'assurée ne pourrait pas utiliser professionnellement sa main gauche et ceci au terme d'une analyse détaillée de son dossier médical. On rappellera enfin que le Dr M. _____ a exclu la présence d'une atteinte neurologique, en particulier à l'endroit du nerf cubital gauche et ses

branches et constaté que l'électroneuromyographie réalisée n'avait révélé aucune anomalie neurographique (rapport du 29 mars 2011).

c) On ne peut suivre la recourante lorsqu'elle reproche à la CNA d'avoir privilégié l'avis de ses médecins-conseils, les Drs X. _____ et???. _____, au détriment de celui de ses médecins-traitants. En effet, il ressort certes du dossier que plusieurs médecins assistant de l'hôpital [...] ont attesté de la continuation de l'incapacité totale de travail de la recourante postérieurement au 1^{er} décembre 2011. Cependant, les certificats médicaux en question sont très succincts ; ils ne contiennent en particulier aucune explication et ne précisent pas pourquoi, d'un point de vue médical, la reprise du travail préconisée par le Dr X. _____ ne serait pas indiquée. On relèvera par ailleurs que la Dresse K. _____ avait, dans un premier temps, indiqué que le travail pourrait être repris dès le 17 août 2011 (certificat médical du 14 juillet 2011).

Quant aux certificats établis par le Dr Y. _____, spécialiste en psychiatrie, ils sont également très succincts, se limitant à attester une incapacité de travail. Ils ne permettent pas de considérer que la recourante présente une atteinte à la santé psychique en lien de causalité avec l'accident, étant rappelé qu'en cas d'accident de peu de gravité, l'existence d'un rapport de causalité entre les troubles psychiques et l'accident doit en principe être d'emblée niée (ATF 115 V 133 ; TFA U 288/03 du 24 mars 2004 consid. 4.1 ; JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : U. Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2. Auflage, Bâle 2007, n° 57, p. 857) et qu'elle est admise de manière restrictive en cas d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2 ; JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, op. cit., n. 91, p. 869).

d) Vu ce qui précède, il faut constater que les pièces auxquelles la recourante se réfère ne sont pas suffisamment étayées pour mettre en doute l'appréciation de la capacité de travail à laquelle a

procédé l'intimée, en se fondant essentiellement sur les rapports probants des Drs X. _____ et???. _____. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction que ce soit en requérant un rapport complémentaire auprès des médecins traitants de la recourante - qu'elle aurait au demeurant pu produire de sa propre initiative vu son obligation de collaborer à l'administration des preuves - ou en mettant en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de statuer (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3, TF 9C_188/2013 du 24 juillet 2013 consid. 2.2).

6. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

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

b) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens. La CNA n'a pas non plus droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et ATF 126 V 143).

c) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la désignation d'office d'une avocate en la personne de Me Sandra Joseph Veuve à compter du 11 octobre 2012 (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) de sorte qu'il y a lieu de fixer l'indemnité due à Me Joseph Veuve. Le conseil juridique commis d'office a en effet droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable (art. 122 al. 1 CPC), qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré, le juge appréciant l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès (art. 2 al. 1 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Invitée à produire sa liste des opérations (cf. art. 3 RAJ), Me Joseph Veuve a procédé le 24 février 2015. Il convient de retrancher de cette liste les opérations antérieures à l'octroi de l'assistance judiciaire, sous réserve du temps

consacré à la rédaction du recours, celles effectuées en lien avec la procédure d'assurance-invalidité, ainsi que de réduire le temps consacré à la rédaction des écritures au tribunal, ce d'autant plus que l'activité de la stagiaire n'a fait l'objet d'aucune distinction particulière. Il en résulte que vu l'étendue des opérations nécessaires à la conduite du procès, il y a lieu d'arrêter le défraiment équitable à 3'742 fr. 20, TVA comprise (soit 3'465 francs [19.25 heures x 180 francs] + 277 fr. 20 de TVA), auquel il convient d'ajouter 108 francs pour les débours, TVA incluse (cf. art. 3 al. 3 RAJ). L'indemnité d'office de Me Joseph Veuve s'élève donc au total à 3'850 fr. 20.

La rémunération de l'avocate d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**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 13 septembre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Joseph Veuve, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'850 fr. 20 (trois mille huit cent cinquante francs et vingt 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 Sandra Joseph Veuve (pour R. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :