

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2015

Composition : M. MERZ, président
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me David Moinat, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 10, 16, 18, 19 et 24 LAA.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante équatorienne née en 1984, a achevé une formation commerciale dans son pays d'origine.

Entrée en Suisse en 2003, elle a exercé une activité d'employée d'entretien avant de se mettre à disposition de la société B._____SA à plein temps dès le 16 octobre 2006. Elle a été placée par cette société, notamment à compter d'août 2007, en qualité de manutentionnaire à 100% auprès de C._____SA.

En sa qualité d'intérimaire, elle était assurée, contre les accidents professionnels et non professionnels, par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. En date du 17 novembre 2007, l'assurée a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Son avant-bras droit a été coincé et écrasé sous l'extrémité d'un tapis transporteur de courrier, alors qu'elle était en train d'attraper un carton sur ce tapis après avoir attaché une liasse de lettres. L'intervention des pompiers a été nécessaire pour libérer le membre de l'assurée, avant que celle-ci ne fût hospitalisée auprès du Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier D._____ (cf. rapport d'accident subséquent, établi par la CNA le 2 avril 2008).

Les conséquences financières de ce cas, annoncé par B._____SA au moyen d'une déclaration de sinistre du 26 novembre 2007, ont été prises en charge par la CNA qui s'est acquittée du paiement des frais de traitement et des indemnités journalières.

Dans un rapport à la CNA du 27 janvier 2008, le Centre hospitalier D._____, sous la plume du Dr G._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a indiqué que l'assurée

avait subi un « écrasement de la main et de l'avant-bras entre deux rouleaux d'une machine de tri postal ». Ce praticien avait constaté une « impotence fonctionnelle des doigts et du poignet » et une « tuméfaction importante de toute la main et [de l']avant-bras », avec une « fracture de la styloïde cubitale » au niveau radiologique. Une incapacité totale de travail, prononcée depuis la date de l'accident, était en cours.

Une reprise d'activité à 50% a été préconisée par le Centre hospitalier D._____ dès le 21 avril 2008, respectivement à 80% dès le 5 mai 2008, le port de charges lourdes demeurant contre-indiqué (cf. certificat du Centre hospitalier D._____ du 24 avril 2008). La capacité de travail a toutefois été considérée comme nulle dès le 7 mai 2008, puis réduite à 50% dès le 12 mai 2008, tandis que la reprise de travail a à nouveau été totalement interrompue dès le 15 juillet 2008, l'assurée devant se rendre à la consultation du Dr J._____, spécialiste en chirurgie de la main au sein de la Clinique H._____.

C. Ce dernier a pratiqué une arthroscopie radio-carpienne, une synovectomie arthroscopique et un débridement cartilagineux à l'occasion d'une intervention du 28 juillet 2008, après avoir constaté un « défaut cartilagineux [du] radius post-traumatique ou dégénératif avec synovite radio-carpienne [du] poignet à droite ». Il a poursuivi l'incapacité totale de travail, tout en précisant dans un rapport du 15 septembre 2008 que sa patiente pourrait « accomplir des travaux qui ne nécessitent pas de mouvement répétitif, ni porter de charge plusieurs fois par jour au-delà de 10kg à 100%, [ni] monter sur des échelles ou effectuer d'autres travaux chargeant trop le poignet droit ». Une reconversion professionnelle devait être envisagée.

Par dépôt du formulaire ad hoc en date du 15 septembre 2008, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

L'assurée a par ailleurs consulté le Dr L._____, spécialiste en gastro-entérologie, le 22 août 2008, lequel a diagnostiqué des « troubles

dyspeptiques de nature psychosomatique probable » à l'issue d'un rapport à la CNA du 7 octobre 2008.

Dans l'intervalle, le 26 septembre 2008, la psychologue K._____ a annoncé à la CNA avoir pris en charge l'assurée en urgence, du fait d'un diagnostic de « troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) ».

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet droit a été réalisée au sein du Centre hospitalier D._____ le 4 mars 2009, laquelle a mis en évidence une « lésion du fibrocartilage triangulaire (TFC) de type II b avec aspect très aminci, associée à une chondromalacie de la face proximale de l'os semi-lunaire, compatible avec une atteinte dégénérative » et une « probable ténosynovite chronique de l'extenseur ulnaire du carpe ».

La psychologue K._____ a complété un rapport le 18 mars 2009 à l'attention de la CNA, reprenant les diagnostics précédemment évoqués et faisant part du suivi hebdomadaire de l'assurée. Elle a relaté un « état général amélioré » en dépit d'une « fragilité importante avec chute de l'humeur suite à de mauvaises expériences ».

D. Compte tenu des constats d'imagerie et de la symptomatologie douloureuse affectant l'assurée, le Dr J._____ a réalisé une arthrodèse radio-ulnaire distale de Sauvé-Kapandji le 6 juillet 2009. Il a indiqué à la CNA le 23 novembre 2009 que l'évolution post-opératoire était lentement favorable, tandis que l'exigibilité décrite le 15 septembre 2008 restait à son sens d'actualité.

Sur le plan psychique, la psychologue K._____ a entre-temps signalé, par rapport du 24 août 2009, que l'assurée présentait un « état émotionnel stabilisé, mais encore fragile en fonction de l'évolution de son atteinte physique et des démarches de réinsertion professionnelle ». Elle a

en substance réitéré ces observations le 14 mars 2010, mentionnant une « difficulté à gérer le stress et [l']acceptation du handicap ».

Le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à un examen de l'assurée le 5 mai 2010, constatant ce qui suit :

« [...] Du point de vue **subjectif**, [l'assurée] signale la persistance de douleurs surtout au niveau du poignet et concernant la moitié distale du côté cubital de l'avant-bras droit. Diminution de la force. Fatigabilité accrue. Difficultés de repos nocturne. Météo-sensibilité également gênante. Nécessité de médication antalgique presque quotidienne.

Objectivement, la patiente est bien collaborante. Par moments, elle présente une labilité émotionnelle avec écoulement de larmes. Lors de la marche le MSD [réd : membre supérieur droit] présente une diminution du ballant. Par ailleurs, j'ai trouvé une bonne mobilité au niveau de l'épaule et du coude et absence d'amyotrophie. Le poignet n'est que modérément restreint en flexion-extension et propulsion. Il y a une diminution de la force, notamment au dynamomètre de Jamar.

[...] L'activité telle qu'exercée au moment de l'accident n'est plus exigible sans aménagement.

Exigibilité :

Absence d'efforts avec le MSD. Absence de transport de poids ou de charge dépassant 5kg, exceptionnellement 10kg. Pas de gestes brusques concernant la main et le poignet, ni à caractère répétitif. Dans le cadre de ces limitations, il appartient à notre assurée de mettre en valeur une capacité de travail complète pour temps de présence et rentabilité, immédiatement.

A notre charge, reste la médication antalgique que je propose de couvrir, pour autant que prescrite, jusqu'à fin 2010.

Il n'y a pas en l'état actuel des choses, d'indication à d'autres investigations ou gestes thérapeutiques. Une AMO [réd. : ablation du matériel d'ostéosynthèse] se justifierait seulement en cas de survenue de complication (improbable).

Dans la situation constatée, je ne retiens pas de droit à l'IPAI [réd. : indemnité pour atteinte à l'intégrité]. [...] »

Dans un certificat intermédiaire adressé à la CNA le 29 novembre 2010, le Dr J._____ a fait état d'une situation stationnaire tant en termes de constats objectifs que d'exigibilité, en dépit d'une légère péjoration alléguée par sa patiente.

Représentée par son avocat, Me Olivier Carré, l'assurée a signalé à la CNA par pli du 4 décembre 2010 que son état de santé n'était

à son sens pas stabilisé et a sollicité une évaluation précise au sein de la Clinique W._____, ainsi que la mise en œuvre d'une observation professionnelle spécialisée.

E. L'assurée a séjourné auprès de la Clinique W._____ du 6 au 20 janvier 2011 où elle a été examinée à cette occasion sur les plans rhumatologique (Dr R._____ et Dresse S._____), neurologique (Dr AA._____) et psychiatrique (Dresse P._____), ainsi que fait l'objet d'une observation en ateliers professionnels (sous la supervision du Dr Q._____).

Le rapport corrélatif, établi le 17 février 2011, mentionne les diagnostics suivants :

« Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes du poignet droit.
Etat de stress post-traumatique (PTSD).
Accident du travail le 17.11.2007 avec :
- écrasement de l'avant-bras droit
- fracture styloïde cubitale droite.
28.01.2008 [recte : 28.07.2008] : arthroscopie du poignet droit.
Défaut cartilagineux sur la surface lunarienne droite du radius diagnostiqué par arthroscopie le 28.01.2008 [recte : 28.07.2008].
06.07.2009 : opération de Sauvé-Kapandji du cubitus droit. »

S'agissant de l'appréciation du cas, les experts de la Clinique W._____ se sont exprimés notamment en ces termes :

« [...] **1. En ce qui concerne le poignet droit :**

[...] Selon l'avis de notre consultant-chirurgien de la main, la patiente présente une évolution satisfaisante après l'arthrodèse. Au vu de l'existence de paresthésies et d'une hypoesthésie au niveau de la face dorsale et palmaire des 4^{ème} et 5^{ème} rayons, il propose la réalisation d'un ENMG [réd. : électroneuromyogramme] à la recherche d'une lésion du nerf cubital.

Le neurologue, après son examen électro-clinique du 14.01.2011, ne relève aucun signe de compression active du nerf ulnaire à droite, ni de signe de plexopathie inférieure ou de syndrome radiculaire C8 ou D1. A son avis la répartition du déficit sensitif suit le territoire anatomique connu, évoquant le diagnostic différentiel d'une éventuelle ancienne neuropathie du nerf ulnaire. A part les traitements antalgiques il ne propose pas d'autre mesure.

Sur le plan antalgique, nous rappelons que cette patiente a été sous AINS [réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens] avec une réponse médiocre. Nous introduisons un traitement de Lyrica que nous débutons à petite dose, qui est par la suite augmentée à 50 mg 2 x/jour à la fin de son séjour. A l'heure actuelle ce dosage n'a pas

d'impact sur les douleurs, mais il semble bien toléré, raison pour laquelle nous proposons au médecin-traitant d'augmenter progressivement le dosage jusqu'à obtenir une réponse favorable.

La prise en charge d'ergothérapie avait comme objectifs d'évaluer le membre supérieur droit et de réaliser l'entraînement de la force-endurance au niveau de l'avant-bras et de la main droits (cf. rapport). Durant le séjour, on observe que la mobilité du membre supérieur droit est assez bonne avec surtout des déficits de force et des limitations dus aux douleurs.

Avec une prise en charge de physiothérapie, la thérapeute observe en fin de séjour que la patiente fait les exercices avec beaucoup de difficultés et ressent des douleurs du poignet droit. Globalement il n'y a pas eu de régression des plaintes, et aucune progression fonctionnelle objective n'est notée au terme du séjour, tant pour l'ergo- que pour la physiothérapie, raison pour laquelle aucune proposition de poursuite ambulatoire n'est formulée.

2. Sur le plan psychiatrique :

Nous rappelons que cette patiente bénéficie depuis trois ans environ d'un suivi psychologique ambulatoire et à l'arrivée dans notre service, nous observons la présence d'une anxiété importante, d'une labilité émotionnelle et d'un contexte socio-professionnel précaire. A l'admission également, la patiente décrit des épisodes d'angoisse en rapport avec les machines roulantes ou les machines qui se ferment. Le consilium psychiatrique du 12.01.2011 a retenu un état de stress post-traumatique associé à une modification notable de la personnalité

(cf. rapport). Notre consultante note la présence de facteurs prédisposants à une chronicisation, à savoir une vision catastrophique de l'avenir, des difficultés de gestion de la douleur, des anticipations anxieuses et des auto-limitations importantes. Sur le plan thérapeutique elle propose une évaluation spécifique et une prise en charge du PTSD par le psychologue clinicien de même qu'une intégration dans le groupe « relaxation ». Cette prise en charge doit être poursuivie au-delà de l'hospitalisation. Durant le séjour la patiente a bénéficié d'entretiens individuels qui n'ont pas pu être poursuivis au-delà de deux séances en raison de la brièveté du séjour.

3. Sur le plan socio-professionnel :

La patiente travaillait au tri postal de [...] par le biais d'une entreprise temporaire lors de l'accident. Ce contrat a pris fin au 31.12.2009. [...] Durant l'hospitalisation, [l'assurée] a été suivie dans nos ateliers professionnels et par la psychologue OSP [réd. : en orientation socio-professionnelle] à but d'évaluation globale ainsi que de réorientation professionnelle. Concernant la recherche de professions susceptibles de lui convenir, elle paraît déterminée concernant la voie d'employée de bureau/commerce, mais aussi comme gestionnaire de commerce de détail, même si les recherches de places de travail se sont soldées toutes par des réponses négatives auparavant. La prise en charge par la psychologue OSP s'est limitée à des entretiens individuels, la sortie de la patiente ayant été planifiée plus rapidement que prévu. L'entretien est resté essentiellement centré sur les techniques de recherches d'emploi. Au cours des activités pratiquées au sein des ateliers professionnels (cf. rapport), il a été observé la persistance de douleurs et des interruptions fréquentes, en conséquence, ce qui laisse penser que

son rendement peut être diminué. Par ailleurs, une appréhension face à diverses machines a été constatée.

Actuellement la situation médicale est stabilisée. Après analyse de tous les éléments, notamment sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail complète dans son activité antérieure est reconnue. Dans une activité adaptée, la capacité de travail peut être partielle (50 %), avec pour l'heure une baisse de rendement, étant donné la symptomatologie anxieuse et dépressive moyenne. Une réévaluation psychiatrique d'ici 8-12 mois est à prévoir. Les limitations physiques sont le port de charges lourdes, les gestes répétitifs de la main et de l'avant-bras (rotation répétée, flexion-extension répétée) surtout s'ils sont faits avec force. Dans une activité légère, sur le plan physique, dans une activité adaptée la capacité de travail serait complète. [...] »

En outre, l'experte psychiatre, la Dresse P. _____, a relevé ce qui suit s'agissant du status psychologique, pour justifier du diagnostic d'un « état de stress post-traumatique » :

« [...] A l'observation, il s'agit d'une jeune femme faisant son âge, en bonne tenue hygiéno-vestimentaire, vigile et orientée, collaborante à l'examen. Dès l'évocation de son accident, elle présente une importante labilité émotionnelle, elle fond en larmes, et elle évoque l'accident temporellement comme s'il s'agissait d'un épisode extrêmement récent. Elle manifeste des signes évidents d'anxiété. Elle décrit également une anxiété quasi permanente dans la vie quotidienne, dans des situations anodines d'ascenseur, tapis roulant ou tout autre machine qui lui rappellent irrémédiablement le déroulement de son accident (flashback). Elle relate également être devenue extrêmement anxieuse non seulement pour elle mais également pour sa fille, craignant à tout moment que celle-ci ne subisse un accident. Les cauchemars sont fréquents. La patiente décrit une humeur fluctuante, des préoccupations anxieuses, une vision négative de son existence, un sentiment de perte d'espoir et une vision fataliste de l'existence. Elle signale une baisse de l'élan vital mais sans perte de motivation et une baisse de l'estime de soi. Pas d'idées noires, pas d'idées suicidaires. Elle signale des troubles de l'appétit sous forme de bouffées d'hyperphagie en cas d'anxiété et une prise de poids de plusieurs kilos en peu de temps. Du registre anxieux, on retient la présence d'équivalents de flashbacks, d'une anxiété quasi permanente, d'une hypervigilance, de la persistance de rêves concernant son accident et surtout d'un sentiment de modification de la personnalité depuis le traumatisme. Pour le reste, il n'y a pas d'indice pour un autre trouble anxieux spécifique, un trouble psychotique ou un trouble spécifique de la personnalité. »

Les experts de la Clinique W. _____ ont en définitive conclu en consilium à une stabilisation de l'état de santé physique, à l'inverse du plan psychologique nécessitant un suivi ambulatoire et une réévaluation

à huit ou douze mois, tout en considérant qu'une activité légère ménageant le poignet droit pourrait être exercée à plein temps.

F. Par pli du 29 mars 2011, l'assurée a informé la CNA d'une reprise d'emploi à 50% à titre expérimental dans un kiosque de l'entreprise V. _____ depuis le 7 mars 2011, laquelle semblait toutefois vouée à l'échec au vu de l'état de son poignet. Elle a également fait parvenir les rapports des 23 et 27 mars 2011, établis par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté dans l'intervalle. Ce dernier a estimé, à l'issue de son analyse du cas, que l'assurée pouvait prétendre une IPAI, tandis qu'il se ralliait à l'appréciation de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, sous réserve du port de charges circonscrit par le Dr M. _____, 5 à 10kg lui paraissant excessif. Il a en outre considéré que les conditions mises à la reconnaissance d'une invalidité étaient remplies, le concours de l'AI s'avérant à son sens indispensable en vue de la réintégration de l'assurée. Des mesures thérapeutiques, telles que la pose d'une prothèse ou le blocage du poignet douloureux, étaient par ailleurs évoquées.

L'assurée a signalé à la CNA le 14 avril 2011 que sa reprise d'emploi avait été interrompue, une incapacité totale de travail ayant été attestée _____ dès _____ le 4 avril 2011 par le Dr T. _____.

Le 21 avril 2011, B. _____ SA a annoncé à la CNA, au moyen d'une nouvelle déclaration de sinistre, une rechute de l'accident du 17 novembre 2007.

En date du 17 juin 2011, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a fait part de son appréciation médicale en lien avec le droit à une IPAI, retenant les éléments ci-dessous :

« [...] Lors de l'examen final du 05.05.2010, le médecin d'arrondissement reconnaît une exigibilité en raison de troubles fonctionnels du poignet D [réd. : droit].

Cette exigibilité est confirmée par le Dr T. _____ dans le rapport qu'il établit le 23.03.2011 à la demande de l'avocat de la patiente.

Pour notre part, sur la base de ce qui précède et en l'absence d'éléments nouveaux, nous confirmons l'exigibilité telle qu'émise par le médecin d'arrondissement dans son bilan final du 05.05.2010.

Considérant les troubles fonctionnels, nous estimons que la diminution de la pro-supination à 70-0-80° contre 90-0-90° de l'avant-bras G [réd : gauche] constitue une perte mineure, dont l'impact est très limité dans les activités quotidiennes.

Par contre, la mobilité en flexion-extension à 40-0-60° contre 90-0-90° à G constitue une perte fonctionnelle significative et ce d'autant plus qu'il s'agit de la main dominante d'une patiente manutentionnaire.

En conséquence, il nous semble justifié d'octroyer une IPAI à la patiente selon les modalités suivantes :

Notre estimation est fondée sur la Table 1 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA qui prévoit, pour une arthrodèse radio-carpienne, un taux d'exactlyment 15%.

La situation actuelle de l'assurée correspond à une perte fonctionnelle en flexion-extension de l'ordre de 50%.

En conséquence, nous octroyons à l'assurée une IPAI de 7,5%.

En ce qui concerne la nécessité d'un traitement ultérieur, nous proposons à l'administration la prise en charge de 2 x 9 séances de physiothérapie par année, à réévaluer dans 2 ans. Ces séances de physiothérapie peuvent être utilisées soit de manière isolée, soit sous forme de cure. »

Par communication du 30 juin 2011, la CNA a informé l'assurée du terme de la prise en charge des frais de traitement et du versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2011, l'étude du droit à d'autres prestations se poursuivant pour le surplus.

L'assurée a contesté cette prise de position dans une correspondance du 22 août 2011, estimant que son état de santé n'était en l'état pas stabilisé, puisqu'une arthrodèse radio-carpienne était envisagée par le Dr T. _____, de même que des mesures de rééducation ergothérapeutiques en vue de favoriser l'usage de la main gauche en remplacement du membre atteint. Indépendamment de la non-stabilisation de son état, elle a requis l'octroi d'une IPAI d'un taux de 25%, subsidiairement de 20%, vu les limitations fonctionnelles liées aux douleurs et à l'arthrose, ainsi que la reconnaissance d'un degré d'invalidité proche de son taux d'incapacité de travail. Par courrier complémentaire du 24 septembre 2011, elle a par ailleurs annoncé une nouvelle intervention en vue de l'AMO laquelle serait réalisée par le Dr T. _____.

G. Par décision du 31 octobre 2011, la CNA a alloué à l'assurée une rente d'invalidité d'un taux de 12% correspondant à une rente mensuelle totale de 328 fr. 70 dès le 1^{er} septembre 2011, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité résultait de la comparaison des revenus mensuels sans et avec invalidité de 4'408 fr., respectivement 3'885 fr. La CNA a également octroyé une IPAI de 7,5%, soit un montant de 8'010 francs.

Selon les pièces versées au dossier de la CNA, le revenu déterminant d'invalidité de 3'885 fr. par mois a été mis en évidence sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT), à savoir les DPT 9644, 438186 et 11554 correspondant à des activités de collaboratrice de production, ainsi que les DPT 8926 relative à un emploi de contrôleuse de qualité et DPT 10405 afférente à un poste de réceptionniste.

L'assurée s'est opposée à la décision précitée dans une correspondance du 10 novembre 2011, réitérant que son état de santé n'était pas stabilisé et estimant que son degré d'invalidité était sous-évalué de même que le taux fondant l'IPAI. Elle a en outre signalé que l'AMO avait été effectuée par le Dr T._____ le 3 novembre 2011, ainsi que l'attestait le rapport opératoire du même jour produit en annexe.

La CNA a pris en charge, au titre de rechute, les frais engendrés par cette nouvelle intervention, ainsi que les indemnités journalières pour la période du 3 au 14 novembre 2011.

La CNA a établi sa décision sur opposition le 22 juin 2012, rejetant l'opposition du 10 novembre 2011 et maintenant sa décision du 31 octobre 2011. Elle a retenu que l'état de santé de l'assurée pouvait être considéré comme stabilisé à sa sortie de la Clinique W._____, vu les avis communiqués par les spécialistes de cette clinique. L'AMO subie le 3

novembre 2011 n'était au demeurant pas de nature à améliorer notablement les suites accidentelles, mais uniquement à faire diminuer les douleurs, sans que cette intervention n'eût de conséquences sur l'appréciation médicale du cas. La CNA avait cela étant pris en charge à bon droit les frais y afférents et servi des indemnités journalières au titre de rechute temporaire de l'accident du 17 novembre 2007. Sur le plan physique, la CNA relevait que les appréciations de ses médecins s'avéraient concordantes et devaient être suivies s'agissant de la capacité de travail exigible et des limitations fonctionnelles décrites, sans d'ailleurs que les médecins traitants de l'assurée n'eussent sérieusement remis en question ces éléments. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, la situation observée était tributaire du contexte socio-économique de l'assurée. En vertu de la jurisprudence fédérale rendue en matière de causalité adéquate, le lien entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et l'accident du 17 novembre 2007 devait de toute façon être nié, en l'absence de caractère impressionnant et de disproportion de l'incapacité de travail et des lésions subies. Enfin, eu égard à l'IPAI, la CNA a observé que le membre supérieur droit de l'assurée avait perdu 50% de capacité de flexion et d'extension. Cela équivalait bel et bien à 7,5% d'IPAI, étant rappelé qu'une arthrodèse radio-carpienne permettait l'octroi d'une IPAI de 15%.

Dans l'intervalle, dans le cadre de la demande de prestations AI formulée par l'assurée, après prise en compte des pièces médicales et administratives de la CNA, l'OAI a mis en œuvre une mesure de réinsertion, soit un entraînement à l'endurance dans le secteur du bureau auprès de l'entreprise U._____, par communication du 8 juin 2012, pour la période du 22 août 2012 au 23 novembre 2012, à concurrence de deux heures par jour durant quatre jours par semaine. Cette mesure a toutefois été interrompue dès le 29 octobre 2012, compte tenu d'une incapacité totale de travail prononcée par le médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr Y._____, motif pris d'une surcharge psychologique.

H. En parallèle, l'assurée, assistée de son conseil, a déféré la décision sur opposition de la CNA du 22 juin 2012 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 27 août 2012, concluant à son annulation sous suite d'octroi d'indemnités journalières au-delà du 31 août 2011, d'une rente d'invalidité fondée sur un taux de 50% et d'une IPAI de 30%. Elle a pour l'essentiel mis en exergue la constante dégradation de l'état de son poignet droit perclus d'arthrose, alors que des investigations étaient en cours en vue de nouveaux traitements, ce qui justifiait à son sens la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 août 2011. Quant à l'aspect psychique, il était nettement sous-évalué, l'intimée ayant exagéré l'impact de facteurs sociaux et familiaux, alors que le diagnostic de PTSD avait clairement été posé à la Clinique W._____. Si son cas devait par impossible être qualifié de stabilisé, il s'imposerait selon la recourante de lui accorder une rente d'invalidité fondée sur un taux de 50% au moins, compte tenu de limitations fonctionnelles très restrictives induites par l'état de son membre supérieur dominant. S'agissant de l'IPAI, il conviendrait de la fixer à 25% ou 30% au vu de la perte de mobilité du poignet. Etait par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, qui lui a été accordé par décision du juge instructeur du 28 août 2012, où Me Olivier Carré a été désigné en qualité d'avocat d'office.

Cette procédure de recours a été enregistrée sous numéro de cause AA 78/12.

Représentée par Me Didier Elsig, la CNA a produit sa réponse au recours le 29 novembre 2012, en proposant le rejet. Elle a rappelé que ses décisions du 31 octobre 2011 et décision sur opposition du 22 juin 2012 reposaient sur les avis médicaux étayés des médecins de la Clinique W._____ et de ses médecins d'arrondissement, lesquels n'avaient été remis en cause par aucun élément médical concret. Vu les conclusions concordantes des praticiens précités sur le plan médical, l'intimée était légitimée à mettre fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 31 août 2011. La quotité de la rente allouée à l'assurée était également bien fondée dans la mesure où

elle se basait sur une comparaison des revenus hypothétiques avant et après invalidité conforme aux règles légales et jurisprudentielles, en l'absence de toute reprise d'activité du fait de la recourante. Enfin, le taux d'IPAI avait été judicieusement déterminé par le médecin d'arrondissement selon des critères médicaux, qui n'étaient nullement ébranlés par l'appréciation non motivée du Dr T._____.

A l'occasion de sa réplique du 15 mars 2013, la recourante a produit de nouveaux rapports médicaux, établis les 16 octobre 2012 et 5 décembre 2012 par le Dr A._____, chef de clinique adjoint au sein de la Clinique H._____, et du 10 mars 2013 du Dr T._____.

Sur questions du mandataire de l'assurée, le Dr A._____ a confirmé le 16 octobre 2012 que celle-ci avait bénéficié d'une infiltration de cortisone susceptible d'amender temporairement ses douleurs et de fausser les résultats des mesures AI. Il préconisait un bilan arthro-IRM destiné à revoir les surfaces cartilagineuses, compte tenu du « manque de surface cartilagineuse de la fossette semi-lunarienne », mis en évidence précédemment par le Dr J._____. En outre, le Dr A._____ faisait état d'une « arthrodèse radio-cubitale distale tout à fait satisfaisante » et d'un « moignon distal du cubitus calme sans signe de conflit radio-cubital » en l'absence d'une « arthrose radio-carpienne ou médio-carpienne visualisable » et d'une « instabilité ligamentaire » sur des radiographies effectuées en juillet 2012. Il relevait que l'assurée restait dotée d'une « mobilisation articulaire assez bonne ». Par complément du 5 décembre 2012, il a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur le lien éventuel entre une dégradation de l'état du membre supérieur de l'assurée et le déroulement de la mesure organisée par l'OAI. Quant au Dr T._____, il s'est rallié aux observations du Dr A._____ et a précisé redouter une aggravation de l'état du poignet liée à la mesure AI, en présence d'une « lésion sévère [...] trop invalidante pour autoriser un stage ».

Aux termes de sa réplique, la recourante, se prévalant de ces documents, a maintenu que son état de santé n'était pas stabilisé en présence de nouvelles options thérapeutiques et d'une lésion cartilagineuse à son sens ignorée par la CNA. Son taux d'invalidité était manifestement trop bas compte tenu de ses limitations fonctionnelles et d'une dégradation survenue en 2012, laquelle imposait désormais le port d'une attelle. Enfin, elle relevait que la Table 3 des atteintes à l'intégrité prévoyait un taux d'indemnisation de 45% du fait de la perte d'une main, ce qui justifiait un degré d'IPAI de 30% ou de 25% dans le cas de sa main « sévèrement limitée ».

L'intimée a dupliqué le 27 juin 2013, confirmant sa précédente conclusion et observant que la lésion cartilagineuse mentionnée par le Dr A. _____ relevait à ce stade de l'hypothèse et qu'en cas de confirmation de ce diagnostic, il serait de toute façon d'origine dégénérative, ce qui excluait l'intervention de l'assurance-accidents. S'agissant du degré d'invalidité, la CNA a souligné l'adéquation des DPT utilisés pour procéder à la comparaison des revenus, rappelant que les éléments antérieurs ou étrangers à l'accident n'avaient pas à être pris en considération dans le calcul. Enfin, l'appréciation du médecin d'arrondissement en lien avec le taux d'IPAI revêtait à son avis pleine valeur probante.

I. Sur mandat de l'OAI, le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée et communiqué son rapport en date _____ du 6 août 2013. A l'issue de son investigation clinique, cet expert a retenu les diagnostics de « trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement compensé (F41.2) » et de « syndrome de comportement non spécifié associé à des facteurs physiques (F59) ». Il a fait part de ses conclusions notamment comme suit :

« [...] La période 2007 - 2008 était particulièrement chargée pour l'assurée. Il y a eu ici d'une part l'accident qui a changé beaucoup de choses pour elle, il y a eu d'autre part la séparation d'avec son mari avec beaucoup d'incertitudes supplémentaires. Ceci a été bien mentionné dans le premier rapport de la psychologue qu'elle a

contactée, Mme K. _____, qui a parlé d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte. Bien que ce ne soit en principe pas au psychologue de poser des diagnostics « médicaux », la terminologie nous paraît tout à fait adéquate et couvre très certainement d'une manière juste les réactions émotionnelles associées à ce qui s'est passé à cette période.

Plus tard, une année après, la psychologue reprend la même terminologie et note que la problématique n'est pas incapacitante. Encore dans un autre rapport de 2009, on parle d'un état « stabilisé ». Une année après, en 2010, on retrouve ce même type de formulation dans un rapport Suva, également chez l'avocat : « labilité émotive » et « ... déteint sur son moral ». On peut donc retenir que depuis l'accident et jusqu'en 2010 il y a eu toujours une forme d'accompagnement émotionnel, mais strictement lié aux facteurs extérieurs, l'accident, son incertitude physique, incertitude professionnelle, douleurs et les aménagements fonctionnels nécessaires.

Les choses changent d'une manière assez importante depuis le consilium psychiatrique du 12 janvier 2011 à la Clinique W. _____ de [...]. Ici, visiblement, notre consœur psychiatre était impressionnée par l'intensité du récit de l'accident que [l'assurée] livrait, de même l'intensité de la réaction émotionnelle l'accompagnant. Elle écrivait que la patiente évoquait l'accident temporellement comme s'il s'agissait d'un épisode extrêmement récent. Elle donnait de plus toute une panoplie de symptômes dont elle n'avait jamais parlé auparavant : flashes-back, cauchemars, anxiété élargie, crainte pour sa fille, baisse de l'élan vital, baisse de l'estime de soi, trouble de l'appétit, hyperphagie, hypervigilance et sentiment de modification de personnalité.

Notons que le status psychiatrique du médecin psychiatre fait un mélange entre observations cliniques directes / extérieures et énoncées [par l'assurée] (« elle décrit..., elle relate..., elle craint..., elle signale... »). Dans cette même époque il est décrit à un autre endroit que l'optimisme initial et la bonne motivation pour chercher et trouver des solutions avaient basculé en direction de pessimisme, de réalisme, voire déception. Il est donc bien possible que l'assurée était à ce moment-là dans une phase où elle a ressenti avec une plus grande intensité des changements de sa vie, intervenus par l'accident, et la nécessité de faire un deuil sur son intégrité corporelle complète. Il est tout aussi possible que, se trouvant dans un lieu où l'expression de son vécu intérieur était possible, tout est ressorti avec une grande intensité. Finalement, l'assurée étant intelligente et informée, il est théoriquement aussi possible qu'elle ait évoqué un certain nombre de symptômes psychiques qui peuvent être associés à un accident.

L'adéquation du diagnostic posé de l'état de stress post-traumatique n'a pas été discutée autrement dans le rapport. Rappelons ici que ce trouble est défini de la manière suivante : réponses différées ou prolongées à une situation où un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique : catastrophe naturelle ou d'origine humaine, guerre, accident grave, mort violente en présence du sujet, torture, terrorisme, viol et d'autres crimes (selon CIM-10). Sans vouloir diminuer l'importance subjective de la gravité de l'accident pour [l'assurée], ce qui s'est passé avec sa main n'est pas assimilable à ce type d'événement et il est tout au plus à mettre dans un registre de gravité moyenne.

Il est par ailleurs étonnant qu'à aucun moment auparavant la palette des symptômes n'a été évoquée par la psychologue traitante. Quoiqu'il en soit, suite au consilium, conseil a été donné pour un suivi spécifique. La documentation ne permet pas de vérifier ici quoique ce soit. Il ressort juste d'un rapport ultérieur de la psychologue et des descriptions de [l'assurée] qu'elle avait pris un antidépresseur par la suite et jusqu'à ce jour. Il n'y a jamais eu de traitement par psychiatre, encore moins par un spécialiste des troubles de stress post-traumatique. Visiblement, l'état psychique de [l'assurée] n'était pas si mal en juin 2011 puisqu'on écrit que son état fluctue en fonction des événements extérieurs, notamment les différentes nouvelles ou absences de nouvelles de la part des assurances.

Lors de notre examen, [l'assurée] a donné une description neutre, sans aucune émotion particulière des événements de l'accident. Elle disait ne pas se rappeler précisément, avoir été sous l'emprise de l'anxiété pour se libérer et d'être libérée, par moment désespérée, par moment en espoir et ensuite soulagée ensuite avec la réussite de la libération de la main. Elle pouvait donc parler de l'accident sans déclencher des réactions décrites dans le rapport de [...].

Il n'existe aucun élément non plus pour la suite des événements du côté psychique. L'assurée est entrée dans les propositions d'évaluation professionnelle et le contrat conclu entre AI et U._____. Nous avons ici cité en détail le résumé d'évaluation après quelques mois, qui est dans l'ensemble très positif (mis à part les restrictions évoquées initialement). Il ne ressort à aucun endroit de ce rapport un aspect dépressif significatif. Par contre il y a évocation de soucis, de craintes et d'anxiété concernant le domaine extra professionnel, sa fille, sa vie familiale, etc. Notons dans ce contexte que l'assurée a vu aussi s'améliorer sa situation psychique dans le sens de sa nouvelle rencontre et de son remariage de 2010. Elle nous a décrit ici une nouvelle vie de couple et de famille harmonieuse avec beaucoup de respect, de soutien, acceptation de sa fille, gentillesse, etc. Cette relation a été décrite entièrement en termes positifs et visiblement, elle a une certaine influence positive, aussi sur le psychisme et le vécu de l'assurée.

Les mesures d'évaluation et d'entraînement ont été stoppées à la fois pour des raisons subjectives et par l'intermédiaire du certificat d'arrêt de travail de son médecin généraliste. Lors de notre examen, [l'assurée] a donné une autre version : elle aurait beaucoup souffert de stress chez U._____, de migraines, de manque de pauses, d'une « atmosphère de garderie », de la jeunesse et immaturité des autres participants, de l'espace ouvert et selon elle, du manque de professionnalisme. Elle est ici visiblement assez disqualifiante, défensive et ancrée dans ses convictions personnelles. Résumons pour cette partie uniquement que du rapport final de U._____, aucun dysfonctionnement psychique majeur ne ressort.

En observation directe, en juin 2013, nous avons vu et décrit une femme dans une très bonne présentation, soignée, subtilement souriante aux présentations, dans un très bon tonus corporel, ni fatiguée, ni fatigable, tenant sans problème deux heures et quart d'entretien. Elle n'a montré à aucun moment un quelconque affaiblissement. Elle maîtrisait bien le français, il n'y avait pas de trouble cognitif à constater, ses réponses et récits étaient structurés, il y avait même une tendance à dominer l'espace - temps.

Sur le plan affectif, elle était émotive, ceci dit momentanément affectée, proche des larmes ou affligée en contact avec des sujets pénibles pour elle. À l'inverse, elle pouvait être euthymique et une

grande partie aussi souriante et parfois observable dans de petits rires. Il n'y avait absolument pas de fixation émotionnelle et en particulier pas dans un sens dépressif.

Nos observations correspondaient aussi aux résultats de l'application d'échelles standardisées : ici l'échelle de ralentissement et l'échelle d'évaluation dépressive MADRS [réd. : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale] ont montré des résultats tout à fait rassurants et normaux.

Elle s'est montrée exaspérée par rapport au déroulement de son historique médical, dans une certaine incompréhension par rapport aux assureurs et en révolte contre la diminution de son potentiel physique.

Nous avons effectué un dosage médicamenteux des antidépresseurs prescrits et qu'elle disait prendre. Il s'est avéré ici que l'un d'eux est pris correctement, pour l'autre il n'y a pas de trace. Ce dernier concerne une substance antidépressive complémentaire qui vise à réguler le sommeil, justement décrit perturbé par l'assurée. Il existe donc ici, si nécessaire et souhaité, toujours un potentiel d'optimisation thérapeutique.

Notons dans ce contexte aussi que le suivi chez la psychologue a été arrêté en 2012 et que la dernière consultation chez son médecin (qui prescrit aussi les médicaments psychotropes) date du mois de janvier 2013.

Dans l'ensemble, on peut constater qu'il n'y a clairement aucune atteinte psychique majeure et/ou indépendante. Ceci concerne l'anxiété, la thymie, la personnalité et d'éventuels autres domaines psychiques. Autrement dit, nous avons vu une femme qui est sur le plan psychique valide, normale et fonctionnelle.

Vu avec distance, il s'agit donc d'une femme qui a en quelque sorte perdu son « innocence de jeunesse », qui a malheureusement dû faire l'expérience de la vulnérabilité de la vie et qui est amenée à faire un chemin d'acceptation d'éléments de vie adverse.

Elle était beaucoup fixée sur le fait d'évoquer « l'avant et l'après ». Elle a insisté à quel point elle était en bonne santé avant 2007, à quel point il est dur d'accepter son handicap et aussi la notion que des accidents peuvent arriver. Il y a ici l'explication pour des craintes élargies un peu irrationnelles concernant sa fille. Mais elle pouvait bien admettre dans la discussion qu'il est nécessaire voir indispensable de laisser sa fille grandir, lui donner progressivement de liberté etc.

Bref, chez l'assurée en question, le processus de deuil, avec tous ses stades, est encore difficile, et l'intégration sur de nouvelles données n'est au stade actuel que partiellement atteinte. Mais, rappelons encore une fois, qu'il ne s'agit pas d'un processus pathologique, ni d'une fixation pathologique. L'assurée, avec ses moyens intellectuels et psychiques, dispose de tous les moyens pour mener ce processus à bout. Contrairement à ses croyances et affirmations, il n'y a pas de modification de personnalité. »

S'agissant des diagnostics et de la capacité de travail de l'assurée, le Dr E. _____ a précisé les éléments suivants :

« [...] Nous avons choisi cette combinaison diagnostique car formellement, un trouble de l'adaptation ne peut plus être diagnostiqué plusieurs années après l'événement déclenchant.

Bien que la description des douleurs restantes était intense, nous n'avons pas retenu un diagnostic de troubles somatoforme douloureux. Il y a ici surtout le fait qu'il n'y a pas d'élargissement ; les douleurs sont décrites toujours circonscrites autour des régions anatomiques lésées.

En conséquence, il n'y a au stade actuel aucune incapacité de travail ni diminution de rendement à constater d'un point de vue psychique - psychiatrique. En ce qui concerne le passé, nous n'avons trouvé aucun argument pour dire que les réactions anxio-dépressives associées (trouble de l'adaptation) avaient provoqué une atteinte supérieure à ce qui est retenu sur le plan physique, exception faite ici du constat de [...], où une incapacité de travail de 50% pour des raisons psychiques - psychiatriques a été retenue. Si l'on accepte cette notion, si l'on suit les recommandations et le fait que l'assurée était effectivement pendant quelques mois dans un traitement spécifique, qu'elle a commencé à prendre des médicaments, la capacité de travail d'un point de vue psychique était à nouveau entière six à huit mois après, c'est-à-dire au mois d'octobre 2011.

Les conclusions pour aujourd'hui sont très claires : toutes les activités qui seront considérées comme adaptées et exigibles sur le plan physique peuvent entièrement être assumées d'un point de vue psychique. [...] »

J. L'assurée a adressé une détermination le 31 octobre 2013 à la Cour de céans, accompagnée d'un complément du Dr T._____ du 23 octobre 2013 portant sur la prise de position de l'intimée, où ce praticien a rappelé que l'arthrose diagnostiquée auprès de la recourante était à son avis d'origine essentiellement post-traumatique. Elle a au surplus maintenu les conclusions initiales de son recours, signalant avoir fait l'objet de l'expertise psychiatrique susmentionnée, diligentée par l'OAI.

Quant à l'intimée, elle a pour l'essentiel réfuté, par pli du 25 novembre 2013, les considérations du Dr T._____, estimant que le raisonnement de ce dernier procédait du principe « post hoc ergo propter hoc » impropre à établir un lien de causalité entre un accident et une atteinte à la santé.

Le 15 janvier 2014, la recourante a fait parvenir une nouvelle analyse du Dr T._____ du 13 janvier 2014 contestant le recours au raisonnement « post hoc ergo propter hoc » dans la mesure où une « lésion cartilagineuse dégénérative post-traumatique » était avérée suite à l'arthro-IRM réalisé le 13 mai 2013. Les mesures médicales utiles avaient

par ailleurs toutes été envisagées par l'assurée, tandis que la symptomatologie douloureuse encore présente chez une femme jeune des suites de l'accident incriminé requérait forcément des traitements supplémentaires.

L'intimée a pour l'essentiel réitéré ses observations et maintenu ses conclusions par pli du 19 février 2014, rappelant que l'objet du litige avait trait à la question du lien de causalité sans que la question de la prise en charge des douleurs de l'assurée ne revêtît d'intérêt à sa solution.

La recourante a produit une nouvelle prise de position du Dr T. _____ datée du 11 mars 2014, par laquelle était remise en question l'appréciation de la CNA, en annexe à une détermination du 13 mars 2014. Elle a répété ses précédents arguments et proposé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

K. De son côté, l'OAI a procédé à l'évaluation théorique de l'invalidité de l'assurée, prenant en considération une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2011. Les revenus hypothétiques sans et avec invalidité déterminants pour le calcul ont été arrêtés sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour l'année 2010, avec actualisation des chiffres à l'année 2011. Le revenu sans invalidité retenu ascendait ainsi à 53'383 fr. 30 dans toutes activités des secteurs de la production et des services sans qualification professionnelle préalable. Le revenu d'invalidité, également dans une activité non qualifiée des secteurs de la production et des services, se montait à 48'044 fr. après réduction de 10% des salaires statistiques destinée à compenser les limitations fonctionnelles de l'assurée. Un préjudice économique de 5'338 fr. 30 était dès lors obtenu, lequel correspondait à un degré d'invalidité de 10%.

Vu ces éléments, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée le 3 février 2014, envisageant de la mettre au bénéfice d'une rente entière

d'invalidité, fondée sur un taux de 100%, pour la période limitée s'étendant du 1^{er} novembre 2008 au 30 novembre 2011. Cette prestation était supprimée à l'issue du délai de trois mois suivant l'amélioration de son état de santé psychique dès le 1^{er} septembre 2011, compte tenu d'un degré d'invalidité de 10% ressortant de la comparaison des gains ci-dessus.

Le 7 mars 2014, l'assurée a contesté ce projet avec l'assistance de son conseil, se prévalant de l'importante symptomatologie douloureuse l'affectant sur le plan somatique et des possibles mesures médicales envisagées, tandis que la dégradation progressive de son poignet droit s'accroissait avec sa mobilisation. Elle s'est par ailleurs référée aux rapports du Dr T. _____ produits dans le cadre du litige l'opposant à la CNA.

En date du 2 juillet 2014, l'OAI a rendu une décision, avec le concours de la caisse de compensation compétente, conforme à son projet de décision du 3 février 2014 et considéré ce faisant que les observations du Dr T. _____ ne justifiaient pas une nouvelle appréciation du cas de l'assurée.

L. L'assurée, également représentée par Me Carré, a interjeté recours contre cette décision par acte du 3 septembre 2014, concluant principalement à la reconnaissance de son droit à la rente d'invalidité au-delà du mois de novembre 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Contestant l'appréciation médicale de sa situation, elle a par ailleurs fait grief à l'OAI de ne pas avoir procédé attentivement à la détermination des revenus avec et sans invalidité. A son sens, le revenu sans invalidité n'était pas le reflet de ses perspectives d'avancement, alors qu'une formation interne était envisagée à C. _____ SA en vue de l'accession à un poste fixe susceptible d'évolution. Quant au revenu d'invalidité, il ne prenait pas en considération la limitation du gain réalisable concrètement du fait des restrictions d'utilisation du

membre dominant. Enfin, les mesures de réadaptation n'avaient pas été suffisamment étudiées.

Cette seconde procédure de recours porte le numéro de cause AI 185/14.

L'OAI a pour sa part proposé le rejet du recours aux termes de sa réponse du 6 octobre 2014.

M. Après consultation du dossier constitué par l'OAI, la CNA a constaté, dans une détermination du 1^{er} octobre 2014, que ses propres conclusions étaient superposables aux éléments retenus par l'OAI, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Elle a estimé au surplus que l'instruction du cas était complète de sorte que la Cour de céans était en mesure de trancher le litige.

Par pli du 8 janvier 2015, Me Carré a sollicité pour le compte de l'assurée que les procédures AA 78/12 et AI 185/14 fussent instruites conjointement, tout en requérant une prolongation de délai dans la mesure utile pour déposer de nouvelles pièces, notamment professionnelles, étant donné les démarches effectuées par sa mandante en vue de la reconnaissance de ses diplômes équatoriens, ce à quoi l'intimée s'est opposée le 9 janvier 2015.

Le juge instructeur a précisé le 6 février 2015 que les pièces des dossiers AA 78/12 et AI 185/14 seraient transmises réciproquement aux parties à ces deux procédures en leur laissant l'opportunité de se déterminer, sans toutefois procéder à la jonction des causes.

Le 10 mars 2015, l'OAI a indiqué ne pas avoir de remarque complémentaire à formuler suite à l'analyse des pièces du dossier de la CNA et persister à conclure au rejet du recours contre sa décision du 2 juillet 2014.

La CNA a fait de même par écriture du 30 avril 2015.

N. Dans l'intervalle, soit le 21 février 2015, Me Carré a informé le juge instructeur de la résiliation de son mandat du fait de l'assurée et sollicité la taxation de ses frais et honoraires pour le temps consacré à la défense de ses intérêts, sur la base de la liste d'activités produite en annexe à sa correspondance.

Suite à des informations complémentaires requises par le Tribunal, Me Carré a été libéré de son mandat par courrier du juge instructeur du 8 avril 2015, lequel a néanmoins précisé que les indemnités seraient fixées dans les arrêts à venir sur le fond, par souci d'économie de procédure.

L'assurée a bénéficié d'un ultime délai imparti au 22 mai 2015 pour se déterminer dans les deux causes l'opposant respectivement à la CNA et à l'OAI, sur quoi elle ne s'est pas manifestée plus avant.

Les causes concernées ont en conséquence été gardées à juger.

E n d r o i t :

1.

1.1 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 sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de

domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

1.3 En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 22 juin 2012 a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile en date du 27 août 2012, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimée postérieurement à la date du 31 août 2011.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports

juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

2.2 In casu, par sa décision sur opposition du 22 juin 2012, la CNA a maintenu le terme de la prise en charge des frais de traitement et du versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2011, ainsi qu'elle l'avait indiqué à la recourante par communication du 30 juin 2011.

Elle a par ailleurs confirmé l'allocation d'une rente d'invalidité fondée sur un degré de 12% dès le 1^{er} septembre 2011 par suite d'une comparaison des revenus, ainsi que l'octroi d'une IPAI de 7,5%, tenant compte ce faisant de la stabilisation de l'état de santé physique de la recourante, survenu au plus tard au 31 août 2011, et du défaut de lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident incriminé.

De son côté, l'assurée conteste principalement la stabilisation de son état de santé, se prévalant de la persistance d'une importante symptomatologie douloureuse affectant son poignet droit et se basant sur les rapports des

Drs T._____ et A._____ pour conclure à l'existence d'un lien de causalité au-delà du 31 août 2011 entre les troubles présentés et l'accident du 17 novembre 2007.

A titre subsidiaire, elle fait grief à la CNA d'avoir sous-évalué son degré d'invalidité en fondant son calcul sur une capacité de travail supérieure à 50% laquelle ferait abstraction des limitations fonctionnelles engendrées par son poignet droit. Elle estime pour sa part que sa capacité de travail et de gain ne saurait excéder le degré précité, ce qui justifierait le versement de la rente correspondante.

S'agissant de l'IPAI, elle soutient que le taux basant cette prestation devrait être d'environ 30% en se référant à la Table 3 des atteintes à l'intégrité (perte de la main droite).

Au vu de l'ensemble de ces griefs, il s'agira en premier lieu de se prononcer sur la situation médicale de la recourante, pour autant que les pièces médicales à disposition permettent de statuer sur les droits litigieux, ce aussi bien sur le plan physique que psychique, après avoir préalablement dans ce contexte qualifié le degré de gravité de l'accident en cause.

Pour autant que l'on parvienne à la conclusion selon laquelle l'état de santé de la recourante est effectivement stabilisé, il conviendra en second lieu de se pencher sur la détermination du degré d'invalidité de l'assurée, avant d'examiner les fondements du droit à l'IPAI.

En définitive, la Cour de céans doit se prononcer sur l'ensemble des prestations entrant en ligne de compte dans le cas de la recourante, lesquelles font partie non seulement de l'objet du litige, mais également de l'objet de la contestation.

3.

3.1 Aux termes de 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 et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGGA).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

3.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, 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'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

3.3 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

3.4 Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SVBR 2^{ème} éd. 2007, n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées ; 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions d'un membre supérieur suivantes : l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 233/95 du 13 juin 1996), ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte (TFA U 280/97 du 23 mars 1999 publié in : RAMA 1999 U 346 p. 428). En

revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (TFA U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (TFA U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 publié in : RAMA 2002 U 449 p. 53 ; pour une vue d'ensemble de la casuistique voir TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2 ; cf. également TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.3 et 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.1).

3.5 Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;

- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

On ajoutera que dans l'arrêt mentionné supra sous considérant 3.4, publié in : RAMA 2002 U 449 p. 53 consid. 4b, le Tribunal fédéral des assurances a renoncé à admettre ou à exclure de manière générale et définitive que des blessures à la main chez un travailleur manuel soient propres à réaliser le critère de gravité ou de la nature particulière des lésions physiques susceptibles d'entraîner des troubles psychiques.

4.

4.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

4.2 L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 ; 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. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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 ; 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).

Cela étant, 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 suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et

qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

4.3 L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

4.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

5. In casu, il convient dans un premier temps de déterminer si l'état de santé somatique de l'assurée peut être considéré comme stabilisé au vu des pièces réunies par l'intimée.

5.1 On rappellera que l'assurée a fait l'objet d'examens cliniques spécialisés par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M._____, en _____ date _____ du 5 mai 2010, ainsi qu'au sein de la Clinique W._____ à l'occasion de son séjour de janvier 2011 en vue de l'établissement du rapport du 17 février 2011.

A la suite de son examen, le Dr M._____ a retenu les diagnostics de « fracture avulsion de la styloïde cubitale du TFC » suite à l'écrasement du poignet et de l'avant-bras droit par un tapis roulant le 17 novembre 2007, de « défaut cartilagineux de la surface lunaire » constaté dans le cadre d'une arthroscopie, suivi d'une intervention de Sauvé-Kapandji consolidée, d'un « syndrome algique persistant avec légère raideur en pro-supination et en flexion-extension », ainsi que d'une « diminution de la force, sans amyotrophie ». Il a ajouté au titre de comorbidités des « kystes ovariens », une « probable dyspepsie » et des « traits anxio-dépressifs dans un contexte social laborieux » (cf. rapport du Dr _____ M._____ du 5 mai 2010, p. 4). Il a par ailleurs été en mesure de définir l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles à temps complet, estimant que la situation était stable vu l'absence d'indication d'autres gestes thérapeutiques. Il a enfin relevé qu'une AMO n'était pas indiquée sauf survenance d'une complication au demeurant « improbable » (cf. ibidem, p. 5).

Les conclusions du Dr M._____ sont pour l'essentiel superposables aux constats relatés par les experts de la Clinique W._____ et dûment pris en considération à l'issue de leur rapport du 17 février 2011, ce tant en termes des diagnostics retenus que d'exigibilité, sous l'angle strictement somatique (cf. rapport de la Clinique W._____ du 17 février 2011, p. 1 et 3 à 5).

On peut relever que ces documents peuvent a priori se voir conférer pleine valeur probante, dans la mesure où ils remplissent à l'évidence les réquisits imposés par la jurisprudence fédérale citée supra

sous considérant 4.2. Singulièrement, les spécialistes sollicités par la CNA ont procédé à des investigations fouillées du cas de l'assurée, non sans prendre en compte les éléments pertinents de son anamnèse et les plaintes alléguées. Ce n'est en outre qu'après étude minutieuse des pièces médicales à disposition qu'ils ont fait part de leurs conclusions fondées sur les éléments objectivés au cours de leurs examens cliniques respectifs.

5.2 La recourante se prévaut toutefois des rapports établis par ses différents médecins traitants, les Drs J._____, T._____ et A._____, pour se distancer des conclusions du Dr M._____ et des spécialistes de la Clinique W._____.

S'agissant des observations réitérées du Dr T._____, on relève que ce dernier s'est employé à exposer en quoi la situation de l'assurée n'était à son sens pas stabilisée et dans quelle mesure les douleurs alléguées auraient dû être attribuées exclusivement aux séquelles de l'accident du 17 novembre 2007. Il a souligné dans ce contexte le diagnostic de « lésion cartilagineuse de la facette lunarienne du radius droit », mis en évidence en son temps par le Dr J._____, que les spécialistes consultés par la CNA auraient méconnu. Il a par ailleurs estimé que la symptomatologie douloureuse affectant l'assurée pouvait faire l'objet d'interventions subséquentes, telles que la pose d'une prothèse distale du cubitus ou l'arthrodèse du poignet (cf. rapports du Dr T._____ des 23 et 27 mars 2011 notamment). Cette symptomatologie ne pouvait à son avis qu'être d'origine traumatique dans le cas d'une assurée jeune n'ayant pas rencontré de problèmes au membre supérieur concerné avant l'accident incriminé. Il a ultérieurement procédé à une AMO le 3 novembre 2011 dont les conséquences, limitées dans le temps, ont été assumées par la CNA au titre de rechute temporaire de l'accident du 17 novembre 2007.

Concernant la capacité résiduelle de travail de l'assurée, le Dr T._____ ne l'a pas précisément définie, envisageant néanmoins une réintégration de sa patiente sous l'égide de l'AI. En mars 2011, il s'était

rallié à l'appréciation du Dr M. _____ concernant l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, sous réserve d'un port de charge moindre. Il préconisait alors le concours de l'AI en vue d'une réintégration professionnelle. Non sans une certaine contradiction, il a par la suite, dans son avis du 10 mars 2013, critiqué la mise en œuvre d'une telle mesure par l'AI. Pourtant, cette mesure auprès de U. _____ n'avait pas été interrompue en invoquant des problèmes au membre supérieur, mais, selon le Dr Y. _____, en raison d'une surcharge psychologique. L'expert E. _____ avait relevé encore d'autres motifs, avancés par la recourante, pour l'interruption de la mesure qui n'avaient également pas trait à son membre supérieur (par exemple : atmosphère de « garderie », jeunesse et immaturité des autres participants). Quant aux collaborateurs de U. _____, ils avaient constaté, dans un rapport du 9 novembre 2012, que la recourante conservait l'habileté manuelle nécessaire à l'accomplissement de tâches administratives.

Contrairement à ce que soutient le Dr T. _____, il n'apparaît pas que les spécialistes ayant examiné l'assurée à la demande de l'intimée aient écarté le diagnostic rapporté par le Dr J. _____, celui-ci étant expressément mentionné par le Dr M. _____ et les experts de la Clinique W. _____. En outre, à l'instar de l'intimée, il faut constater que le Dr T. _____ ne communique pas de motif objectif qui expliquerait les douleurs alléguées par l'assurée, ni ne fait état de symptômes ou de constats cliniques qui aurait été ignorés par les précédents médecins. Il procède bien davantage d'un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », tout en envisageant des interventions jugées superflues par le Dr M. _____. Cela étant, ces interventions semblent en effet bien davantage être des mesures destinées au confort de l'assurée sans véritable visée thérapeutique, de sorte que l'on peut exclure qu'elles soient susceptibles de modifier substantiellement l'état de santé de l'assurée. Au surplus, dans ses rapports subséquents adressés à la Cour de céans, le Dr T. _____ s'est limité à reformuler ses remarques initiales et à réitérer ses critiques à l'égard des appréciations médicales retenues par la CNA, sans sérieusement apporter un éclairage nouveau sur la situation.

S'agissant des rapports antérieurs, établis par le Dr J._____, on observe que ce praticien a pour l'essentiel relaté un état stationnaire depuis son rapport à la CNA du 15 septembre 2008. Il n'a aucunement mentionné de diagnostics supplémentaires par la suite et a maintenu son avis selon lequel l'assurée était en mesure de réintégrer le monde professionnel dans une activité respectant les restrictions de son poignet droit.

Le Dr A._____ a pour sa part relevé dans son rapport du 16 octobre 2012 la « mobilisation articulaire assez bonne » constatée chez l'assurée sans se prononcer spécifiquement en termes de capacité de travail. Il a au surplus observé une « arthrodèse radio-cubitale distale tout à fait satisfaisante » et un « moignon distal du cubitus calme » sans signe d'arthrose. Il n'a fait état d'aucune dégradation de l'état du membre supérieur de la recourante, ce qui permet de déduire que ses constats sont pour l'essentiel similaires à ceux exposés tant par le Dr M._____ que par les experts de la Clinique W._____.

5.3 Compte tenu de l'exhaustivité des examens conduits à la requête de l'intimée et en l'absence de tout élément substantiellement nouveau qui viendrait contredire les conclusions retenues en mai 2010 par le Dr M._____, respectivement en février 2011 au sein de la Clinique W._____, l'on ne voit pas de raison de s'en écarter, ni même de les compléter.

Les constats médicaux pertinents sur le plan somatique permettent en conséquence de retenir que le statu sine vel ante a été atteint au plus tard dès la fin du séjour de la recourante à la Clinique W._____, mais en tout cas à la date du 31 août 2011, telle que retenue par la décision sur opposition litigieuse.

L'intimée était donc légitimée à nier tout lien de causalité entre les troubles physiques allégués et l'accident du 17 novembre 2007 au-delà du 31 août 2011.

6. Doit à ce stade être étudié le volet psychique de l'état de santé de la recourante, pour lequel il convient préalablement de se prononcer sur le degré de gravité de l'accident du 17 novembre 2007.

A cet égard, à l'instar de l'intimée, on retiendra que ledit accident est d'une gravité moyenne stricto sensu, sans pouvoir être considéré comme à la limite des accidents graves ou des accidents insignifiants.

La jurisprudence mentionnée plus haut sous considérant 3.4 a retenu que nombre d'accidents survenus à une main, y compris en cas de lésions importantes ou d'amputations par des machines, ainsi que de pertes de fonctionnalités de certaines parties d'un membre supérieur, peuvent être qualifiés de moyens.

Le déroulement de l'accident du 17 novembre 2007, examiné objectivement, ne permet pas de s'écarter de cette appréciation, mise en rapport avec les exemples énoncés dans la jurisprudence fédérale. L'assurée a en effet subi un écrasement de la main et de l'avant-bras droits par une machine de tri postal du fait d'une inattention, sans autre complication particulière, quand bien même l'intervention des pompiers a été nécessaire pour libérer son membre supérieur. Cette intervention s'est justifiée non pas tant en raison de difficultés particulières en lien avec l'arrêt de l'engin postal, mais du fait que l'accident ayant eu lieu de nuit, les techniciens compétents pour assurer son fonctionnement n'étaient pas à leur poste de travail. La recourante est par ailleurs demeurée consciente durant l'intervention après avoir été en mesure de procéder elle-même à l'arrêt d'urgence de la machine de tri. Les lésions de son membre supérieur ont certes été importantes, mais pas subjectivement impressionnantes au point d'avoir une incidence déterminante sur le degré de gravité de l'accident.

Le degré moyen conféré à l'accident du 17 novembre 2007 ne prête en conséquence pas flanc à la critique et doit être confirmé.

7. S'impose dès lors l'examen des critères jurisprudentiels énumérés sous considérant 3.5 supra pour se prononcer sur la causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et l'accident incriminé.

On soulignera ici que le lien de causalité adéquate ne peut être considéré comme rempli que si au moins trois critères sont effectivement réunis dans le cas d'espèce (cf. TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

7.1 S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère a été nié dans l'examen du degré de gravité de l'événement du 17 novembre 2007. On réitérera ici l'absence de circonstances concomitantes dramatiques malgré l'intervention des pompiers nécessitée pour des raisons sans lien avec l'événement lui-même. Quant au caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il faut souligner qu'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de sa réalisation (cf. notamment concernant ce critère : TF 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2).

7.2 Il convient également de nier que le critère de la gravité des lésions physiques soit réalisé en l'espèce, dans la mesure où les traitements dispensés, singulièrement les interventions chirurgicales effectuées, ont permis à l'assurée de conserver l'intégrité de son membre supérieur et de récupérer une bonne mobilité. Par ailleurs, la recourante dispose de l'usage de sa main dominante, contrairement à ce qu'elle soutient, en dépit de limitations fonctionnelles liées essentiellement à des travaux de force avec le bras droit.

7.3 Quant à la durée du traitement médical, l'on ne saurait considérer ce dernier anormalement long, dans la mesure où l'on ne peut

retenir que l'assurée ait été astreinte à un traitement particulièrement lourd ou contraignant. Elle a certes subi deux interventions chirurgicales, lesquelles se sont déroulées sans complications, mais a essentiellement poursuivi des séances de physiothérapie et d'ergothérapie, ce qui n'apparaît pas particulièrement pénible, ni anormal au vu des lésions consécutives à l'accident en cause (cf. également concernant ce critère : TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 5.4).

7.4 Par ailleurs, au vu des conclusions des spécialistes en chirurgie ayant examiné ou pris en charge l'assuré, les Drs M._____, J._____ et A._____, ainsi que les experts de la Clinique W._____, on ne peut prendre en compte des douleurs physiques persistantes importantes qui auraient des répercussions substantielles sur la vie quotidienne, en l'absence de substrat organique expliquant les plaintes alléguées. La recourante a au surplus été considérée comme apte à la reprise d'une activité lucrative à plein temps, dans le respect des restrictions imposées à son membre supérieur, ce qui exclut manifestement une incidence majeure des suites de l'accident du 17 novembre 2007 sur la vie quotidienne. Il est enfin rappelé qu'elle ne présente que des limitations peu contraignantes dans l'usage de sa main (essentiellement pour des travaux en force du poignet et comportant le port de charges), dont l'intégrité et la mobilité ont été parfaitement conservées.

7.5 En outre, n'apparaît dans le dossier de l'intimé aucune mention d'erreurs dans le traitement médical qui auraient entraîné une aggravation des séquelles de l'accident, ce dont la recourante ne se prévaut d'ailleurs pas.

7.6 L'assurée ne peut davantage arguer de difficultés apparues en cours de guérison et de complications importantes, l'AMO réalisée par le Dr T._____ demeurant sans impact significative sur sa capacité à exercer une activité lucrative. Quant aux interventions évoquées par ce praticien, ainsi qu'il a été relevé, il ne s'agit pas de mesures à proprement parler thérapeutiques, mais plutôt destinées à soulager subjectivement la recourante.

7.7 Enfin, il n'y a pas lieu de prendre en considération une incapacité de travail de degré et de durée anormale en lien avec les lésions strictement physiques consécutives à l'accident du 17 novembre 2007.

7.8 Au vu de l'analyse ci-dessus, l'on se doit de constater qu'aucun des critères dégagés par la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et l'accident précité n'est réalisé en l'espèce. Partant, c'est à bon droit que la CNA a mis un terme à ses prestations dès le 31 août 2011.

Point n'est au surplus besoin d'examiner la question de la causalité naturelle, l'absence de lien de causalité adéquate suffisant à exclure le droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 août 2011.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint au plus tard à cette dernière date, en l'absence de lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident en cause.

7.9 Indépendamment de ce qui précède, on se doit de relever que les informations communiquées par Mme K._____, ayant assumé le suivi psychologique de l'assurée jusqu'en 2012, sont empreintes d'éléments sans lien direct avec l'accident, telles que les difficultés conjugales de la recourante, ainsi que ses soucis eu égard à ses perspectives professionnelles et asséurologiques (cf. rapports des 18 mars 2009 à la CNA et à l'OAI, 24 août 2009 et 14 mars 2010 à la CNA). Ces facteurs sont également évoqués par le Dr M._____ dans son rapport d'examen du 5 mai 2010, où il relève un « contexte social laborieux ». Le Dr E._____, aux termes de son rapport d'expertise du 6 août 2013, a pour sa part expressément corroboré et écarté ces éléments de son appréciation, au vu de leur caractère extra-médical, non sans rejoindre l'appréciation diagnostique de la psychologue, au détriment de celle de la Dresse

P._____. Quant à la capacité de travail de l'assurée, l'expert mandaté par l'OAI a estimé que celle-ci s'avérait entière au plus tard dès octobre 2011, en tenant compte d'un épisode incapacitant tout au plus depuis le séjour de la recourante à la Clinique W._____.

Compte tenu de ces observations et de la prépondérance de facteurs extra-médicaux dans le survenance des problèmes psychologiques passagers de l'assurée, on ne peut que réitérer le défaut de lien de causalité entre lesdits problèmes et l'accident du 17 novembre 2007.

8. Il se justifie dès lors de se prononcer sur la rente allouée à l'assurée dès le 1^{er} septembre 2011 selon décision du 31 octobre 2011, confirmée sur opposition le 22 juin 2012.

8.1 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.

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.

8.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

On rappellera en outre que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire. Cela impose une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. Peuvent constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 3; TFA I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1).

Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. 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 (ATF 126

V 288 consid. 3d ;
TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

8.3 Selon l'art. 16 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. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. 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 (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

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 ; 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 (ATF 129 V

222 ;

TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

8.4 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 (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, l'intimée a obtenu les données concrètes de l'ancien employeur de l'assurée, C._____SA, qui a communiqué un revenu hypothétique annuel de 52'904 fr. réalisable par l'assurée en 2011, sans atteinte à la santé.

Il n'y pas lieu de s'écarter de ces renseignements, en dépit des arguments avancés par l'assurée dans le cadre de son recours contre la décision de l'OAI, par lesquels elle a sollicité une évaluation à la hausse de son revenu sans invalidité. Singulièrement, on ne voit que des perspectives d'avancement concrètes eussent été démontrées dans le présent cas, ni que l'assurée eût pris des dispositions spécifiques en vue de la poursuite d'une formation professionnelle supérieure. On observera d'ailleurs que la rémunération communiquée par C._____SA fait état d'un revenu annuel sensiblement supérieur aux gains antérieurs effectivement réalisés par la recourante depuis son arrivée en Suisse.

La CNA a dès lors retenu à juste titre le salaire mensuel de 4'408 fr. au titre de revenu sans invalidité, ce qui correspond à la jurisprudence fédérale précitée et doit en conséquence être confirmé.

8.5 En l'absence 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 des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

Dans un tel cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée (ATF 128 V 29 consid. 1). C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

En l'occurrence, dans la mesure où la recourante n'a pas repris une activité lucrative conforme à l'exigibilité médicale fixée à 100%, la CNA était en droit de recourir aux DPT pour établir le revenu d'invalidé. Il s'agit ainsi de déterminer si les cinq DPT sélectionnées par l'intimée sont adaptées à la situation spécifique de l'assurée.

8.5.1 S'agissant de la DPT 9644, il apparaît que cette activité de collaboratrice de production implique le contrôle de la bienfaisance de pièces composant des plaquettes de fraisage et tournage en vue de l'élimination de celles comportant des défauts. L'activité s'effectue à l'œil nu et au moyen d'un binoculaire. Elle ne comporte aucun port de charges, ni de maniement d'objets, quand bien même un usage des deux mains est requis, et s'avère essentiellement sédentaire.

L'on ne voit aucune contre-indication à l'exercice de cet emploi, un tel poste étant à l'évidence strictement compatible avec les limitations retenues sur le plan médical.

8.5.2 Il en va de même de l'activité de collaboratrice de production décrite par la DPT 8926, où les réquisits du poste en question rejoignent pour l'essentiel ceux indiqués dans la DPT 9644. En effet, l'employée procède au contrôle de condensateurs en position assise, sans aucun port de charges, ni maniement d'objets, ni même usage des deux mains.

8.5.3 Eu égard à la DPT 438186, relative également à un poste de collaboratrice de production, l'on relève qu'il s'agit d'une activité visant à charger et décharger une machine automatique, ainsi qu'à mettre des petites pièces en boîte. Ce poste requiert parfois le maniement d'objets fins ou le port de charges inférieures à 5kg, ainsi que l'usage des deux mains, sans toutefois être astreignant au niveau de la force ou de la précision requise.

Vu ce descriptif, une telle activité est également accessible à la recourante au regard de ses restrictions fonctionnelles.

8.5.4 La DPT 10405 concerne une activité de réceptionniste. Cette activité semi-sédentaire n'implique qu'un port de charges très légères. La collaboratrice procède à l'accueil des clients, à des réservations par ordinateur, à la location de matériel et à des opérations comptables. Le poste impose également une surveillance des installations et la gestion de leur disponibilité. Une telle description ne comporte aucune tâche contre-indiquée médicalement dans le cas de l'assurée, de sorte qu'elle doit être considérée comme pleinement adaptée à son état de santé.

8.5.5 Quant à la DPT 11554, elle correspond à un poste de collaboratrice de production où sont effectués des contrôles volumétriques de pipettes et de doseurs à l'aide d'une balance. Cet emploi ne comprend jamais de port de charges, à l'inverse de maniement d'objets légers. Elle s'exerce essentiellement en position assise. Les éléments contenus dans cette DPT permettent également de constater l'adéquation de l'activité concernée avec les restrictions médicales relevées auprès de la recourante.

8.5.6 Il est en définitive incontestable que les cinq DPT retenues par la CNA sont compatibles avec l'état de santé de la recourante, dans la mesure exposée ci-dessus. En outre, elles satisfont aux conditions formelles posées par la jurisprudence (cf. ATF 129 V 472).

C'est dès lors à juste titre que la CNA s'est référée aux cinq DPT produites pour déterminer le salaire réalisable par la recourante à plein temps, compte tenu des séquelles de l'accident du 17 novembre 2007.

Le revenu d'invalidé fixé sur ces bases, soit 3'885 fr. par mois réalisable en moyenne en 2011 n'est donc pas critiquable.

8.6 En comparant le revenu d'invalidé (3'885 fr.) au revenu sans invalidité (4'408 fr.), on met effectivement à jour un degré d'invalidité de 11,86%, arrondi à 12%, tel que calculé par l'intimée.

Par conséquent, la décision de la CNA d'octroyer une rente d'invalidité à ce taux échappe à la critique. Il en va de même d'ailleurs s'agissant du montant de la rente mensuelle corrélative que l'assurée ne remet pas spécifiquement en question.

8.7 Par surabondance, il s'agit d'observer que la détermination alternative du revenu d'invalidé au moyen des ESS n'aboutirait pas un résultat plus favorable à la recourante.

En matière LAA, il est en effet possible, mais non impératif, de recourir aux ESS pour déterminer le revenu d'invalidé dans le cas où l'assuré n'a repris aucune activité lucrative ou une activité ne correspondant pas à l'exigibilité (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Dans un tel cas, 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 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure dépend 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). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid.

5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

In casu, il conviendrait de se fonder sur le tableau TA1 de l'ESS 2010 indiquant un revenu mensuel de 4'225 fr. réalisable par une femme sans qualifications professionnelles requises dans les secteurs de la production et des services. Le montant annuel correspondant serait de 53'367 fr. du fait d'un horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures en 2011 et après actualisation au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableaux B 9.2 et B 10.3).

Quant à l'abattement qui devrait être opéré sur le montant précité, on peut constater qu'une réduction de 10% apparaîtrait adéquate dans le cas de l'assurée, pour tenir compte des restrictions fonctionnelles de son membre supérieur dominant. En revanche, il n'y aurait pas lieu de retenir de problèmes particuliers d'adaptation ou quelconque souci linguistique, cette assurée jeune s'avérant bien intégrée en Suisse et dotée d'une bonne maîtrise du français. Par ailleurs, des problèmes psychosociaux ou d'ordre linguistique ne constituent pas des critères à prendre en considération (cf. ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_382/2007 du 13 novembre 2007 consid 4.3 et 6.5 ; TFA U 443/05 du 26 janvier 2006 consid. 2.2 in fine). On ajoutera que le TA1 des ESS, dans des activités de niveau 4, auquel l'on se référerait en l'espèce, englobe une large palette d'activités simples et répétitives, ne requérant pas de compétences

professionnelles particulières, ce qui exclut la prise en compte d'un niveau de formation éventuellement insuffisant. Le montant déterminant serait en définitive de 48'030 francs.

La comparaison d'un tel revenu d'invalidé annuel avec le revenu hypothétique sans invalidité de 54'902 fr. mettrait à jour un degré d'invalidité inférieur à celui retenu par la CNA, à savoir de 9,2%.

Vu ce qui précède, on confirmera le degré d'invalidité et la rente allouée par la CNA selon ses décisions du 31 octobre 2011 et décision sur opposition du 22 juin 2012.

9. En dernier lieu, il s'impose d'examiner la quotité de l'IPAI octroyée par la CNA, à concurrence d'un taux de 7,5%.

9.1 Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

Aux termes de l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Cette disposition légale ne fixe pas seulement le moment auquel l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées. L'assureur doit d'abord statuer sur le droit à la rente avant de rendre sa décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2 ; TFA U 105/03 du 23 décembre 2003 consid. 5.2 in : RAMA 2004 n° U 508 p. 265).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas

excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

9.2 Faisant notamment usage d'une délégation de compétence prévue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Selon l'alinéa 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA.

Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1).

9.3 Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui doit être fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par

l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

Il incombe 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 (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984 p. 100 ss ; Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs.

9.4 En l'occurrence, la CNA a fixé à 7,5% le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se basant sur l'appréciation purement somatique du Dr N. _____ du 17 juin 2011.

Ce faisant, ce médecin s'est fondé sur la Table 1 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité, édictés par la CNA, laquelle prévoit une IPAI de 15% pour une arthrodèse radio-carpienne. Il a tenu compte d'une « perte fonctionnelle en flexion-extension », engendrant des difficultés de mobilité d'environ 50% pour fixer dès lors une IPAI de 7,5%.

Ce raisonnement et ses fondements ne peuvent qu'être ici confirmés, tandis que les considérations de la recourante dans ce contexte apparaissent hors de proportion au regard des atteintes à la santé

diagnostiquées des suites de l'accident du 17 novembre 2007. En effet, celle-ci estime que la Table 3 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité devrait être utilisée, soit celle relative à la perte d'un ou de plusieurs segments des membres supérieurs. Elle renvoie notamment au cas de la perte d'une main, indemnisé à hauteur de 45% pour conclure à l'octroi d'une IPAI de 30%. Tel n'est à l'évidence pas comparable à son propre cas, puisqu'elle a conservé l'intégrité de son membre supérieur droit, sous réserve d'une perte fonctionnelle limitée de son poignet.

Les griefs de l'assurée ne peuvent en conséquence qu'être écartés s'agissant de son droit à l'IPAI et la décision de l'intimée à cet égard maintenue.

La recourante n'a au surplus pas soulevé de grief à l'encontre du montant de l'IPAI correspondant à l'indemnisation de 7,5%, lequel ne prête au demeurant pas flanc à la critique.

10. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

10.1 Le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que la recourante, assistée d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

10.2 Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les éventuels frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent de surcroît dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi.

La recourante a bénéficié, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Elle a par ailleurs décidé unilatéralement de mettre fin à ce mandat dès le 21 février 2015, Me Carré en ayant formellement été libéré par le juge instructeur selon la correspondance du 8 avril 2015.

Le 21 février 2015, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. La liste corrélatrice comprend toutefois une partie des démarches effectuées en faveur de l'assurée dans le cadre de la procédure introduite contre l'OAI sous numéro de cause AI 185/14, lesquelles sont prises en compte dans l'arrêt corrélatif.

On observe également des opérations vraisemblablement afférentes à la procédure en responsabilité civile envisagée contre C. _____ SA, lesquelles doivent être retranchées de la présente affaire (cf. p. ex. différents courriers à l'employeur précité, notamment les 7 octobre 2012, 12 novembre 2013 ou 27 décembre 2013).

Par ailleurs sont indiquées des correspondances téléphoniques avec des médecins et des intervenants non impliqués dans le litige opposant l'assurée à la CNA par devant la Cour de céans qu'il n'y pas lieu

d'indemniser

(cf. p. ex. conférences téléphoniques des 11 ou 21 novembre 2013).

Enfin, les correspondances adressées suite à la résiliation du mandat de l'avocat, à l'exception de celle expédiée à la Cour de céans, ainsi que les opérations en lien avec la reconnaissance de dette que Me Carré a fait parvenir à sa cliente, n'ont pas à être prises en considération dans le contexte de la présente procédure. Une reconnaissance de dette ne pouvait par ailleurs pas être requise pendant le mandat d'office pour les opérations effectuées dans ce contexte.

La liste des opérations effectuées par Me Carré doit en conséquence être réduite pour respecter les limites matérielles fixées par la décision du juge instructeur du 28 août 2012, soit en ne retenant que les opérations effectuées dans le cadre du recours entamé contre la décision sur opposition de la CNA du 22 juin 2012.

Il s'agit en définitive de prendre en compte les opérations effectuées par Me Carré à hauteur d'un total de 22 heures et 59 minutes au tarif horaire de 180 fr., soit 4'137 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]). A ce montant s'ajoutent les débours arrondis à 500 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 5'008 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette indemnité est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD).

Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités dudit remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 juin 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Carré, ancien conseil de la recourante, est arrêtée à 5'008 fr. (cinq mille huit francs), débours et TVA compris.
- VI. 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me David Moinat, à Lausanne (pour F. _____),
- Me Olivier Carré, à Lausanne,
- Me Didier Elsig, à Lausanne (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :