

S2 22 90

**ARRÊT DU 20 DÉCEMBRE 2024**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;  
Pierre-André Moix, greffier

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourante

**contre**

**VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, intimée

(art. 18 al. 1 et 19 LAA ; stabilisation de l'état de santé, rente d'invalidité de  
l'assurance-accidents)

## Faits

**A.** Née en 1978, X \_\_\_\_\_ est mariée et mère de trois enfants. Assistante sociale diplômée, elle a travaillé de 2011 à 2018 en tant que tutrice à 60 % auprès de l'entreprise A \_\_\_\_\_ Sàrl, à B \_\_\_\_\_. Elle était assurée à ce titre par son employeur contre le risque d'accidents auprès de la Vaudoise générale compagnie d'assurances SA (ci-après : la Vaudoise ; cf. déclaration de sinistre LAA du 16 avril 2013, sous pièce n. 5 du dossier de la Vaudoise, duquel toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont tirées, sauf indication contraire).

**B.** Le 7 avril 2013, l'assurée a chuté sur son poignet gauche, alors qu'elle participait à un match de *street hockey* dans le canton de C \_\_\_\_\_.

Elle a été conduite à l'hôpital C \_\_\_\_\_ le jour même (cf. certificat médical du 7 avril 2013, sous pièce n. 1), puis elle est rentrée en Valais et a passé le lendemain un CT du poignet gauche au Département d'imagerie diagnostique et interventionnelle de l'Hôpital du Valais, examen qui a révélé une fracture du radius distal (cf. pièce n. 2). Le 9 avril 2013, l'intéressée a bénéficié d'une ostéosynthèse ouverte par une plaque palmaire et une plaque dorsale Aptus (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 4).

En incapacité de travail complète depuis le jour de l'accident, l'assurée a recouvré une capacité de 40 % dès le 15 mai 2013 (cf. certificat médical du même jour, sous pièce n. 8).

Se plaignant d'une diminution de la sensibilité et de la mobilité de la main gauche, l'intéressée a en outre été vue par le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à la Clinique romande de réadaptation, qui a pratiqué un électroneuromyogramme. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juillet suivant, ce médecin a notamment conclu à une neuropathie sensitivomotrice de degré léger du nerf médian gauche, dont la lésion était située au niveau du poignet, ce qui se traduisait par une hypoesthésie tacto-algique au pouce et à l'index. Il a précisé que le potentiel de récupération était favorable (cf. pièce n. 11).

L'assurée a repris son travail à partir du 1<sup>er</sup> août 2013 (cf. pièce n. 12).

**C.** Le 11 février 2014, X \_\_\_\_\_ a bénéficié d'une intervention chirurgicale visant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au poignet gauche, associée à une ténolyse des extenseurs de D2-D3 et D4. En effet, malgré une rééducation par ergothérapie intensive, elle présentait une extrême limitation de mobilisation, notamment en extension et en

supination (rotation de la main vers le ciel), et un déficit de flexion de D2 et D3 (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 15). Confrontée à des douleurs chroniques et à une raideur du poignet, l'assurée a en outre subi une arthroscopie du poignet gauche, le 22 août suivant, intervention réalisée par la Dresse E \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique de la main de l'Hôpital du Valais (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 20) ; une incapacité de travail de 50 % a été attestée depuis lors et a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2014 (cf. certificats médicaux, sous pièces n. 21, 28 et 41).

Dans un rapport intermédiaire du 23 octobre 2014, la Dresse E \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente souffrait d'une fibrose capsulaire au poignet gauche et que l'évolution était défavorable malgré les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie (cf. pièce n. 34).

Le 19 janvier 2015, l'assurée a été vue par le Dr F \_\_\_\_\_, médecin associé au service de chirurgie plastique et de la main du CHUV. Celui-ci a confirmé que la patiente présentait une raideur et des lésions dégénératives secondaires radiocarpiennes gauches post-traumatiques (cf. pièce n. 42).

L'incapacité de travail de 50 % a été prolongée jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2015 (cf. certificats médicaux, sous pièces n. 45 et 54).

Le 24 avril 2015, la Vaudoise – qui avait pris en charge ce cas de rechute et alloué des prestations LAA (cf. lettres des 9 octobre, 22 octobre, 24 novembre 2014, 10 mars et 24 avril 2015, sous pièces n. 26 s., 30 ss, 40, 47 ss et 57 s. ; décomptes rectificatifs du 26 mai 2015, sous pièces n. 68 s.) – a informé l'assurée que, selon les conclusions de son médecin-conseil, elle disposait d'une capacité de travail entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2015. Il s'ensuivait qu'elle n'avait plus droit à de telles prestations à partir de cette date (cf. pièce n. 59).

L'intéressée a contesté la position de la Vaudoise, le 19 mai suivant, indiquant notamment que l'atteinte au niveau de son poignet gauche entraînait un handicap permanent, de sorte qu'elle ne pourrait vraisemblablement pas recouvrer toute sa capacité de travail. Elle a précisé qu'une fois la situation stabilisée, il appartiendrait à la Vaudoise de se statuer sur l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI ; cf. pièce n. 65).

L'assurée a bénéficié d'une nouvelle intervention chirurgicale, le 3 août 2015, qui a consisté en une arthrodèse radio-scapho-semi-lunaire du poignet gauche (cf. protocole

opératoire, sous pièce n. 79). Elle a ainsi présenté une incapacité de travail totale dès le 3 août 2015, puis une incapacité de 50 % dès le 2 novembre suivant laquelle a été prolongée jusqu'au 8 mars 2016 (cf. certificats médicaux, sous pièces n. 72 à 74, 80 et 88).

Sur la base de ces renseignements médicaux, la Vaudoise a maintenu ses prestations d'assurance-accidents (cf. lettres des 29 janvier 2016, 17 mars 2016 et 4 juillet 2016, sous pièces n. 83 s., 96 s. et 108 s.).

Dans un rapport du 28 janvier 2016, la Dresse E \_\_\_\_\_ a indiqué que, depuis l'intervention précitée, l'évolution était favorable, faisant état d'une nette amélioration malgré la persistance de douleurs à l'index (cf. pièce n. 86). Elle a ainsi réduit l'incapacité de travail de sa patiente à 25 % du 8 mars au 2 septembre 2016 (cf. pièces n. 92, 101 et 102).

Le 12 juillet 2016, la Vaudoise a indiqué à l'assurée, en se fondant sur les recommandations de son médecin-conseil, qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet suivant. En effet, l'évolution médicale était favorable et on pouvait retenir une capacité de travail complète dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 (cf. pièce n. 111).

Quatre jours plus tard, l'assurée s'est opposée à cette appréciation, estimant qu'elle présentait toujours une incapacité de travail de 25 % attestée par la Dresse E \_\_\_\_\_. Elle a notamment rappelé qu'à la suite de l'arthrodèse de son poignet gauche, elle présentait d'importantes limitations fonctionnelles associées à une baisse durable de rendement (cf. pièce n. 113).

La Vaudoise a décidé de solliciter derechef l'avis du Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique à l'agence SUVA de H \_\_\_\_\_. Celui-ci a examiné l'assurée, le 16 août 2016, et a rendu son rapport, le 15 septembre suivant. Il a notamment constaté une perte de mobilité majeure du poignet gauche, avec une supination limitée à 10 degrés et une position au repos non physiologique (légère flexion de 10 à 15 degrés du côté palmaire) qui pouvait expliquer en partie la fatigabilité de cette articulation. A le suivre, cette perte de mobilité était définitive ; la gestion des douleurs pouvait en revanche être améliorée avec une adaptation du traitement antalgique et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. La patiente pouvait reprendre à temps plein une activité adaptée, respectant les limitations suivantes : pas d'activité nécessitant une supination du poignet gauche, pas d'activité nécessitant le port de charges de plus d'un kilo coude fléchi ou cinq kilos bras au corps, pas d'activité nécessitant des mouvements de rotation

ou de flexion-extension répétitifs du poignet gauche. Dans l'activité habituelle de l'intéressée, qui impliquait une position en légère extension du poignet gauche 80 % du temps (utilisation d'un clavier d'ordinateur), une baisse de rendement de 20 à 25 % pouvait être retenue en raison d'une fatigabilité augmentée de l'articulation nécessitant des pauses toutes les 10 à 15 minutes. Enfin, le Dr G \_\_\_\_\_ a évalué l'IPAI à 25 %, sur la base des tables SUVA (15 % pour une arthrodèse radio-carpienne + 10 % pour la perte quasi complète de la supination ; cf. pièce n. 120).

Selon un nouveau certificat de la Dresse E \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail a été réduite à 20 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016 (cf. pièce n. 121).

La Vaudoise a maintenu sa prise en charge du cas, allouant à l'intéressée des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2016 (cf. lettres du 19 décembre 2016, sous pièces n. 130 à 132).

Le 12 janvier 2017, la Dresse E \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de sa patiente de 25 % jusqu'au 12 juillet suivant (cf. pièce n. 134). Dans un rapport du 7 février suivant, elle a expliqué qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (arthrodèse) n'était pas indiquée actuellement et que l'incapacité de travail attestée médicalement correspondait à la baisse de rendement de 25 % mentionnée par le Dr G \_\_\_\_\_ (cf. pièce n. 137).

La Vaudoise, qui avait poursuivi l'allocation de ses prestations (cf. notamment lettres des 29 mars, 29 mai et 13 juillet 2017, sous pièces n. 140 s., 148 s. et 152 s.), a mis en œuvre une expertise médicale visant à clarifier ce cas. Cette expertise, qui s'est déroulée le 22 mai 2017, a été pratiquée par le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Celui-ci a notamment diagnostiqué une limitation fonctionnelle douloureuse du poignet gauche, une diminution de la force de la main gauche ainsi qu'une discrète neuropathie irritative du cubital au coude gauche. Il a estimé que le lien de causalité naturelle entre l'état du poignet gauche de la patiente et l'accident du 7 avril 2013 était certain et que des séquelles définitives allaient persister, avec une baisse du rendement au travail de 10 à 15 %. L'expert a estimé le taux de l'IPAI entre 15 et 20 %. Il a toutefois suggéré une nouvelle intervention chirurgicale avec ablation du matériel d'ostéosynthèse et ténolyse des extenseurs des trois premiers doigts ; selon lui, cela permettrait une amélioration partielle des troubles résiduels et une reprise du travail à 100 % trois mois après l'opération (cf. rapport d'expertise, sous pièce n. 147).

Cette intervention a été réalisée par la Dresse E \_\_\_\_\_, le 21 juillet 2017 (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 169). L'assurée a été mise en incapacité de travail complète jusqu'au 20 août 2017, puis à 50 % jusqu'au 25 septembre suivant et à 20 % dès cette date (cf. certificats, sous pièces n. 155, 159, 163, 171, 174, 180, 183, 187, 191, 201, 202 et 219). Dans des rapports du 19 octobre 2017, du 9 novembre 2017 et du 26 juillet 2018, la Dresse E \_\_\_\_\_ a diagnostiqué chez sa patiente des douleurs chroniques avec une raideur du poignet gauche. Elle a notamment précisé que l'intéressée ne faisait état d'aucune amélioration, pouvant tout juste tenir son poignet, et qu'elle poursuivait ses séances de physiothérapie (cf. pièces n. 177, 179 et 197).

Les 13 mars et 8 juillet 2019, la Dresse E \_\_\_\_\_ a indiqué revoir régulièrement sa patiente et a évoqué une situation médicale inchangée (cf. pièces n. 225 et 234). L'incapacité de travail a été maintenue à 20 % jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2020 (cf. certificats, sous pièces n. 229, 235, 237, 238, 244, 250 et 260).

Le 8 mai 2020, cette praticienne a réaffirmé que l'évolution clinique était stable. Elle a précisé qu'une réarthrodèse était envisageable, mais qu'elle n'avait pas de rendez-vous prévu avec la patiente depuis que celle-ci était en traitement pour un carcinome du sein (cf. pièce n. 262).

La Vaudoise a informé l'intéressée, le 27 juillet suivant, qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019. En effet, l'assurée occupait depuis cette date un nouvel emploi à 60 %, taux qui correspondait à celui qu'elle avait exercé avant son accident du 7 avril 2013 et qui permettait de conclure qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail. La Vaudoise a précisé qu'elle renonçait au remboursement des indemnités pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 28 février 2020 (cf. pièce n. 263).

Le 10 août 2020, l'assurée a contesté avoir retrouvé une pleine capacité de travail, alléguant que l'atteinte à son poignet était permanente. Elle a précisé que l'assurance-invalidité avait reconnu en 2017 qu'elle présentait un taux d'invalidité de 15 %. Elle a demandé à la Vaudoise qu'elle se prononce sur l'octroi d'une rente d'invalidité LAA et d'une IPAI (cf. pièce n. 270).

La Vaudoise a rendu à cet égard une décision formelle, le 9 juin 2021. D'une part, elle a refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité, dès lors que celle-là avait repris, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, une activité professionnelle au même taux qu'avant l'accident, ne subissant ainsi aucun préjudice économique. D'autre part, elle a octroyé à l'intéressée

une IPAI de 25'200 fr., correspondant à un taux de 20 % tel que mentionné par le Dr I \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise de 2017 (cf. pièce n. 276).

**D.** Le 4 juillet 2021, X \_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision, soutenant avoir droit à une rente d'invalidité en raison d'une incapacité de gain avérée de 20 % (cf. pièce n. 279).

La Vaudoise a décidé de convoquer à nouveau l'intéressée pour une expertise complémentaire auprès du Dr I \_\_\_\_\_, qui s'est déroulée le 23 juin 2022. Dans son rapport du 22 juillet suivant, l'expert a notamment relevé que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 23 janvier 2020 en raison de maladies intercurrentes (*burn out* ; adénocarcinome du sein droit avec chimiothérapie dès mars 2020, tumerectomie en septembre 2020, radiothérapie et reprise de la chimiothérapie de janvier à juin 2021 ; troubles neuropsychologiques consécutifs à la chimiothérapie) ; il a précisé qu'elle bénéficiait d'une rente complète de l'assurance-invalidité (révision à la fin de l'année 2022). Au niveau de son poignet gauche, l'intéressée faisait état de douleurs à la face dorsale (exacerbées aux mouvements et aux efforts répétitifs même légers), d'une faiblesse, d'un déficit d'extension gênant lors de l'utilisation d'un clavier d'ordinateur et de fréquents phénomènes de craquements et de tuméfaction. L'expert a diagnostiqué un déficit d'extension douloureux du poignet gauche et une faiblesse de la main gauche. Il a observé que l'état était stationnaire, sans grand changement depuis son expertise précédente de 2017, ce qui permettait de retenir une diminution du rendement au travail de 15 % et un taux d'atteinte à l'intégrité de 15 %. Il a en outre confirmé l'indication à une reprise chirurgicale avec une arthrodèse complète en meilleure position, ce qui serait susceptible d'amener une bonne amélioration dans les activités quotidiennes et professionnelles (cf. pièce n. 289). Enfin, l'expert a rappelé que la patiente serait pleinement apte à reprendre son travail dans une activité de bureau dans laquelle la plupart du travail de frappe au clavier serait remplacée par l'utilisation d'un dictaphone (cf. lettre du 24 août 2022, sous pièce n. 293).

Invitée à se déterminer, l'intéressée a maintenu son opposition, le 24 octobre 2022, en précisant qu'elle ne souhaitait pas une nouvelle opération, dont le résultat demeurerait incertain, et en affirmant que l'utilisation d'un dictaphone ne résolvait pas les limitations et la baisse de rendement qu'elle présentait dans son activité habituelle (cf. pièce n. 296).

Le 8 novembre 2022, la Vaudoise a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 9 juin 2021. Elle a considéré que l'état du poignet gauche de l'assurée s'est stabilisé au plus

tard, le 31 décembre 2017, dès lors que le Dr I \_\_\_\_\_ décrivait en 2022 un état stationnaire depuis son examen précédent de 2017. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée, la Vaudoise a soutenu que celle-ci était légèrement entravée dans son activité habituelle, mais qu'elle disposait d'une capacité pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, à la suite de son examen du 16 août 2016, le Dr G \_\_\_\_\_ avait conclu à une exigibilité complète dans une activité adaptée, point de vue que partageait le Dr I \_\_\_\_\_ dans ses rapports de 2017 et de 2022. La Vaudoise a donc comparé le revenu sans invalidité de l'assurée au 1<sup>er</sup> janvier 2018, évalué à 57'814 fr. 40, avec le revenu d'invalidé fixé à 54'681 fr. 20, sur la base des données statistiques tirées de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; tableau « TA1\_tirage\_skill\_level », niveau de compétence 1). Il en ressortait une perte de gain de 5.4 %, ce qui n'ouvrait pas le droit au versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. pièce n. 297).

**E.** Le 6 décembre 2022, X \_\_\_\_\_ a recouru céans contre cette décision, en concluant en substance à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur une perte de gain de 25 %. Elle a relevé que la Dresse E \_\_\_\_\_ avait attesté une incapacité de travail permanente de 25 % dès le 8 mars 2016, en particulier en raison d'une tendinopathie et d'une synovite, ce qui concordait avec les conclusions du Dr G \_\_\_\_\_ qui avait notamment retenu une perte de rendement de 20 à 25 % dans son activité habituelle. Elle a affirmé que cette incapacité avait perduré, nonobstant l'opération suggérée par le Dr I \_\_\_\_\_ en 2017 et réalisée la même année par la Dresse E \_\_\_\_\_. Elle a en outre reproché à la Vaudoise de n'avoir pas rendu de décision à l'époque, l'obligeant à réclamer un prononcé à plusieurs reprises.

Dans sa réponse du 20 janvier 2023, la Vaudoise a conclu au rejet du recours, en rappelant notamment que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

X \_\_\_\_\_ a laissé échoir sans l'utiliser le délai ouvert jusqu'au 27 février 2023 pour déposer une réplique.

L'échange d'écritures a été clos, le 3 mars suivant.

## **Considérant en droit**

### **1.**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

**1.2** Le recours déposé le 6 décembre 2022, à l'encontre de la décision sur opposition du 8 novembre précédent, a été interjeté dans le délai légal (art. 60 LPGGA) devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

### **2.**

**2.1** Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée a retenu à juste titre que la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

**2.2** Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, puisque l'accident assuré s'est produit en 2013 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification a contrario [RO 2016 4388]). Ci-après, il sera fait mention de l'ancienne version de la LAA (aLAA) pour les dispositions qui ont été modifiées par la novelle de 2015 inapplicable au cas d'espèce.

### **3.**

**3.1** Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ainsi que les références).

**3.2** L'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 aLAA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'article 7 LPGGA dispose qu'est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2).

**3.3** L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que « 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 ».

Cette norme règle tout d'abord le moment où un cas d'assurance doit être clôturé (ATF 134 V 109 consid. 3.2). Les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents – pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité soient terminées – qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, le cas doit être clos en suspendant les prestations temporaires et en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1, 143 V 148 consid. 3.1.1 et 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 s., cités p. ex. *in* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt 8C\_176/2023 précité consid. 3 et les réf. cit. ; GEERTSEN, *in* Hürzeler/Kieser [éd.]

Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht – UVG, 2018, n° 9 *ad* art. 19 et les réf. cit.).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

**3.4** 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 (art. 16 LPGA). 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à cette comparaison, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente d'invalidité (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les réf. cit.).

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle ou ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain, une stricte comparaison des revenus au sens de l'article 16 LPGA est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir de données médicales et selon la méthode générale de la comparaison des revenus. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. Ensuite, il y a lieu d'évaluer le gain que l'intéressé pourrait encore réaliser en exerçant une telle activité (revenu d'invalide) et de le comparer avec celui qu'il aurait pu réaliser sans handicap (revenu sans invalidité) sur un marché équilibré du travail. Le degré d'invalidité résulte de cette comparaison (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 et 104 V 135 consid. 2a et 2b).

**3.5** Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGa). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. *in* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.1).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, cité p. ex. *in* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.3).

#### **4.**

**4.1** En l'occurrence, l'intimée a retenu que l'état du poignet gauche de l'assurée s'est stabilisé au plus tard, le 31 décembre 2017, dès lors que le Dr I \_\_\_\_\_ décrivait en 2022 un état stationnaire depuis son examen précédent de 2017. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée, elle a soutenu qu'elle était légèrement entravée dans l'activité habituelle, mais qu'elle était pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En effet, à la suite de son examen du 16 août 2016, le

Dr G \_\_\_\_\_ avait conclu à une exigibilité complète dans une activité adaptée, point de vue que partageait le Dr I \_\_\_\_\_ dans ses rapports de 2017 et de 2022.

**4.2** Dans son mémoire, la recourante rappelle que, depuis le 8 mars 2016, la Dresse E \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail permanente de 25 %. Elle se réfère aussi à une échographie de son poignet réalisée le 23 février 2016, sur la base de laquelle ont été mises en évidence une tendinopathie et une synovite.

Ces arguments ne sont pas pertinents. En effet, la Dresse E \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la question de savoir s'il peut être exigé de sa patiente qu'elle exerce un autre travail n'impliquant pas (ou peu) l'usage d'un clavier d'ordinateur et/ou ne sollicitant pas son poignet gauche. L'incapacité de travail de 25 % qu'elle atteste concerne l'activité habituelle de la recourante et non une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ; elle ne permet dès lors nullement de remettre en cause les conclusions des Drs G \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ quant à l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il en va de même des inflammations identifiées sur les imageries de février 2016 (tendinopathie et synovite), examen antérieur aux rapports établis par ces deux spécialistes et connu de ceux-ci.

Pour les mêmes motifs, la recourante relève en vain que le Dr G \_\_\_\_\_ a conclu à une perte de rendement de 20 à 25 % ; en effet, celle-ci ne concernait que l'activité habituelle de l'assurée, qui nécessitait l'utilisation d'un clavier d'ordinateur 80 % du temps, et non d'autres activités adaptées aux limitations fonctionnelles causées par son poignet gauche (cf. rapport du Dr G \_\_\_\_\_ p. 9, sous pièce n. 120).

**4.3** L'intéressée affirme que l'état de son poignet gauche est stabilisé depuis 2016, l'intervention réalisée en 2017 n'ayant pas conduit à une amélioration. Elle reproche à l'intimée de ne pas avoir statué sur son cas à cette époque, alors qu'elle le lui avait demandé à plusieurs reprises, la contraignant à poursuivre ses démarches afin d'obtenir une décision.

L'intimée a considéré à bon droit que l'état de santé de l'assurée a été stabilisé au plus tard à la fin de l'année 2017. En effet, au cours de cette année-là, les spécialistes consultés discutaient de la question de savoir si une ablation du matériel d'ostéosynthèse (arthrodèse) était ou non indiquée (cf. rapport de la Dresse E \_\_\_\_\_ du 7 février 2017, sous pièce n. 137 ; rapport d'expertise du Dr I \_\_\_\_\_ du 23 mai 2017, sous pièce n. 147), intervention qui a finalement été réalisée, le 21 juillet 2017 (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 169), et qui a entraîné une convalescence d'au moins trois mois. La Vaudoise a d'ailleurs maintenu l'allocation

de ses prestations durant cette année 2017. Même en admettant que ce cas n'a, par la suite, pas été traité avec toute la diligence et la célérité qui pouvaient être attendues de l'intimée, la recourante ne peut rien en tirer dans le cadre de son recours céans puisque, comme cela ressort du présent arrêt, la décision sur opposition est conforme au droit. Il s'ensuit que ce grief est rejeté.

## **5.**

**5.1** L'intimée a considéré que la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, car la comparaison au 1<sup>er</sup> janvier 2018 du revenu sans invalidité avec le revenu d'invalidité faisait ressortir une perte de gain (5.4 %) inférieure au minimum de 10 % fixé par l'article 18 alinéa 1 aLAA.

**5.2** Le revenu sans invalidité a été évalué à 57'814 fr. 40 au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (pour une activité à temps plein). Il tient compte du salaire perçu par l'assurée en 2013, au moment de son accident, du renchérissement sur les salaires nominaux de 2014 à 2018 (cf. décision attaquée ch. 2.7). Cette évaluation, que la recourante ne conteste pas, doit être confirmée.

**5.3** Quant au revenu d'invalidité, il a été fixé à 54'681 fr. 20, sur la base des données statistiques tirées de l'ESS pour l'année 2018.

**5.3.1** Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et 148 V 174 consid. 6.2). Une telle évaluation se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4). Par ailleurs, lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des salaires statistiques, le salaire peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus, afin de tenir compte du fait qu'une personne lésée ne peut pas forcément mettre pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle sur un marché de travail réputé équilibré (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et 148 V 174 consid. 6.3).

**5.3.2** *In casu*, l'intimée a utilisé le tableau « TA1\_tirage\_skill\_level » qui répertorie, pour le secteur privé, le salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe. Elle a tenu compte du salaire médian global (valeur centrale) pour les femmes, toute activités confondues, au niveau de compétence 1 (tâches

physiques ou manuelles simples), et l'a adapté à la durée normale hebdomadaire de travail en 2018 en Suisse, à savoir 41,7 heures. La Vaudoise a considéré que, sur un marché du travail équilibré, nombre de ces activités étaient en effet adaptées aux limitations fonctionnelles et aux aptitudes de l'assurée (cf. décision attaquée ch. 2.8).

La recourante n'émet aucune critique ciblée contre ce raisonnement. Les limitations fonctionnelles avec lesquelles elle doit compter sont les suivantes : pas d'activité nécessitant une supination du poignet gauche, pas d'activité nécessitant (avec le bras gauche) le port de charges de plus d'un kilo coude fléchi ou cinq kilos bras au corps, pas d'activité nécessitant des mouvements de rotation ou de flexion-extension répétitifs du poignet gauche (cf. rapport du Dr G \_\_\_\_\_ p. 9, sous pièce n. 120). Comme l'a retenu l'intimée, il existe sur un marché du travail équilibré un nombre significatif d'activités qui demeurent adaptées à de telles limitations fonctionnelles. En effet, la jurisprudence considère que les possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail sont suffisantes même pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_722/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.6 et les arrêts cités), degré de limitation que la recourante n'atteint au demeurant pas puisqu'elle reste en mesure d'utiliser son poignet et sa main gauches dans une activité légère sans sollicitations excessives en terme de force et de mouvements.

Quant à la question de savoir si la situation personnelle de l'assurée justifie un éventuel abattement sur le salaire d'invalidé statistique, l'intimée ne l'aborde pas explicitement dans sa décision. La recourante ne formule céans aucun grief à cet égard, mais elle demande que sa « perte de rendement de 20 % - 25 % » soit prise en compte. A ce sujet, on rappellera que cette perte de rendement que mentionne le Dr G \_\_\_\_\_ concerne l'activité habituelle de l'intéressée et, plus particulièrement, l'utilisation d'un clavier d'ordinateur (fatigabilité accrue nécessitant des pauses supplémentaires d'environ 5 min. toutes les 10 à 15 min. ; cf. rapport précité p. 9, sous pièce n. 120). Or, les activités que regroupe le niveau de compétence 1 du tableau « TA1\_tirage\_skill\_level » de l'ESS – qui sont variées, n'impliquent pas de formation particulière et sont compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes – ne nécessitent pas l'utilisation d'un ordinateur. Comme déjà dit, nombre d'entre elles demeurent adaptées aux limitations que la recourante présente au niveau de son poignet gauche. Partant, on ne saurait retenir que le handicap de l'intéressée impliquerait des possibilités de gain inférieures à la moyenne dans une activité adaptée de niveau de compétence 1. Un abattement sur le salaire statistique d'invalidé ne se justifie donc pas

pour ce motif, ni d'ailleurs en raison d'autres circonstances personnelles telles que l'âge de l'assurée, ses années de service, sa nationalité et son taux d'occupation.

C'est donc à bon droit que l'intimée a arrêté le revenu d'invalidité à 54'681 fr. 20 pour une activité à temps plein.

**5.4** La comparaison du revenu sans invalidité de l'assurée au 1<sup>er</sup> janvier 2018, à 57'814 fr. 40, avec le revenu d'invalidité fixé à 54'681 fr. 20, fait ainsi ressortir une perte de gain de 5.4 %, ce qui n'ouvre pas le droit au versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il s'ensuit que, sur ce point également, la décision de l'intimée échappe à la critique.

**6.**

**6.1** Aucun des motifs invoqués par la recourante n'étant fondé, le recours est rejeté.

**6.2** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

**Par ces motifs, le Tribunal cantonal prononce :**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais.

Sion, le 20 décembre 2024.