

## VD\_GERICHTE ZA20.000412 vom 20. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA20.000412](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.000412)

FR: VD\_GERICHTE ZA20.000412 du 20 juillet 2020

IT: VD\_GERICHTE ZA20.000412 del 20 luglio 2020

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 4/20 - 94/2020 ZA20.000412 CO UR DE S ASSURANCES  
S OCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 20 juillet  
2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme DURUSSEL, présidente Mme Pasche,  
juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Chaboudez \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
P. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 9, 18 al. 1 et 24 LAA  
402

- 2 - E n f a i t : A. P. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité d'ouvrière pour le compte de l'entreprise J. \_\_\_\_\_ SA à partir de la fin de l'année 1998, d'abord comme ouvrière de montage, puis, dès 2000, comme opératrice en salle blanche. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). L'assurée s'est retrouvée en arrêt de travail depuis le 2 septembre 2010, excepté une tentative de reprise à 50 % du 1er au 15 décembre 2010. Dans un rapport du 12 octobre 2010, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et traitement interventionnel de la douleur, a posé les diagnostics de douleurs du poignet droit sur ténosynovite de De Quervain, de douleurs du coude droit épicondyliennes et épitrocléennes dysfonctionnelles associées, de douleurs scapulaires droites sur syndrome de l'angulaire de l'omoplate, de cervicalgies de caractère musculaire sur cervico-discarthrose, de douleurs mécaniques du genou droit sur probable chondropathie fémoro-patellaire et de talalgies gauches. Dans un rapport du 29 décembre 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de tendinite de De Quervain droite, de cervicoscapulalgies gauches depuis 2005, bilatéralisées en 2010, de fibromyalgie probable suite à un accident du 30 décembre 2000, d'asthme bronchique réversible, d'allergie au latex et d'état dépressif, estimant que l'activité actuelle n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée était envisageable dès que possible à 100 %. Le 16 février 2011, l'employeur de l'assurée a adressé une déclaration de sinistre LAA à la CNA en faisant état, quant à la suspicion

- 3 - de maladie professionnelle, de gestes répétitifs et précisant quant au genre de l'atteinte « autres lésions internes ». Le 17 mars 2011, à la demande de la CNA, un expert, B. \_\_\_\_\_, s'est livré à l'appréciation du poste de travail de l'assurée. L'assurée a été invitée à se soumettre le 11 mars 2011 à une expertise pluridisciplinaire sur requête de l'assurance perte de gain de son employeur. Dans leur rapport d'expertise du 31 mars 2011, les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du L. \_\_\_\_\_ de [...] (ci-après: L. \_\_\_\_\_) ont conclu à la présence d'une fibromyalgie floride et d'une tendinite de De Quervain ou ténosynovite sténosante de De Quervain (synonyme), laquelle rendait inexigible son travail actuel avec un geste

répétitif, les restrictions étant essentiellement liées aux gestes et postures sur son plan de travail. Une activité adaptée au handicap était possible à 100 %. Sur le plan psychique, elle présentait un trouble dépressif et anxieux réactionnel, qui ne justifiait pas d'incapacité de travail. Dans un rapport du 14 avril 2011, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, a posé les diagnostics de syndrome neuralgiforme chronique du membre supérieur droit, de tendinopathie secondaire des abducteurs du pouce et de l'extenseur carpi ulnaire et de lésions dégénératives probablement banales du poignet droit. Dans son appréciation médicale du 4 juillet 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du service médecine du travail de la CNA, a estimé qu'aucun des diagnostics retenus par le Dr S. \_\_\_\_\_ ne figurait dans les diagnostics énumérés à l'art. 9 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) et qu'aucune origine professionnelle prépondérante des symptômes de l'appareil locomoteur de l'assurée ne pouvait être avérée du point de vue de la médecine des assurances au sens de l'art. 9 al. 2 LAA. S'agissant du diagnostic de tendovaginite de De Quervain – pour lequel aucune observation clinique

- 4 - typique ne figurait au dossier – il a relevé que le sexe féminin de l'assurée et son âge la prédisposaient à cette atteinte et que le rapport d'enquête sur le poste de travail élaboré le 17 mars 2011 n'attestait pas de mouvements répétitifs connus pour causer cette atteinte. En ce qui concerne les symptômes du rachis cervical et de la ceinture scapulaire, il s'agissait d'un tableau clinique aspécifique qui se manifestait souvent dans la population générale et aucune sollicitation mécanique de la ceinture scapulaire et du rachis cervical n'était identifiable au cours de l'activité professionnelle. Il a en outre relevé que des symptômes étaient apparus dans d'autres régions du corps, telles que le genou droit ou le pied gauche, et que l'assurée présentait un état dépressif qui influençait défavorablement le tableau clinique diffus. Par décision du 8 novembre 2011, la CNA a informé l'assurée qu'au regard des pièces versées au dossier, les conditions requises pour l'octroi de prestations n'étaient pas remplies. L'assurée, par son avocat, s'est opposée le 9 décembre 2011 à cette décision. Par décision sur opposition du 8 mai 2012, la CNA a maintenu sa position et rejeté l'opposition, retenant en substance que si l'on pouvait convenir que la tendovaginite de De Quervain avait pu être favorisée par l'activité professionnelle déployée auprès de l'entreprise J. \_\_\_\_\_ SA, l'on ne saurait pour autant admettre que cette affection avait été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par le travail accompli par l'assurée au poste "prémontage ressort + poulet" qu'elle occupait. B. Le recours interjeté par l'assurée le 8 juin 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été admis par arrêt du 7 janvier 2014 (AA 58/12 - 3/2014), la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. La Cour de céans a constaté qu'il était nécessaire de procéder à une nouvelle évaluation du poste de travail de l'assurée afin de

- 5 - déterminer de façon précise et aussi concrète que possible en quoi consistait son activité et quels étaient les gestes qu'elle était tenue d'exécuter dans ce contexte. Une instruction médicale complémentaire devait également être réalisée auprès d'experts pour déterminer si, et dans quelle mesure, les troubles présentés par l'assurée pouvaient être attribués à son activité professionnelle. C. L'assurée a en parallèle déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 17 décembre 2010. Dans le cadre de cette demande, une expertise a été réalisée par le L. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 19 décembre 2016, les Drs V. \_\_\_\_\_, spécialiste

en médecine interne générale, D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de tendinopathie de De Quervain à droite, d'épicondylite chronique droite et de gonalgies bilatérales sur chondropathie, qui autorisaient l'exercice d'une activité adaptée à plein temps depuis 2010. Ils ont également retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne avec un syndrome somatique, de fibromyalgie, de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, de lombalgies chroniques, de rhizarthrose de stade I du pouce droit, de périarthrite scapulo-humérale à l'épaule droite, de thyroïdectomie partielle en 2000 pour goitre et d'asthme réversible. Dans un rapport du 17 juillet 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler et a reproché aux experts de s'écarter de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur la fibromyalgie. Par décision du 30 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée, au motif qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

- 6 - Le recours interjeté par l'assurée contre cette décision a été admis par arrêt de la Cour de céans du 26 avril 2019 (AI 64/18 - 120/2019) et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er novembre 2015. D. La CNA a repris l'instruction du cas et s'est notamment renseignée auprès de l'entreprise J. \_\_\_\_\_ SA et la société-mère sur le travail effectué par l'assurée. La CNA a fait réaliser une expertise auprès des M. \_\_\_\_\_ (M. \_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 15 septembre 2016, les Drs K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, ont retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une tendinite de De Quervain à droite liée à un geste répétitif, une fibromyalgie, une épicondylite latérale et médiale du côté droit, une rhizarthrose de stade 1 selon DELL, un état dépressif, un asthme bronchique réversible, une allergie au latex, des cervico-scapulo-algies bilatérales et une lombo-ischialgie du côté droit sans trouble neurologique. Ils ont en outre posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de chondropathie de degré 3 à 4 sur le condyle médial du fémur droit, de tendinopathie chronique dorsale sur le tarse gauche et de goitre multinodulaire. Ils ont conclu que la capacité de travail dans son ancienne activité était nulle et que la capacité résiduelle de travail de l'assurée était très limitée, pratiquement inexistante, depuis septembre 2010 en raison des douleurs persistantes qui nécessitaient une médication assez élevée, précisant que l'assurée avait développé une dépression en raison des douleurs, qui était également handicapante. Au niveau des limitations, ils ont retenu que l'assurée manquait de force au niveau des deux mains et des deux bras, que l'utilisation de sa main droite provoquait de fortes douleurs au niveau de la main, du poignet, du coude, de l'épaule et de l'omoplate, et que sa capacité d'attention était limitée en raison de la médication et de la fatigue générale. Ils ont considéré que l'atteinte retenue était à un certain point causée par son travail répétitif,

- 7 - notamment la ténosynovite de De Quervain et l'épicondylite latérale, qui étaient le résultat de ces gestes. La maladie de base était la fibromyalgie, déjà connue et présente quelques années avant 2010, et qui s'était aggravée pendant des années. Le travail manuel répétitif avait certainement eu une influence sur la péjoration de cette maladie, mais n'était pas exclusivement (au moins à 75 %) la raison de l'aggravation de la symptomatologie.

Dans des courriers de son mandataire à la CNA des 28 février et 4 avril 2017, l'assurée a émis des critiques à l'encontre de ce rapport d'expertise et, se basant sur un rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2017, elle a fait valoir que la ténosynovite de De Quervain était une péri-tendinite crépitante, maladie qui figurait parmi les diagnostics de l'annexe 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), de sorte qu'un lien de causalité de 50 % au moins entre celle-ci et les troubles présentés était suffisant. Pour le Dr S. \_\_\_\_\_, il était clair que la tendinite de De Quervain avait été causée exclusivement par le geste professionnel et que la fibromyalgie préexistante, même nettement calmée en 2009, avait été clairement aggravée par l'activité professionnelle et ce, de manière prépondérante. Dans ses courriers des 10 mars et 19 avril 2017, la CNA a considéré que l'arrêt de renvoi de la Cour de céans concluait uniquement à l'application de l'art. 9 al. 2 LAA. La CNA a fait réaliser une expertise auprès de l'Institut universitaire romand de Santé au Travail (ci-après : IST). Dans leur rapport du 8 novembre 2018, les Dres A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes en médecine du travail, ont répondu comme suit aux questions posées : « 3. Peut-on considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes retenues ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75% de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA) ?

- 8 - Concernant la tendinopathie de De Quervain : oui. Elle a été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75 % de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle. Pour les autres diagnostics évoqués : non. En particulier, existe-t-il des facteurs de risques professionnels ? Dans l'affirmative, lesquels ? Oui, il existe des facteurs de risques professionnels pour la tendinopathie de De Quervain: o Positions articulaires contraignantes >50% du temps de travail (pronation/supination, vissage, mouvements précis). o Répétitivité : 2.2 fois plus élevé main droite que main gauche, cycles <10 sec pour 6/8 opérations. o Temps de récupération insuffisant. o Temporalité : symptômes apparus et diagnostic posé après une longue période d'exposition. o Symptômes similaires chez une collègue. o Littérature : • Association entre mouvement répétitif, de force, en posture contraignante pour ténosynovite de De Quervain : OR 2.5-2.89. • Mouvements de pince + déviation radio-ulnaire (OR 2.3). • Mouvements de tournevis plus de 2h par jour (OR 3.2). Ou doit-on plutôt considérer qu'il existe des facteurs prédisposants individuels ou médicaux, cas échéant, lesquels ? Le seul facteur prédisposant individuel pouvant jouer un rôle dans le développement de la ténosynovite de De Quervain est le sexe féminin. Mais au vu du nombre de facteurs de risques professionnels identifiés, il ne suffit pas à lui seul pour infirmer l'origine professionnelle. Les autres facteurs comme l'âge, le goître euthyroïdien, la fibromyalgie et la rhizarthrose ont été considérés comme facteurs neutres et ne parlent donc ni en faveur, ni contre une origine professionnelle. 4. Des maladies préexistantes ont-elles, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, été aggravées, exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75 % de l'ensemble des causes), par l'activité professionnelle ? Non, même si un lien ne peut pas être totalement être exclu, une aggravation si importante ne peut pas être démontrée. En effet, la seule maladie préexistante qui aurait pu être aggravée par l'activité professionnelle est la fibromyalgie. Il convient de rappeler que ce diagnostic a été évoqué dès 2000 et étayé le 24.10.2007. Les arrêts de travail pour maladie entre 2000 et début 2009 ont été très rares, ce qui parle plutôt en défaveur d'un impact négatif de l'activité professionnelle sur la fibromyalgie. 5. Les atteintes à la santé actuellement diagnostiquées sont-elles encore, au moins au degré de la vraisemblance

- 9 - prépondérante, des séquelles d'une maladie professionnelle ? Au vu du long délai entre l'examen de Mme P. \_\_\_\_\_ et la finalisation de la présente expertise, il nous semble difficile de répondre à cette question, qui traite des atteintes actuelles à la santé. [...] Si la tendinopathie de De Quervain n'est plus présente actuellement, alors il convient de répondre que non, les atteintes à la santé actuelle ne sont pas des séquelles de maladie professionnelle. Si au contraire, la tendinopathie de De Quervain devait encore être présente, alors à notre avis, il n'est pas possible de répondre de manière tranchée à cette question. En effet, la présence concomitante d'une fibromyalgie, considérée comme un désordre dans la régulation de la douleur, fait qu'il est difficile de faire la part des choses et de prouver la vraisemblance prépondérante pour des séquelles de maladie professionnelle. Même s'il n'existe à ce jour pas de données de la littérature à ce propos, on ne peut pas exclure que la présence concomitante de la fibromyalgie, a rendu plus difficile le traitement de la ténosynovite de De Quervain. Il y a autant de facteurs en faveur qu'en défaveur d'une séquelle de maladie professionnelle : - En faveur : Mme P. \_\_\_\_\_ a été exposées à de nombreux facteurs de risques professionnels pour la tendinopathie de De Quervain durant plusieurs années - En défaveur : une évolution chronique sur plusieurs années de la tendinopathie de De Quervain, alors qu'il n'y a plus d'exposition professionnelle, n'est pas typique. - Neutre : selon les données scientifiques disponibles actuellement, la fibromyalgie ne semble pas être un facteur prédisposant pour la tendinopathie de De Quervain, mais un lien ne peut cependant pas être totalement exclu. En effet, il a été retrouvé que la coexistence d'une fibromyalgie peut augmenter l'intensité de la douleur liée à l'épicondylite latérale chronique et avoir une influence négative sur le traitement de cette affection. En théorie, une influence de la fibromyalgie sur les douleurs et l'effet du traitement d'une ténosynovite de De Quervain chronique pourrait donc également être possible. » Les expertes ont par ailleurs notamment indiqué ce qui suit : « Selon l'arrêt de la cour des assurances sociales du 7.1.2014 (pièce 147), la recourante (Mme P. \_\_\_\_\_) ne disconvient pas que les troubles qu'elle allègue ne figurent pas dans les diagnostics de l'annexe 1 de l'OLAA, admettant qu'il convient d'appliquer l'art. 9 al. 2 LAA et ainsi de prouver que l'origine des symptômes doit être avérée comme nettement prépondérante (plus de 75 %) pour que l'on puisse admettre l'existence d'une maladie professionnelle. Du point de vue de la médecine du travail, notre avis diverge quant aux diagnostics évoqués dans l'annexe 1 de l'OLAA. En effet, la tendovaginite (peritendinitis crepitans), figure clairement dans cette annexe. Selon la définition de la ténosynovite de De Quervain, à savoir tendovaginite non-inflammatoire affectant les tendons du court extenseur du pouce et du long abducteur [...], celle-ci rentre donc tout à fait dans le cadre d'une tendovaginite, même en l'absence de crépitants persistants [...] (les crépitants étaient

- 10 - présents en aigu, comme décrit par le Dr S. \_\_\_\_\_, pièce 46). Ainsi, de notre point de vue, il convient d'appliquer l'art. 9 al. 1 LAA et ainsi de prouver que l'origine des symptômes doit être avérée comme prépondérante (plus de 50 %) pour que l'on puisse admettre l'existence d'une maladie professionnelle. » A cette expertise était joint un rapport d'analyse ergonomique du poste de travail qu'occupait l'assurée, établi le 24 août 2018, qui concluait que l'activité de travail de l'assurée se caractérisait par des postures statiques de la nuque et des épaules, des positions articulaires contraignantes des deux poignets, des mouvements avec une forte répétitivité et durée, ainsi qu'une faible fréquence de pauses physiologiques. Le 22 janvier 2019, la CNA a fait savoir à l'assurée qu'elle admettait ses troubles en tant que maladie professionnelle et allait lui allouer les prestations légales. En réponse aux questions de la CNA concernant les troubles du poignet droit de l'assurée, le

Dr S. \_\_\_\_\_ a fait savoir, dans un rapport du 27 février 2019, qu'il n'y avait pas d'amélioration des douleurs du poignet droit, que l'assurée souffrait d'une extension douloureuse ascendante de tout le membre supérieur droit et que la malposition antalgique cervicale entraînait des douleurs de la ceinture scapulaire. Il a estimé que l'incapacité de travail continuait à 100 %, que l'assurée était dans l'impossibilité de porter des charges lourdes, précisant qu'elle devait utiliser des moyens auxiliaires pour ouvrir les bouteilles et bords, et que les tâches ménagères étaient difficiles pour elle. Dans une prise de position du 3 juin 2019, la Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé en lien avec la ténosynovite de De Quervain, que l'assurée était apte à exercer, à plein temps, une activité très légère avec un port de charge maximal de 2 kg, sans diminution de rendement. Les limitations suivantes devaient être prises en compte : les travaux de précision avec les doigts, en particulier les mouvements répétitifs de pince bi-pulpaire et d'opposition du pouce (entre le pouce et l'index de la main droite, et entre - 11 - le pouce et les autres doigts), ainsi que les activités exigeant une abduction répétitive du pouce, qui n'étaient pas exigibles pour la main droite. La pince bi-pulpaire, l'opposition du pouce et l'abduction du pouce étaient exigibles occasionnellement, pendant un total de deux heures réparties sur la journée. Les travaux de vissage n'étaient pas exigibles, de même que les mouvements rotatifs répétitifs avec charge du poignet droit, l'exposition de la main droite au froid, à la chaleur et aux vibrations. À titre explicatif, la Dre T. \_\_\_\_\_ a noté que les troubles étaient déclenchés par une abduction répétitive (écartement) et une extension répétitive du pouce. Les travaux de précision, ainsi que les mouvements répétitifs de pince bi-pulpaire et d'opposition du pouce entraînaient une extension répétitive avant chaque prise à proprement parler (activation du tendon du muscle long extenseur du pouce). Le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne générale, a fait l'appréciation suivante en date du 5 août 2019 : « 1. L'assurée présente des douleurs multiples, notamment au niveau du membre supérieur droit, mais qui sont relativement vagues et étendues. L'absence d'amélioration malgré les traitements instaurés, ainsi que les répercussions majeures sur la vie privée, parlent clairement en faveur d'un tableau fibromyalgique. Je rappelle que Mme P. \_\_\_\_\_ souffre d'une fibromyalgie floride depuis 2006 et que ce diagnostic a été reconnu par tous les médecins qui ont examiné l'assurée. Il est donc très difficile de confirmer actuellement la persistance d'une tendinopathie de De Quervain, d'autant plus que Mme P. \_\_\_\_\_ ne bénéficie d'aucune prise en charge spécialisée et que les douleurs qu'elle décrit sont relativement diffuses et non spécifiques. D'autre part, l'évolution défavorable alors qu'elle ne travaille plus depuis plus de 8 ans est très atypique. Par conséquent, si l'assurée a souffert à l'époque d'une ténosynovite de De Quervain, il n'est pas démontré au sens de la vraisemblance nettement prépondérante que cette pathologie ait persisté dans le temps ou même qu'elle existe toujours. En effet, l'examen clinique chez une personne polyalgique est difficile à interpréter et ne peut en aucun cas être considéré comme conclusif. Dans ce contexte, je n'ai aucune raison de suspecter que la maladie professionnelle n'a pas été stabilisée au plus tard 2 ans après l'arrêt de travail. Même si l'IST mentionne que des douleurs permanentes peuvent persister après 6 à 18 mois de délai, il s'agit d'une situation qui est rare et dans le cas présent d'autres causes permettent d'expliquer les douleurs chroniques de Mme P. \_\_\_\_\_ ». 2. À l'heure actuelle, les limitations fonctionnelles sont clairement secondaires à la fibromyalgie qui n'est pas une maladie

- 12 - professionnelle. Il n'appartient donc pas à la Suva de se prononcer sur l'aptitude professionnelle, d'autant plus qu'il existe un fort doute quant à la persistance réelle de la tendinopathie de De Quervain. 3. Pour les raisons évoquées ci-dessus, les critères pour l'octroi d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sont pas remplis. » Par courrier du 13 août 2019, la CNA a informé l'assurée qu'elle retenait le 2 septembre 2010 comme date de début de l'affection et que la stabilisation de l'état de santé était intervenue deux ans après, soit au 1er octobre 2012. Par courrier du 14 août 2019, la CNA a fait savoir à l'assurée qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2012 au soir. Par décision du 16 octobre 2019, la CNA a mis l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité de 11 % à partir du 1er octobre 2012, sur la base d'un gain annuel assuré de 50'050 fr., et estimé que les conditions requises pour ouvrir un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient pas remplies : « Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que le seul handicap affectant Mme P. \_\_\_\_\_ consécutivement à la maladie professionnelle engageant la responsabilité de la Suva ne l'empêcherait pas de déployer une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas de manipuler des charges ni de solliciter le pouce et le poignet droits par des mouvements de rotation, de pince ou de précision ainsi qu'à l'abri d'expositions thermiques et de vibrations. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et en tenant compte d'une réduction de 10 % pour les limitations fonctionnelles en rapport avec la maladie professionnelle qui affectent votre mandante un salaire de CHF 46'297 pouvait encore être réalisé en 2012, date de départ de la rente, par une personne de sexe féminin. Comparé au gain de CHF 52'000 réalisable cette année-là sans la maladie professionnelle, il en résulte une perte de 10,97 %. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité de 11 %. » L'assurée a formé opposition contre cette décision le 15 novembre 2019, faisant valoir que le degré d'invalidité retenu ne reflétait pas les séquelles qu'elle gardait, que son incapacité de travail était totale et que son employeur avait enfreint son devoir de protection.

- 13 - Par décision sur opposition du 25 novembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 16 octobre 2019, relevant notamment que la maladie professionnelle était à l'arrière-plan par rapport aux multiples pathologies algiques invalidantes présentées par l'assurée, dont elle n'avait pas à répondre. Elle a confirmé le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, se fondant sur les conclusions médicales du Dr O. \_\_\_\_\_ et précisant qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte les effets particuliers ressentis par les individus. E. Par acte du 6 janvier 2020, P. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à ce qu'un taux d'invalidité plus élevé lui soit reconnu et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a fait valoir que l'atteinte à son bras droit, reconnue comme d'origine professionnelle, pouvait avoir eu des conséquences aggravantes sur les autres pathologies qu'elle présentait, qui étaient devenues handicapantes pour l'exercice d'une profession, relevant en outre que le Tribunal fédéral avait reconnu la tendinite de l'épicondyle comme maladie professionnelle. Elle a critiqué l'avis de la Dre T. \_\_\_\_\_ dans la mesure où aucun essai d'activité n'avait été réalisé et où celle-ci n'avait pas pris l'avis d'un ergonome, invoquant qu'on ne trouvait pas sur le marché du travail un poste de travail avec les restrictions énumérées. Elle a par ailleurs estimé qu'il y avait eu une atteinte à son intégrité en raison du non-respect des dispositions de l'OPA (ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents ; RS 832.30). Dans sa réponse du 10 mars 2020, la CNA a proposé le rejet du recours. Elle a contesté l'existence d'un lien de

causalité entre l'activité lucrative passée de l'assurée et les autres pathologies qu'elle présentait sur la base des conclusions des Dres A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, et a également nié l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé psychique de l'assurée et sa maladie professionnelle, au motif que selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, la maladie professionnelle dont il était question n'était pas de nature à provoquer des troubles psychologiques

- 14 - invalidants, ni n'avait sérieusement mis en danger sa santé, que l'assurée ne suivait pas de traitement particulier et qu'elle conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La CNA a relevé que la recourante n'apportait aucun élément médical objectif permettant de douter de la pertinence des conclusions de la Dre T. \_\_\_\_\_ et que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le marché du travail comprenait un éventail suffisamment large d'activités simples et légères lorsque le handicap d'un assuré était encore compatible avec des activités de type contrôle ou surveillance. Elle a répété que le fait que l'ancien employeur de la recourante ait failli à ses obligations envers elle n'était pas relevant pour l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et qu'il n'y avait pas lieu d'allouer une telle indemnité au vu des conclusions des Dres A. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_ et du Dr O. \_\_\_\_\_. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations d'assurance au titre de la maladie professionnelle pour les troubles annoncés à la CNA le 16 février 2011.

- 15 - 3. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. a) Sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (art. 9 al. 1 LAA). Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci ont été énumérés par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA. b) Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA). Cette clause – dite générale – répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral a été chargé d'établir selon l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 136 consid. 5a et les références). La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 126 V 183 consid. 2b ; 119 V 200 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 5c). c) Selon l'art. 9 al. 3 LAA, sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où

elle s'est déclarée (première phrase). Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA (deuxième phrase).

- 16 - 4. a) Dans son arrêt du 7 janvier 2014, la Cour de céans n'a envisagé la situation des troubles présentés par l'assurée que sous l'angle de l'art. 9 al. 2 OLAA. Parmi l'ensemble des pièces médicales alors versées au dossier, aucune ne mentionnait en effet que la ténosynovite de De Quervain dont souffre l'assurée était une tendovaginite ou peritendinitis crepitans au sens du ch. 2 de l'Annexe I OLAA. Au contraire, dans son appréciation médicale du 4 juillet 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_ a expressément indiqué qu'aucun des diagnostics relatifs à l'appareil locomoteur ne figurait dans les diagnostics énumérés à l'art. 9 al. 1 LAA. La décision de renvoi avait pour but la mise en œuvre d'une expertise, dans le cadre de laquelle « les experts prendront notamment soin de préciser les troubles et les limitations que présente la recourante, en indiquant en outre si, et dans quelle mesure, ces troubles sont en lien avec l'activité exercée au service de J. \_\_\_\_\_ SA, et dans l'affirmative, dans quelle proportion ». Il était précisé qu'il « appartiendra ensuite à l'intimée, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel de la recourante aux prestations sollicitées au titre de maladie professionnelle, en relation avec les troubles au membre supérieur droit ». Au vu de cette formulation, l'intimée, de même que les experts, n'étaient pas limités à un examen de la situation uniquement sous l'angle de l'art. 9 al. 2 LAA, mais pouvaient également, comme ils l'ont fait, l'envisager en lien avec l'art. 9 al. 1 LAA. Il n'en demeure pas moins que selon la jurisprudence (TF 8C\_99/2009 du 3 juillet 2009 consid. 3.2 et référence citée), la ténosynovite de De Quervain ne correspond pas à une tendovaginite ou peritendinitis crepitans au sens du ch. 2 de l'Annexe I OLAA, de sorte que cette atteinte ne peut être considérée comme une maladie professionnelle que si elle a été causée au moins à 75 % par l'activité exercée, en application de l'art. 9 al. 2 OLAA. Il n'est cependant pas nécessaire d'examiner si les connaissances médicales qui ont donné lieu à cette jurisprudence sont toujours d'actualité puisqu'en l'occurrence, les Dres A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ont estimé que la tendinopathie de De Quervain

- 17 - avait été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'activité professionnelle. b) A la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans, la CNA a notamment mis en œuvre une expertise auprès de l'IST. Il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise établi par les Drs A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_. Les expertes ont en effet pris leurs conclusions en toute connaissance du dossier de l'assurée, en procédant à un examen clinique et en se renseignant de manière détaillée sur les conditions de travail de la recourante. Elles ont à cet effet non seulement tenu compte des informations communiquées par l'employeur et par une ancienne collègue de l'assurée, mais ont également fait réaliser une nouvelle analyse ergonomique du poste de travail par deux ergonomes de l'IST, qui ont rédigé un rapport détaillé sur les données factuelles et quantitatives relatives à l'ancienne activité de la recourante. La Dre N. \_\_\_\_\_ et une ergonome se sont par ailleurs rendues sur place pour visiter le lieu de travail de la recourante et assister à une démonstration des activités exercées par un des travailleurs. Les expertes ont ensuite examiné, pour chacune des atteintes présentées par la recourante, les facteurs en faveur et en défaveur d'une origine professionnelle. Leurs conclusions sont en outre bien détaillées et motivées. A l'issue de leur expertise, les expertes sont arrivées à la conclusion que seule la tendinopathie de De Quervain pouvait être considérée comme une maladie professionnelle, à l'exclusion des autres atteintes de la recourante, dont il n'était

pas possible de dire qu'elles étaient dues de manière nettement prédominante à l'activité exercée. aa) Il est ainsi admis que la ténosynovite de De Quervain dont souffre la recourante est une maladie professionnelle, cette atteinte ayant été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'activité exercée. bb) En ce qui concerne l'épicondylite du coude droit, les expertes ont examiné de manière détaillée le lien de causalité entre cette

- 18 - pathologie et l'activité exercée, ont reconnu qu'un certain nombre de facteurs parlaient en faveur d'une origine professionnelle, mais sont arrivées à la conclusion que l'absence d'un lien temporel clair ne permettait raisonnablement pas de retenir une origine professionnelle à ce diagnostic (expertise pp. 23, 42-43). Ce diagnostic n'a en effet été posé qu'en septembre 2016, soit cinq ans après l'arrêt de l'activité professionnelle. Certes, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ estiment que l'épicondylite latérale était à un certain point causée par le travail répétitif, mais il faut constater qu'ils ne se sont pas prononcés sur le lien temporel entre l'activité exercée et l'apparition de cette atteinte. Dans son recours, la recourante relève que la jurisprudence a reconnu l'origine professionnelle d'une telle atteinte. Toutefois, le fait qu'une épicondylite latérale ait été considérée comme une maladie professionnelle dans un cas n'est pas déterminant puisqu'il s'agit d'examiner, dans le cas de la recourante, si l'on peut conclure que l'activité exercée constitue de manière nettement prépondérante la cause de cette atteinte. Tel n'est pas le cas selon les conclusions des Dres A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, dont il n'y a aucune raison de s'écarter. La recourante n'apporte d'ailleurs aucun élément médical allant à l'encontre des résultats de l'expertise. cc) Les Dres A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ indiquent de manière claire qu'une origine professionnelle n'entre pas en compte pour le diagnostic de fibromyalgie, dont l'étiologie est inconnue et la physiopathologie peu claire (expertise pp. 24 et 44). Elles reconnaissent qu'il est probable que la fibromyalgie ait eu une influence sur l'évolution négative des symptômes de la recourante, notamment sur les douleurs liées à l'épicondylite latérale droite, mais qu'elle n'a en revanche pas été un facteur prédisposant pour la tendinopathie de De Quervain, si bien que la coexistence de ces deux pathologies ne remet pas en cause l'origine professionnelle de la tendinopathie de De Quervain (expertise p. 44). dd) En ce qui concerne la rhizarthrose de stade I selon DELL, les expertes relèvent que certaines études suggèrent une origine

- 19 - professionnelle comme possible. Cela étant, elles constatent que parmi les facteurs de risque reconnus pour la rhizarthrose, seule la posture en pince a été retrouvée dans l'activité exercée par la recourante, ce qui ne suffit pas à retenir une origine professionnelle (expertise pp. 24 et 44). ee) Les expertes mentionnent en outre que l'analyse de l'activité par les ergonomes n'a pas retrouvé de mouvements qui constitueraient des facteurs de risques pour la chondropathie de degré 3-4 sur le condyle médial du fémur droit dont souffre la recourante. Elles ont notamment précisé que les mouvements de flexion-extension effectués par cette dernière pour le maniement de la pédale ne constituaient pas des facteurs de risque pour une chondropathie (expertise pp. 25 et 44). ff) S'agissant des troubles psychiques présentés par la recourante, il ressort de l'expertise des Dres A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ qu'il faudrait prouver que l'état dépressif a été causé exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle, ce qui est quasi impossible à faire dans le contexte de douleurs chroniques précédant la survenue de l'épisode dépressif (expertise p. 26). Dans sa réponse au recours, la CNA a par ailleurs nié un éventuel lien de causalité adéquate entre la ténosynovite de De Quervain, reconnue comme maladie professionnelle, et les troubles psychiques de la recourante. Selon la

jurisprudence, la causalité est adéquate si la maladie professionnelle ou les événements en relation avec celle-ci sont propres, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques du genre de ceux qui sont apparus (ATF 125 V 456 consid. 5). Tel n'apparaît pas être le cas en l'occurrence pour les raisons citées par la CNA, à savoir que la vie de la recourante n'a pas sérieusement été mise en danger, qu'elle conserve une capacité de travail dans une activité adaptée pour les seules séquelles de la tendinopathie de De Quervain (cf. consid. 6b infra) et qu'elle ne suit pas de traitement spécifique pour cette atteinte.

- 20 - C'est donc à juste titre que la CNA a estimé que le trouble dépressif et anxieux n'était pas de sa responsabilité. gg) Dans son recours, la recourante soutient que sa ténosynovite de De Quervain pouvait avoir eu des conséquences aggravantes sur les autres pathologies qu'elle présente, qui sont devenues handicapantes pour l'exercice d'une profession. Les Dres A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ se prononcent toutefois de manière claire sur les interactions entre les différentes atteintes présentées par la recourante. Elles ont ainsi analysé les liens entre la fibromyalgie et la tendinopathie de De Quervain, l'impact de la fibromyalgie sur les douleurs liées à l'épicondylite latérale droite, et ont par ailleurs relevé les effets du trouble dépressif et anxieux en tant que facteur diminuant le lien de causalité entre les risques professionnels et l'épicondylite (expertise p. 46). L'absence de mention d'une influence déterminante de la ténosynovite de De Quervain sur les autres pathologies ne peut ainsi qu'être interprétée en ce sens qu'une telle causalité n'existe pas du point de vue médical. Il faut par ailleurs constater que la recourante n'apporte aucun document médical à l'appui de ses déclarations. c) Il s'ensuit que la recourante a droit aux prestations de l'assurance-accidents uniquement en lien avec la ténosynovite de De Quervain qu'elle présente. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a refusé de prester pour les autres pathologies dont souffre la recourante. 5. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, respectivement d'une maladie professionnelle (art. 9 al. 3 LAA), il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21

- 21 - février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le

taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

- 22 - des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). d) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b). La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

- 23 - 6. a) La CNA a estimé, sur la base des conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_, que l'état de santé de la recourante – en lien uniquement avec sa ténosynovite de De Quervain – était stabilisé depuis le 1er octobre 2012, soit deux ans après le début de l'incapacité de travail due à la maladie professionnelle. Ce médecin a en effet expliqué qu'il était très difficile de confirmer actuellement la persistance d'une tendinopathie de De Quervain puisque l'examen clinique chez une personne polyalgique, atteinte de fibromyalgie, était difficile à interpréter et ne pouvait en aucun cas être considéré comme conclusif. Il a relevé que la recourante ne bénéficiait d'aucune prise en charge spécialisée et que les douleurs décrites étaient relativement diffuses et non spécifiques. En outre, une évolution défavorable alors que l'assurée ne travaillait plus depuis huit ans était très atypique. Le Dr O. \_\_\_\_\_ n'avait dès lors aucune raison de suspecter que la maladie professionnelle n'avait pas été stabilisée au plus tard deux ans après l'arrêt de travail. De leur côté, les Dres A. \_\_\_\_\_ et

N.\_\_\_\_\_ ont également mentionné qu'en raison de la présence concomitante de la fibromyalgie, il était difficile de faire la part des choses et de prouver la vraisemblance prépondérante pour des séquelles de maladie professionnelle (expertise p. 47). Au vu de cela, la CNA était légitimée à mettre fin au paiement des indemnités journalières au 30 septembre 2012 et à examiner le droit à la rente à partir du 1er octobre 2012. b) S'agissant des répercussions dues à la ténosynovite de De Quervain, la CNA a estimé, sur la base de l'avis de la Dre T.\_\_\_\_\_, que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité légère, avec un port de charge limité à 2kg, n'impliquant pas de travaux d'une grande précision, plus particulièrement sans mouvements répétitifs de la pince bi-pulpaire ou d'opposition du pouce, ni abduction répétitive du pouce (ces mouvements n'étant exigibles qu'occasionnellement, pendant un total de 2 heures réparties sur la journée), sans travaux de vissage, ni mouvements rotatifs répétitifs avec charge du poignet droit, l'activité ne devant en outre pas exposer l'assurée au froid, à la chaleur ou à des vibrations de la main droite.

- 24 - Dans leur rapport d'expertise, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ se prononcent sur les répercussions globales des atteintes à la santé de la recourante, à savoir également sur celles qui n'ont pas à être prises en charge par la CNA. On ne trouve dans leur rapport aucun renseignement sur les conséquences uniquement dues à la ténosynovite de De Quervain. De son côté, le Dr S.\_\_\_\_\_ estime que l'assurée est en totale incapacité de travail dans son rapport du 27 février 2019. Au titre des limitations fonctionnelles, il note l'impossibilité du port de charges lourdes, la nécessité d'utiliser des moyens auxiliaires pour ouvrir les boîtes et les bouteilles, ainsi qu'une difficulté faire les tâches ménagères. Il faut constater qu'il ne ressort pas clairement du rapport si le médecin traitant considère que la totale incapacité de travail se justifie uniquement du fait de la tendinopathie de De Quervain ou si elle résulte de l'ensemble des atteintes présentées par la recourante. Comme déjà mentionné, seules les répercussions de la ténosynovite de De Quervain doivent être prises en compte en l'occurrence, puisque seule cette atteinte a été reconnue comme maladie professionnelle. Cela étant, même dans l'hypothèse où le Dr S.\_\_\_\_\_ conclurait à une totale incapacité de travail sur la seule base de cette atteinte, il faut constater qu'il ne motive nullement son appréciation, plus particulièrement qu'il n'explique pas pourquoi aucune capacité de travail ne peut être attendue de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il retient. Celles-ci correspondent en effet grandement à celles fixées par la Dre T.\_\_\_\_\_, à savoir une activité ne nécessitant pas l'utilisation répétitive des doigts et du poignet droits. Dans son recours, la recourante conteste les conclusions de la Dre T.\_\_\_\_\_ au motif qu'aucun essai d'activité n'avait été réalisé et que celle-ci n'avait pas pris l'avis d'un ergonome. Il s'agit toutefois en l'occurrence de fixer la capacité de travail médico-théorique de la recourante découlant des seules séquelles de la tendinopathie de De Quervain. Dans ce contexte, un essai d'activité n'apporterait aucune information puisqu'il a été reconnu dans le cadre de la procédure AI que la

- 25 - recourante présente, à côté de cette atteinte, d'autres troubles invalidants qui ont conduit à la reconnaissance d'une rente entière de l'assurance- invalidité. Par ailleurs, la recourante n'apporte aucun élément médical susceptible de remettre en cause les conclusions motivées et détaillées de la Dre T.\_\_\_\_\_. Il se justifie par conséquent de conclure, en lien avec la tendinopathie de De Quervain, que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. c) La recourante estime qu'il n'existe pas sur le marché du travail d'activité compatible avec ses limitations fonctionnelles.

Contrairement à ce qu'elle soutient, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser à plusieurs reprises que le marché du travail comporte un éventail suffisamment large d'activités simples et légères, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles notamment avec l'épargne d'une main et du poignet, telles que des activités de type contrôle ou surveillance (TF 8C\_811/2018 du 10 avril 2019 consid. 4.4.2 ; TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3). d) La recourante ne critique pas le calcul du degré d'invalidité opéré par la CNA en tant que tel, qui peut en effet être confirmé. L'intimée s'est renseignée auprès de J.\_\_\_\_\_ SA sur le salaire que la recourante aurait touché dans son activité en 2012 si elle avait continué à travailler, lequel aurait été de 52'000 francs. Pour calculer son salaire avec invalidité, la CNA s'est référée aux données salariales statistiques résultant de l'ESS, sur lesquelles elle a procédé à un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, arrivant à un salaire annuel de 46'297 francs. Le préjudice économique se montait ainsi à 10,97 % et donnait droit à une rente de 11 %. C'est également à bon droit que la CNA a fixé le gain assuré de la recourante à 50'500 fr., au vu des revenus perçus durant l'année précédant l'apparition de la maladie professionnelle (art. 15 al. 2 LAA).

- 26 - 7. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, 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. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). Aux termes de 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, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). b) En l'occurrence, la recourante estime qu'elle a subi une atteinte à son intégrité dans la mesure où son ancien employeur n'a pas respecté le devoir de protection qui lui incombe, tel qu'il figure notamment dans l'OPA. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a toutefois pas pour but de réparer un dommage causé fautivement par un tiers. Elle

- 27 - est au contraire allouée aux assurés qui gardent des séquelles importantes et durables à leur intégrité physique, mentale ou psychique en raison d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Il appartient dès lors aux médecins d'évaluer si l'on est en présence ou non d'une atteinte importante et durable à l'intégrité corporelle. En l'occurrence, le Dr O.\_\_\_\_\_ a clairement indiqué que tel n'était pas le cas dans son appréciation du 5 août 2019. Il n'existe en effet pas de séquelles durables des suites de la tendinopathie de De

Quervain et les douleurs persistantes sont à mettre avant tout sur le compte de la fibromyalgie. La recourante ne produit aucun document médical de nature à mettre en doute ces constatations. C'est dès lors à bon droit que la CNA a refusé d'allouer à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 25 novembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière :

- 28 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Mme P. \_\_\_\_\_, - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.