

VD_GERICHTE ZA24.046143 vom 15. April 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.046143

FR: VD_GERICHTE ZA24.046143 du 15 avril 2026

IT: VD_GERICHTE ZA24.046143 del 15 aprile 2026

Erwägungen

E. 28

al. 4 et 36 OLAA 10J010

- 2 - En fait : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, veuve, sans formation certifiante, droitère, est l'actionnaire unique et l'administratrice avec signature individuelle depuis sa création en 1987 de l'entreprise D. _____ SA, dont elle est par ailleurs l'employée. A ce titre, elle est assurée pour le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Ayant pour but le nettoyage et l'entretien de bâtiments et de locaux, ainsi que la réparation et l'entretien de parquets, D. _____ SA a également occupé la mère, la filleule et une amie de l'assurée (cf. Compte- rendu d'entretien de la CNA avec l'assurée du 5 octobre 2020). B. Le 14 janvier 1999, l'assurée a glissé sur une plaque de glace et s'est blessée au genou gauche. La CNA a pris en charge le cas, traité sous la référence aaa, puis un deuxième sinistre survenu le 2 mai 2000, avec une chute sur le genou gauche après avoir glissé sur un tapis, sous la référence bbb. La CNA a rendu une décision le 2 août 2002, contre laquelle l'assurée a formé opposition. L'instruction de cette opposition a été suspendue en raison de nouveaux sinistres annoncés entretemps, puis la CNA a rendu une nouvelle décision le 11 avril 2006, annulant celle du 2 août 2002, par laquelle elle a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 27 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 7,5 %, en précisant qu'il n'était tenu compte que des séquelles au genou gauche consécutives aux accidents des 14 janvier 1999 et 2 mai 2000, à l'exclusion de toute autre séquelle accidentelle organique, à l'exclusion des atteintes malades (notamment les troubles du dos, des membres supérieurs et de la hanche), de même que des troubles psychogènes. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 4 septembre 2006, puis par jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 3 octobre 2007 (AA 131/06 - 10/2008). 10J010

- 3 - L'assurée a ensuite annoncé plusieurs sinistres, en particulier une chute le 2 août 2013 entraînant une fracture du poignet droit traitée par la CNA sous la référence ccc. Concernant cette blessure, le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a établi une appréciation médicale le 27 septembre 2017, dans laquelle il a relevé qu'à l'examen à l'agence du 22 décembre 2016, les plaintes de l'assurée étaient en diminution, qu'elle semblait se servir davantage de sa main droite, que le poignet droit était calme, largement indolore à la mobilisation, avec une mobilité modérément limitée, le pouce et les doigts longs normo-fonctionnels, la force de serrage de la main droite réduite mais néanmoins en progression, tandis que l'intéressée restait indécise quant aux options thérapeutiques proposées par la spécialiste consultée. Le Dr A. _____ a conclu que la situation était stabilisée « depuis un certain temps déjà » et que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir une activité privilégiant le

contrôle et la surveillance, plutôt que le travail purement manuel, et ne nécessitant pas une dextérité particulière. Il évaluait à 10 % l'atteinte à l'intégrité en référence à la table 5 du barème (arthrodèse intra-carpienne). La CNA a ensuite annoncé à l'assurée, par courrier du 31 octobre 2017 qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières avec effet au

E. 30

novembre 2017. Réagissant à ce courrier par son mandataire, Me Jean- Michel Duc, l'assurée a sollicité le versement d'une avance sur les prestations d'invalidité et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, à laquelle la CNA a partiellement donné suite, selon communication du 21 novembre 2017 et décompte du 8 janvier 2018. Le 13 mars 2018, l'assurée a chuté dans un escalier sur le côté droit. Elle a annoncé ce sinistre à la CNA le 16 mars 2018, en indiquant que le pied, le coccyx, la cuisse, l'épaule et la tête avaient été touchés par la chute. La CNA a ouvert un cas sous la référence ggg. Dans un rapport du 15 octobre 2018, le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué que cette chute avait provoqué une fracture des 4e et 5e orteils du pied droit, laquelle avait été compliquée d'une maladie de Sudeck avec rétractation complète des orteils. L'assurée a ensuite été examinée par le Dr A._____ le 3 décembre 2018, qui l'a adressée pour un second avis au 10J010

- 4 - Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a vu l'assurée le 8 février 2019. Il a conclu qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale et a prescrit une paire de supports plantaires, ainsi que des séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Enfin, le 3 octobre 2019, l'assurée a adressé à la CNA une déclaration de sinistre relatant que le 1er octobre 2019, à son domicile, elle s'était encoublée sur une marche, s'était rattrapée à une poutre puis était tombée sur le bras droit. La CNA a ouvert un cas sous la référence ddd. Dans un rapport du 26 juin 2020, le Dr G._____ a exposé que la chute d'octobre 2019 avait entraîné une fracture de la tête de l'humérus droit ainsi que du col radial droit. Le coude évoluait favorablement, même s'il restait des gênes au niveau de l'épicondylite résultant du handicap lié à la fracture de l'épaule droite survenue en même temps, ainsi qu'un handicap au niveau de la main et du poignet droits résultant d'un accident antérieur. En revanche, l'épaule droite avait consolidé lentement et il restait des douleurs sévères, une incapacité à lever le bras au-dessus de 90° et une capsulite rétractile. Par ailleurs, il persistait toujours d'importantes douleurs du pied droit avec des tensions dans les orteils, le poignet droit était presque invalide avec une diminution de la mobilité et des douleurs inflammatoires, le genou gauche restait douloureux avec des lâchages fréquents à l'origine de la chute d'octobre 2019. Le médecin a ultérieurement produit un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 26 juin 2020. L'assurée a été adressée pour avis au Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce spécialiste a vu l'assurée une première fois le 19 novembre 2020. Il a alors sollicité un bilan radiologique (cf. rapport du 20 novembre 2020), dont une arthro-IRM de l'épaule droite (cf. rapport du 3 décembre 2020), puis a revu l'intéressée le 14 décembre 2020. Dans son rapport du 15 décembre 2020, le Dr L._____ a posé le diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs antérosupérieure de l'épaule droite avec rétraction de stade II du tendon 10J010

- 5 - sus-épineux et a retenu l'indication d'une réparation arthroscopique. La CNA a accepté de prendre en charge le coût de l'intervention (cf. communication du 22 janvier 2021). Toutefois, dans un courrier du 19 février 2021 adressé au médecin traitant avec copie à la CNA, le Dr L._____ a indiqué que l'assurée avait renoncé à l'intervention au profit d'un

traitement conservateur incluant de la physiothérapie. Le Dr A. _____ a réexaminé l'assurée le 14 avril 2021 puis a rédigé un courrier au Dr G. _____ dans lequel il a relevé en particulier ce qui suit [sic] : « (...) Quoi qu'il en soit, force est donc de constater qu'aucun traitement digne de ce nom n'a été mis en place pour cette épaule [droite] depuis l'accident du 01.10.2019 qui remonte à 1 an et demi. Actuellement, la patiente avance des douleurs sous contrôle avec la prise quotidienne de 3 à 4 Ponstan® et une main [droite] fonctionnelle à condition de garder le bras [droit] au corps. La gêne au quotidien paraît assez modérée. La patiente est venue de T*** à U*** en conduisant sa voiture. Mme B. _____ revient également sur le décès de son mari, dont elle n'a jamais pu voir le corps, précisant qu'elle est régulièrement suivie par un psychiatre de R***. Elle décrit une vie avec des contacts très limités par peur de la pandémie, avec une mère très présente et une chienne qui lui apporte beaucoup. Elle rappelle qu'elle souffre également du genou [gauche], du pied [droit] et du dos. Sur le plan professionnel, la patiente dont la thymie se module bien en fonction des sujets évoqués, sans être totalement exclue, la main [droite] est clairement mise de côté. Objectivement, l'épaule [droite] est souple avec une rotation externe à 50°, symétrique par rapport à [gauche]. Le Jobe n'est pas tenu. L'élévation s'interrompt à 90° mais peut être poursuivie jusqu'à 140°, voire 160°, lorsque la patiente veut me montrer un reste d'hématome dans le creux axillaire, au demeurant parfaitement propre et épilé. J'ai également regardé le pied [droit] où il y a toujours une légère déformation en griffes des derniers orteils tandis que l'allodynie du dos du pied est nettement en retrait. (...) S'agissant de l'épaule [droite], je lui ai fait remarquer que l'abstention thérapeutique, manifestement privilégiée jusqu'ici, était aussi une option. Elle m'a répondu qu'elle ne voulait pas rester comme ça, qu'elle entendait reprendre un traitement de physiothérapie, discuter 10J010

- 6 - des risques d'une intervention avec sa cardiologue et recontacter le Dr L. _____ puisque des infiltrations avaient été évoquées. Pour ma part, je doute que cette reprise du traitement soit réellement souhaitée par la patiente qui a certainement compris qu'elle était nécessaire à la poursuite du service des indemnités journalières. Nous lui avons donc donné un délai à fin mai pour se décider, faute de quoi nous serons obligés de considérer que la situation est à nouveau stabilisée du point de vue médical et clore le cas. (...) » Le Dr L. _____ a revu l'assurée et a établi un rapport le 8 juin 2021, dans lequel il a exposé que sa patiente n'était pas désireuse d'une prise en charge chirurgicale et qu'elle allait poursuivre la physiothérapie, avant une éventuelle infiltration. Interrogée par la CNA, la Dre C. _____, spécialiste en cardiologie, a indiqué le 12 juillet 2021 qu'il n'y avait pas de contraindication sur le plan cardiaque à procéder à une intervention ou à des infiltrations au niveau de son épaule. Dans un avis du 9 août 2021, la Dre F. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que l'assurée se montrait ambivalente quant à sa prise en charge médicale et présentait de multiples atteintes articulaires, raison pour laquelle elle préconisait un séjour à la BB. _____ pour évaluer les atteintes orthopédiques ainsi que les capacités fonctionnelles. Contactée le 11 octobre 2021 par un collaborateur de la CNA, l'assurée a toutefois refusé de se rendre en clinique, exposant qu'elle n'était pas apte psychologiquement et qu'elle ne pouvait pas quitter son domicile pendant plusieurs semaines alors que sa mère était en convalescence des suites d'une opération de l'épaule. Ajoutant qu'elle avait interrompu sa physiothérapie en raison d'une infection dentaire qui la faisait souffrir, elle a indiqué qu'elle envisagerait une infiltration pour son bras droit lorsque son traitement dentaire serait terminé et après avoir repris contact avec sa cardiologue (cf. notice téléphonique du 11 octobre 2021).

10J010

- 7 - La Dre F. _____ a établi une appréciation médicale sans examen le 13 octobre 2021. Posant le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite survenue le 1er octobre 2019, elle a conclu comme suit : « (...) Au vu de ce qui précède, les conclusions suivantes peuvent être tirées : La fracture de la tête humérale ainsi que la fracture du coude [droit] ne sont plus jamais mentionnées, raison pour laquelle, en l'absence d'imagerie radiologique, ces diagnostics ne sont pas retenus. La patiente ayant fait part de nombreux refus de prise en charge, que ce soit chirurgicale, infiltrative proposée depuis une année et toujours pas effectuée ainsi que des séances de physiothérapie suivies peu régulièrement en raison de la pandémie et, par la suite, de sa crainte d'être infectée, force est de constater que nous sommes arrivés à une stabilisation de l'état médical, à maintenant 2 ans de l'événement initial. Ce point avait d'ailleurs déjà été relevé par le Dr A. _____ qui lui avait donné délai à fin mai pour se décider « faute de quoi nous serions obligés de considérer que la situation est à nouveau stabilisée d'un point de vue médical et clore le cas ». Concernant le dernier rapport du Dr L. _____ daté du 08.06.2021 qui met en évidence une abduction active à 90° et passivement épaule souple et une flexion active à 90° avec passivement une épaule souple, une rotation externe à 50°, il n'y a pas d'explication cohérente expliquant une réduction de cette mobilité active de l'épaule qui avait été jusqu'à 160° lors de l'examen du Dr A. _____ avec stimulation. La présence d'une aisselle propre et épilée semble aussi confirmer une mobilité de l'épaule au minimum satisfaisante pour procéder aux soins locaux. De fait, et au vu de l'atteinte séquellaire résiduelle, les limitations fonctionnelles suivantes peuvent être retenues : - Pas de port de charges répété de plus de 10-15 kg. - Pas d'utilisation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. - Pas d'utilisation de l'épaule [droite] dans des mouvements extrêmes. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, l'assurée a pleine capacité et plein rendement. Les séquelles de l'épaule [droite] ne justifient pas, en l'état, d'une [indemnité pour atteinte à l'intégrité]. Priée par la CNA d'établir un bilan final sur tous les dossiers ouverts, la Dre F. _____ a répondu le 9 novembre 2021 qu'un examen à l'agence ne permettrait certainement pas de conclure et que seule une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique pourrait permettre de statuer sur les différentes atteintes ostéoarticulaires. 10J010

- 8 - Le 20 décembre 2021, la CNA a obtenu une copie du dossier constitué par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, dont il ressort que l'assurée perçoit une rente entière d'invalidité depuis janvier 2000. Le 13 janvier 2022, un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier. Le 6 mai 2022, la CNA a invité ses médecins conseils à procéder à un examen incluant l'ensemble des cas d'accidents encore en cours. Le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, a examiné l'assurée le 7 juin 2022. Dans son rapport, déposé le 14 juin suivant, ce médecin a établi une anamnèse résumant les dossiers nos ggg, eee, 01.55586.13.3 et fff, les déclarations de l'assurée et les constatations faites durant l'examen. Sur cette base, il a retenu les diagnostics de gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche, d'orteils en griffe 2, 3, 4 et 5 à droite, de status post-cure de canal étroit lombaire, de fracture de l'humérus proximal droit, de fracture de la tête radiale droite, de rupture de la coiffe des rotateurs droite, de status post-stents cardiaques et d'hypertension artérielle. Le Dr W. _____ a ensuite émis l'appréciation suivante : « Appréciation Assurée âgée de 63 ans qui souffre depuis de nombreuses années de son genou [gauche],

avec une stabilisation de l'état en 2013, sans évolution franche depuis. Fracture du poignet [droit] en 2013, compliquée d'un CRPS, qui n'a pas retrouvé toute sa force au niveau du [membre supérieur droit], a de la peine à empoigner un objet, à passer l'aspirateur ou soulever une charge, ceci s'étant compliqué en 2019 avec, semble-t-il, une fracture de l'humérus proximal et de la tête radiale, les radiographies objectivant ces lésions ne sont pas disponibles au PACS. Actuellement, des suites de ce traumatisme, souffre toujours de l'épaule [droite] qui est faible et affaiblit encore plus le membre supérieur droit. Une consultation est prévue auprès du Dr L. _____ dans le courant de l'été. 10J010

- 9 - A également présenté le 13.03.2018 une chute avec semble-t-il une fracture du coccyx, une fracture au niveau des orteils 2, 3, 4 et 5, compliquée d'un CRPS. Actuellement, souffre toujours de ce membre inférieur [droit], ne peut marcher sur la pointe des pieds, douleurs diffuses à l'effleurement du dos du pied. Sur le plan objectif, présence d'une faiblesse de la coiffe des rotateurs [droite] dont l'épaule est discrètement enraidie. Diminution diffuse de la force du [membre supérieur droit]. À noter que la fonction du poignet et de la main est correcte sur le plan des amplitudes articulaires. Par contre, faiblesse importante aux mesures dynamométriques du [membre supérieur droit]. Le genou [gauche] est calme, douleurs du compartiment fémoro-tibial interne avec laxité présente à 15° de flexion. Palpation d'une couronne ostéophytaire condylienne. Pour ces différents traumatismes, on peut considérer l'état stabilisé. Il reste à attendre la consultation du Dr L. _____ pour pouvoir clore ces dossiers, il est également nécessaire d'actualiser l'imagerie au pacs. Si absence de proposition thérapeutique, il faudra retenir une exigibilité non donnée pour l'activité de nettoyeuse, avec des limitations fonctionnelles concernant le [membre supérieur droit] que sont : - Port de charges itératif supérieures à 10 kg - Port de charges répété pour le [membre supérieur droit] supérieures à 5 kg. - Pas d'utilisation du [membre supérieur droit] au-dessus de l'horizontale. ■ Une activité administrative, sédentaire sera tout à fait exigible, sans limitation de temps ni de rendement des suites des différents événements qui nous concernent. L'estimation de l'[indemnité pour atteinte à l'intégrité] sera établie une fois la consultation du Dr L. _____ à disposition et en cas d'abstention thérapeutique. L'estimation qu'il faudra évaluer concerne le [membre supérieur droit]. Au niveau de l'avant-pied, du fait d'une atteinte à l'intégrité déjà prononcée pour le genou [gauche], il faudra estimer les séquelles par analogie, calcul qui sera également réalisé lors de la stabilisation de l'état. » Le Dr L. _____ a revu l'assurée et établi un nouveau rapport le 15 juillet 2022. Exposant que la rupture de la coiffe de l'épaule droite était probablement irréparable, il a relaté que sa patiente ne voulait de toute manière pas entendre parler de chirurgie de réparation des tendons, mais qu'elle envisageait une infiltration, voire la mise en place d'une prothèse 10J010

- 10 - totale de type inversé si les douleurs devenaient trop fortes, mais qu'elle préférerait d'abord traiter ses douleurs dorsales, pour lesquelles elle consulterait prochainement. Reprenant l'étude du dossier le 16 août 2022, le Dr W. _____ a évalué à 10 % l'atteinte à l'intégrité pour la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite de l'assurée en se fondant sur la table d'indemnisation LAA n° 1, estimation pour une périarthrite scapulo-humérale moyenne. Dans un courrier du 11 octobre 2022 précisant qu'il portait sur les accidents du 15 décembre 2010 (eee), 2 août 2013 (fff), 13 mars 2018 (ggg) et 1er octobre 2019 (ddd), la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2022, dès lors que l'examen médical du 7 juin 2022 avait montré que la poursuite du traitement médical ne saurait apporter une

amélioration significative de l'état de santé consécutif aux accidents des 15 décembre 2010, 2 août 2013, 13 mars et 1er octobre 2019. Tout en précisant qu'elle poursuivait l'examen des conditions d'octroi d'éventuelles autres prestations et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA attirait l'attention de l'assurée sur le fait qu'il lui appartenait de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle en exerçant une activité adaptée à son état de santé, dans la mesure où son service médical retenait, pour les seules séquelles des accidents, une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de port de charge itératif supérieur à 10 kg, pas de port de charges répété pour le membre supérieur droit supérieures à 5 kg et pas d'utilisation du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale. Prié par la CNA de compléter son appréciation médicale en se prononçant sur la stabilisation et le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité concernant l'avant-pied gauche, le Dr W. _____ a répondu le 26 janvier 2023 que l'état était stabilisé trois mois après la consultation du Dr K. _____ en février 2019. En outre, l'estimation de l'atteinte à l'intégrité était nulle dès lors que l'avant-pied ne présentait pas de signe d'arthrose et que la fracture était consolidée dans l'axe. 10J010

- 11 - Par décision du 28 février 2023 portant sur les sinistres nos aaa, bbb, fff et ddd, la CNA a octroyé à l'assurée, pour les séquelles des accidents des 2 août 2013 et 1er octobre 2019 et tenant compte d'une rente de 27 % déjà allouée depuis avril 2002, une rente d'invalidité de 31 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % constituée d'une indemnité de 10 % calculée sur le gain annuel valable au 2 août 2013 et d'une seconde indemnité de 10 % calculée sur le gain annuel valable au 1er octobre 2019. Sous la plume de Me Jean-Michel Duc, l'assurée a formé opposition contre cette décision le 29 mars 2023. Concluant principalement au maintien des pleines indemnités journalières postérieurement au 31 octobre 2022 et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à 31 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 20 %, elle a fait valoir que son état de santé n'était pas encore stabilisé, des traitements étant susceptibles d'améliorer sa capacité de travail, tandis que le « salaire valide » retenu était beaucoup trop bas compte tenu de son statut de directrice de son entreprise et de son gain assuré. Dans une écriture complémentaire du 4 mai 2023, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale et la reprise du versement des indemnités journalières, relevant que la Dre F. _____ avait préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire dans l'une de ses prises de position. Par courrier du 13 juillet 2023, la CNA a adressé à l'assurée une copie du rapport d'examen du Dr W. _____ du 7 juin 2022, en précisant que cet examen avait été fait en lieu et place d'une expertise, et lui a imparti un délai au 4 septembre 2023 pour compléter son opposition cas échéant. Elle annonçait par ailleurs l'envoi de copies de dossiers concernant d'autres sinistres. L'assurée a adressé à la CNA un complément à son opposition le 4 septembre 2023, maintenant sa réquisition tendant à la reprise du versement des indemnités journalières et à la mise en œuvre d'une expertise. Elle a fait valoir que l'appréciation du Dr W. _____ était incomplète puisqu'il ne se déterminait pas sur les atteintes au poignet et à 10J010

- 12 - l'épaule droite subies lors d'un accident de 2013 et qu'il ne tirait aucune conclusion sur l'état de stabilisation et la perte de rendement du CRPS qui lui semblait persister depuis la chute de 2018. Le 26 juillet 2024, répondant aux questions de la CNA, le Dr W. _____ a indiqué que le dossier était complet sur le plan radiologique et qu'il permettait de conclure à un état de santé stabilisé. S'agissant des CRPS qui avaient compliqué les fractures du poignet droit, du coccyx et des orteils, l'assurée ne présentait aucun symptôme ou signe

permettant de conclure à une séquelle de CRPS lors de l'examen à l'agence. Enfin, il maintenait que l'état de santé était stabilisé, si bien qu'aucune mesure d'instruction complémentaire n'était nécessaire. Par décision sur opposition du 13 septembre 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours. Elle a retenu que, compte tenu des nouveaux accidents survenus entre 2010 et 2019, alors qu'une rente d'invalidité de 27 % avait été octroyée par décision du 11 avril 2006 en lien avec des événements accidentels survenus en janvier 1999 et mai 2000, une évaluation globale de l'invalidité devait être opérée. Ainsi, les limitations fonctionnelles suivantes avaient été prises en compte : pas de port de charges fréquent supérieures à 10 kg, de port de charges répété pour le membre supérieur droit, supérieures à 5 kg, d'utilisation dudit membre au-dessus de l'horizontale. Toute activité de type sédentaire pouvant se faire principalement en position assise, avec possibilité d'alterner les positions assis-debout, sans déplacement en terrain irrégulier ou en pente raide, sans fréquent déplacement de plus d'une cinquantaine de mètres, sans port de charges de plus de 5 kg, sans escalier à monter ou à descendre fréquemment, sans flexion répétée des genoux, sans nécessité de s'accroupir ou de se mettre à genoux. Compte tenu de l'âge de l'assurée, il fallait calculer les revenus avec et sans invalidité en se basant sur les circonstances hypothétiques d'un assuré d'âge moyen. En l'occurrence, le calcul se fondait sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020 indexées à 2022 pour les deux termes de la comparaison, ce que l'intéressée n'avait pas contesté. Pour le revenu avant invalidité, la CNA 10J010

- 13 - avait retenu le niveau de compétence 2 dans le secteur des activités de services administratifs et de soutien, chiffre beaucoup plus élevé que la moyenne des revenus réalisés par l'intéressée durant les quatre années précédant son accident de janvier 1999. L'application d'un niveau de qualification plus élevé ne se justifiait pas compte tenu de l'entreprise exploitée par l'assurée et de l'absence de formation spécifique. Pour le revenu d'invalidité, la CNA avait pris le niveau de compétence 1 et appliqué un abattement, non contesté, de 20 %. Le calcul présenté dans la décision comportait une erreur et aboutissait à un taux d'invalidité de 31 %, au lieu de 26 % avec les chiffres corrects. Toutefois, la différence ne dépassant pas 5 %, il était renoncé à réduire le droit à la rente d'invalidité. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA exposait qu'une décision avait été rendue le 14 juin 2013, octroyant une indemnité de 15 % pour le genou gauche. Cela étant, aucun droit à une indemnité n'avait été reconnu en lien avec l'accident du 13 mars 2018 ayant concerné la cuisse et l'avant-pied gauches et un taux de 10 % avait été retenu par le Dr A. _____ pour l'accident au poignet droit du 2 août 2013, par analogie à une arthrodèse intra-carpienne selon la table d'indemnisation n° 5. S'y ajoutait un taux de 10 % pour l'épaule droite selon l'évaluation du Dr W. _____, soit une indemnité supplémentaire totale de 20 % pour les séquelles des atteintes résultant des accidents survenus les 2 août 2013 et 1er octobre 2019. Les critiques de l'assurée à cet égard n'étaient pas étayées, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ces deux taux. C. Toujours représentée par Me Jean-Michel Duc, B. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 14 octobre 2024, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents supérieure à 31 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 20 % lui soient octroyées, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Réservant la production ultérieure d'un rapport médical justifiant sa prise de position sur le plan des limitations fonctionnelles et du degré de l'atteinte à

l'intégrité, elle a rappelé qu'elle était précédemment au bénéfice d'une rente 10J010

- 14 - d'invalidité de 27 % dès le 1er avril 2002 ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 % en lien avec deux accidents survenus les 4 janvier 1999 et 2 mai 2000, puis qu'elle avait ensuite été victime de plusieurs autres accidents à la charge de l'assurance-accidents en juin et juillet 2003, février, juillet et décembre 2004, novembre 2005, juin et août 2013, mars 2018 et octobre 2019. Dans un premier grief, elle a fait valoir que l'instruction de l'intimée était incomplète, dès lors qu'elle s'était fondée sur une appréciation médicale établie le 7 juin 2022 par son médecin-conseil alors qu'une expertise bi-disciplinaire avait été préconisée par son service médical, et que le rapport du 7 juin 2022 avait été rendu sans tenir compte des accidents de juin et août 2013 ainsi que du 13 mars 2018, et sans disposer de radiographies du poignet et de l'épaule droits. Admettant cependant la date de la stabilisation de son état de santé, fixée au

E. 31

% (chiffre arrondi). A juste titre, la recourante n'a pas contesté l'application de l'art. 28 al. 4 OLAA, puisqu'elle a atteint l'âge légal de la retraite dans le mois qui a suivi la naissance du droit à la rente. Le recours aux statistiques pour le revenu sans invalidité s'imposait dans tous les cas, compte tenu du cumul des incapacités de travail depuis de nombreuses années et de l'invalidité totale reconnue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud dès janvier 2000. b) Dans un premier grief, la recourante a critiqué l'application du niveau de compétence 2 pour le revenu sans invalidité. Se référant à diverses jurisprudences sur cette question, elle a fait valoir que sa position de directrice et de cheffe d'entreprise imposait l'application du niveau de qualification 4 car elle assumait les tâches de gestion de la clientèle, ainsi que de gestion et de responsabilité du personnel et des finances de son entreprise. Comme l'a rappelé à répétition reprises le Tribunal fédéral, en particulier dans l'arrêt TF 8C_657/2023 du 14 juin 2024 cité par la recourante et désormais publié sous la référence ATF 150 V 354, depuis la dixième édition de l'ESS (2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la 10J010

- 34 - profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle. Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible

d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré - sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession - ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (ATF 150 V 354 consid. 6.1 et les nombreuses références citées). Au regard de cette jurisprudence, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le seul fait d'être directrice d'une entreprise ne suffit pas à faire admettre l'application d'un niveau de compétence 4. Il en va de même pour le niveau de compétence 3. En effet, comme exposé ci-dessus, le niveau de compétence 4 concerne les professions qui exigent 10J010

- 35 - « une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé ». La jurisprudence vise ainsi, notamment, des directeurs ou directrices d'entreprises d'importance nationale voire internationale, nécessitant une expérience particulière dans leur domaine économique et des formations poussées. Quant au niveau de compétence 3, il concerne des « tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé », ce qui implique également une formation poussée dans un domaine particulier. Tel n'est manifestement pas le cas de la recourante, qui ne dispose d'aucune formation certifiante et dont l'entreprise emploie moins de cinq personnes, en l'occurrence elle-même et des proches. Le fait de se référer aux tâches plutôt qu'aux compétences ou connaissances particulières concerne uniquement la distinction entre les niveaux de compétence 1 et 2, en ce sens qu'à niveau de formation et d'expérience approprié à l'exercice de la profession concernée, la personne qui assume des tâches administratives pourra se voir attribuer le niveau de compétence 2. En conséquence, il faut constater que la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle requiert l'application du niveau de compétence 4 et que l'intimée a déterminé le revenu sans invalidité en recourant à juste titre au niveau de compétence 2. c) Dans un second grief, la recourante a argué que l'abattement opéré par l'intimée sur le revenu avec invalidité ne tenait pas suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles, au motif qu'elle se retrouvait dans la situation d'une personne mono-manuelle. A cet égard, il convient de rappeler que les activités visées par le tableau TA1_skill_level de l'ESS sont généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références citées ; 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). Ainsi, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement 10J010

- 36 - supplémentaire. En l'occurrence, les limitations fonctionnelles présentées par la recourante des suites des accidents considérés dépasse clairement ce qui est englobé par le TA1_skill_level. L'intimée a retenu un taux d'abattement supplémentaire de 20 %, pour tenir compte du fait que ces accidents ont entraîné des limitations aux niveaux des deux membres inférieurs ainsi que du bras droit. La recourante entend obtenir l'abattement maximal de 25 % en alléguant que sa main dominante n'est plus du tout fonctionnelle, de sorte que seule les activités mono-manuelles resteraient possibles. Elle s'appuie sur le rapport de son médecin généraliste traitant du 29 octobre 2024. Toutefois, comme déjà relevé (cf. consid. 6e, ci-dessus), ce rapport n'est pas suffisamment étayé et n'apporte aucun élément médical nouveau ou omis par le Dr W. _____, susceptible de remettre en

doute les conclusions de ce spécialiste. Or, dans son rapport du 14 juin 2022, ce dernier a noté que la recourante se plaignait que son poignet droit restait douloureux et « peu fonctionnel ». A l'examen, il a constaté que la force de ce membre était diminuée mais n'a pas relevé de manque de fonctionnalité. Il a retenu des limitations fonctionnelles concernant le port de charges et a décrit une capacité de travail entière dans une activité administrative sédentaire. Les séquelles de la fracture du poignet droit avaient d'ores et déjà été évaluées par le Dr A. _____ en décembre 2016. Celui-ci avait déjà constaté que l'état du poignet droit était stabilisé de longue date, que la mobilité était modérément limitée, le pouce et les doigts longs normo-fonctionnels, tandis que la force de serrage était réduite. Il ne saurait ainsi être retenu que la recourante serait dans l'impossibilité de se servir de sa main droite dominante ou que l'utilisation de ce membre serait limitée aux gestes d'appoint. Il faut ainsi constater que l'intimée a procédé à un abatement substantiel pour tenir compte des limitations fonctionnelles et qu'il n'existe pas de motif pour augmenter encore cet abatement. d) Les griefs de la recourante doivent ainsi être écartés, ce d'autant que l'intimée a admis, dans sa réponse au recours, que le taux d'invalidité retenu dans sa décision avait été surévalué en raison d'une erreur de calcul et qu'elle renonçait à réduire le droit à la rente. 10J010

- 37 - 9. La recourante a par ailleurs contesté le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixée à 20 % par l'intimée. 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. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). 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. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. A constatations médicales égales, l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés ; 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence citée). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe 10J010

- 38 - comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, 1re phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de

la gravité de l'atteinte (ch. 1, 2e phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) En l'occurrence, la recourante a conclu à l'octroi d'une indemnité supérieure à 20 %, sans préciser de pourcentage ni apporter d'élément d'ordre médical permettant de remettre en cause l'appréciation de l'intimée. Dans sa décision, celle-ci a octroyé une indemnité de 20 % au total, en se fondant sur les évaluations faites par les Drs A. _____ et W. _____ dans leurs appréciations médicales respectives des 27 septembre 2017, 16 août 2022 et 26 janvier 2023. Fondées sur des examens complets, ces appréciations sont claires et étayées. Il n'y a ainsi aucun motif de s'en écarter. 10. Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, 10J010

- 39 - procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1). 11. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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