

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 avril 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Livet et M. Tinguely, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat  
à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 4, 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 6 al. 1, 18, 19 al. 1, 24, 25 al. 1 LAA ;  
28 al. 4 et 36 OLAA**

**En fait :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, veuve, sans formation certifiante, droitière, 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. Comptendu 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).

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 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 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> 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

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 1<sup>er</sup> 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

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

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 contreindication 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).

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 1<sup>er</sup> 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.

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 n<sup>os</sup> 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.

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 ostéophyttaire 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

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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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.

Par décision du 28 février 2023 portant sur les sinistres n<sup>os</sup> aaa, bbb, fff et ddd, la CNA a octroyé à l'assurée, pour les séquelles des accidents des 2 août 2013 et 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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

l'épaule droits 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

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 1<sup>er</sup> 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. Réserve 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

d'invalidité de 27 % dès le 1<sup>er</sup> 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 31 octobre 2022, la recourante a exposé dans un second grief que le taux d'invalidité avait été fixé sur la base d'un salaire statistique beaucoup trop bas, le niveau de qualification 4 devant être retenu et non le niveau de qualification 2 dès lors qu'elle était directrice d'entreprise, tandis que le salaire d'invalidé était irréaliste compte tenu des fortes limitations du membre supérieur droit, dominant, un abattement de 25 % devant être appliqué pour ce motif. La recourante a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise médicale ainsi que d'une audience publique pour être entendue par la Cour et plaider sa cause.

Dans sa réponse du 13 janvier 2025, l'intimée a conclu implicitement au rejet du recours. Produisant l'ensemble des dossiers ouverts à la suite de sinistres annoncés par la recourante, l'intimée a relevé qu'il n'avait jamais été envisagé de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire en octobre 2021, mais que son service médical avait préconisé un examen par le médecin d'assurance, ce qui avait été fait le 7 juin 2022 pour les quatre dossiers encore ouverts (accidents des 15 décembre 2010, 14 juin 2013, 2 août 2013, 13 mars 2018 et 1<sup>er</sup> octobre 2019). Relevant que la date de la stabilisation de l'état de santé n'était plus contestée, l'intimée a constaté que la recourante n'apportait pas d'élément objectif susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_, de sorte qu'une instruction médicale supplémentaire n'était pas nécessaire. Concernant le

taux d'invalidité, les limitations fonctionnelles décrites par le médecin-conseil ne permettaient pas de considérer que seules des activités mono-manuelles étaient possibles, si bien qu'un abattement supérieur à 20 % n'était pas justifié. En outre, l'application du niveau de compétence 2 était correcte, dès lors que la recourante n'avait pas de formation professionnelle particulière et qu'elle gérait une petite entreprise de nettoyage.

Répliquant le 17 février 2025, la recourante a maintenu que la capacité de travail de 100 % retenue par le médecin-conseil de l'intimée était irréaliste et qu'une expertise médicale devait être mise en œuvre pour déterminer le taux de travail réellement exigible et la perte de rendement, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son état algique. Elle a ajouté que, pour déterminer son revenu de valide, l'intimé aurait dû prendre en compte le salaire statistique T1 public et privé, et non seulement le TA1 privé. A l'appui de son écriture, la recourante a produit une attestation établie le 29 octobre 2024 par le Dr G.\_\_\_\_\_, exposant que l'intéressée souffrait de séquelles d'un accident survenu en 2013 rendant sa main et son poignet droits « non fonctionnels » (arthrose terminale, perte de mobilité sévère, perte de force, douleurs neurogènes), d'une forte diminution de la mobilité et de la force de l'épaule droite des suites d'un accident de 2021, de troubles trophiques et de douleurs d'une maladie de Sudeck chronique touchant le pied droit depuis un accident en 2018, ainsi que d'une dépression chronique depuis une agression violente subie en 2003.

L'intimée a dupliqué le 21 mars 2025. Concluant au rejet du recours, elle a relevé que le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ produit par la recourante n'apportait aucun élément objectif qui n'avait pas déjà été analysé et discuté par son médecin-conseil et que ses précédents rapports n'avaient jamais fait état de troubles psychiques. S'agissant ensuite du revenu d'invalidité, la jurisprudence commandait de se fonder en règle générale sur le tableau TA1 et qu'il n'existait pas de motif de s'en écarter dès lors que la recourante travaillait dans le secteur privé.

Invitée par la Juge instructrice à préciser si elle maintenait sa réquisition en ce sens, la recourante a déclaré renoncer à la tenue d'une audience de débats publics par courrier du 10 novembre 2025.

**En droit :**

**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 [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office

est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

**c)** En l'espèce, l'intimée a rendu une décision puis une décision sur opposition en précisant qu'elle entendait clôturer les sinistres ouverts sous les n<sup>os</sup> aaa, bbb, fff et ddd, en statuant sur les séquelles des événements des 1<sup>er</sup> octobre 2019, 13 mars 2018, 2 août 2013, 14 juin 13 et 15 décembre 2010, 2 mai 2000 et 14 janvier 1999.

Dans ses écritures, l'assurée a principalement invoqué un défaut général d'instruction de la part de l'intimée, sans précision quant aux atteintes à la santé ou limitations fonctionnelles qui auraient été omises. Par ailleurs, à l'appui de son argumentation, elle a simplement requis la production, en mains de l'intimée, de l'ensemble des cas d'accident traités par l'intimée, avant de verser une attestation de son médecin traitant évoquant des séquelles d'accidents sur le plan somatique au niveau de la main et du poignet droits, de l'épaule droite et du pied droit, ainsi qu'une dépression chronique dans les suites d'une agression violente en 2003 puis du décès de son mari dans un accident de voiture. Cela étant, en exécution de la réquisition de production de ses dossiers, l'intimée a remis 19 fichiers informatiques de tailles diverses et tous désignés par des numéros de sinistres différents.

Il est pour le moins inhabituel qu'un même assuré connaisse, sur un laps de temps d'un peu plus de vingt ans, un tel nombre de sinistres. Toutefois, il n'incombe certainement pas à la Cour de céans de procéder à l'examen fastidieux des milliers de pages contenues dans ces fichiers pour déterminer les conséquences possibles de chaque sinistre sur les droits et obligations de la recourante et de l'intimée. Il appartenait ainsi à chaque

partie d'alléguer précisément les faits dont elle entend tirer des conclusions. En l'occurrence, l'intimée a clairement délimité l'objet de sa décision sur opposition en indiquant la liste des sinistres concernés, à savoir les n<sup>os</sup> aaa, bbb, fff et ddd, et a précisé dans le corps de la décision qu'il était tenu compte « des séquelles des événements des 01.10.19, 13.03.18, 02.08.13, 14.06.13 et 15.12.2010, 02.05.00 et 14.01.99 ». Pour sa part, la recourante n'a pas apporté d'élément suffisamment précis pour étendre le litige à d'autres sinistres ou prendre en compte d'autres dossiers. Il en découle que le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, pour les sinistres listés dans la décision sur opposition et/ou les atteintes à la santé décrites dans les dossiers référencés.

**3.** Une modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Selon l'al. 1 des dispositions transitoires topiques, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit.

En l'occurrence, le litige porte sur plusieurs accidents survenus tant avant qu'après l'entrée en vigueur de la modification législative. Il convient cependant de relever que cette réforme n'a pas d'incidence particulière sur les conditions d'octroi des prestations objet du présent litige. En particulier, les réductions de rente introduites par le nouvel art. 20 al. 2<sup>ter</sup> LAA ne sont pas applicables à la recourante, dans la mesure où elle a atteint l'âge ordinaire de la retraite moins de huit ans après l'entrée en vigueur de la modification (cf. al. 2 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015). Il n'est ainsi pas nécessaire de trancher la question de savoir si l'ancien ou le nouveau droit est applicable dans un tel cas de figure.

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (non modifié par la modification du 25 septembre 2015), si la loi n'en dispose pas autrement,

les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**b)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2024, l'art. 18 al. 1 LAA énonce que, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (désormais âge de référence selon la teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024).

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 la personne assurée - 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\_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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).

**c)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1

LPGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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 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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C\_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C\_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**e)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**6. a)** En l'espèce, l'intimée a retenu que la stabilisation des atteintes accidentelles prises en compte dans sa décision était atteinte le 31 octobre 2022 et, qu'à cette date, la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse indépendante mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port fréquent de charges supérieures à 10 kg, de port répété de charges pour le membre supérieur droit, supérieures à 5 kg, d'utilisation dudit membre au-dessus de l'horizontale. L'activité adaptée était par ailleurs décrite comme une 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. Au cours de l'instruction des différents sinistres, l'intimée a sollicité à réitérées reprises l'avis de ses médecins-conseils, avec ou sans examen, et sa décision se fonde plus particulièrement sur les rapports d'examen du Dr W. \_\_\_\_\_ des 14 juin, 16 août 2022 et 26 janvier 2023.

Bien qu'elle ne conteste plus la date de la stabilisation au 31 octobre 2022, la recourante allègue que d'autres atteintes à la santé devraient être prises en compte et que l'instruction sur le plan médical n'est pas complète.

**b)** Les deux accidents de 1999 et 2000 concernant le genou gauche ont fait l'objet d'une décision entrée en force, reconnaissant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des séquelles au genou gauche. Pour les accidents ultérieurs, l'intimée a sollicité des avis auprès de divers médecins-conseils. Il convient de citer le rapport établi par le Dr A. \_\_\_\_\_ le 27 septembre 2017 concernant l'atteinte au poignet et à la main droite, qui s'appuyait sur les pièces au dossier ainsi que sur des constatations faites lors d'un examen à l'agence effectué par ce spécialiste le 22 décembre 2016. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a été sollicité à nouveau en 2021 pour l'épaule droite. Il a alors également procédé à un examen et s'est adressé directement au Dr G. \_\_\_\_\_ pour suggérer la reprise d'un traitement. Puis, en 2022, le Dr W. \_\_\_\_\_ a été sollicité pour procéder à un examen de l'ensemble des atteintes accidentelles à prendre en compte pour la décision à rendre par l'intimée. Cet examen a eu lieu le 7 juin 2022 et le Dr W. \_\_\_\_\_ a déposé son rapport le 14 juin 2022. Il a réservé certaines conclusions afin de privilégier une reprise de contact de la recourante avec le spécialiste qu'elle avait consulté pour son épaule droite. Cette reprise de contact n'ayant pas débouché sur un nouveau traitement, le Dr W. \_\_\_\_\_ a rendu des rapports complémentaires les 16 août 2022 et 26 janvier 2023.

Pour établir ces trois rapports, le Dr W.\_\_\_\_\_ a eu accès à l'ensemble des pièces versées aux dossiers listés par la CNA, dont il a fait la synthèse (« Faits pertinents selon les pièces du dossier », pp. 1 à 12 du rapport). Parmi ces pièces figuraient notamment les déclarations de sinistre, les rapports médicaux des médecins consultés après les divers sinistres et les rapports d'imageries fournis par ceux-ci, les rapports d'examen des autres médecins-conseils sollicités précédemment par l'intimée, le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2018 et des rapports médicaux de spécialistes en orthopédie et neurologie sollicités pour avis par le Dr A.\_\_\_\_\_ en 2019 concernant l'atteinte au pied droit. Le rapport d'examen propose ensuite un résumé de l'entretien du Dr W.\_\_\_\_\_ avec la recourante, lequel a porté sur ses divers accidents, son anamnèse socioprofessionnelle, son état de santé général, ses antécédents médicaux, son traitement en cours et les répercussions de ses atteintes accidentelles sur sa vie quotidienne. Il a ensuite décrit l'examen somatique, avant de poser ses diagnostics et une appréciation médicale motivée des atteintes accidentelles, qu'il a complétée à réception des conclusions d'une ultime consultation avec l'orthopédiste traitant.

Il apparaît ainsi que le rapport d'examen du Dr W.\_\_\_\_\_ remplit l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**c)** La recourante fait principalement grief à l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ de ne pas être complète au motif qu'il ne serait tenu compte que de trois accidents sur treize et qu'il n'y aurait pas un mot sur les conséquences d'un traumatisme psychique subi en 2003. Elle reproche par ailleurs au Dr W.\_\_\_\_\_ d'avoir omis les « multiples » SDRC [syndrome douloureux régional complexe] ou maladie de Sudeck.

Comme relevé ci-dessus (consid. 2), l'objet du litige est délimité par la décision sur opposition, laquelle porte sur les séquelles des accidents survenus les 14 janvier 1999, 2 mai 2000, 15 décembre 2010, 14 juin et 2 août 2013, 13 mars 2018 et 1<sup>er</sup> octobre 2019. La recourante ne saurait ainsi reprocher au Dr W.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir tenu compte d'atteintes non

annoncées dans le cadre de ces événements, qui sont au demeurant au nombre de sept, respectivement de n'avoir pas étendu son examen à des atteintes annoncées lors d'autres événements. Par ailleurs, si elle estimait que d'autres événements accidentels non encore clôturés devaient être inclus dans cet examen, il lui était loisible d'interpeller l'intimée clairement à cet égard et d'obtenir une décision susceptible d'opposition puis de recours. En l'état, aucun élément dans les dossiers visés par la décision sur opposition litigieuse n'évoque un traumatisme psychique en lien de causalité avec les événements accidentels entrant dans l'objet de la contestation.

Ainsi, le Dr W. \_\_\_\_\_ a évalué le membre supérieur droit, plus particulièrement l'épaule (accident d'octobre 2019), le poignet et la main (accidents de juin et août 2013), le genou gauche (accidents de janvier 1999, mai 2000 et décembre 2010) et le pied droit (accident de mars 2018). Il a donné son appréciation de l'état actuel de ces différentes parties du corps et a décrit des limitations fonctionnelles concernant le membre supérieur droit. Certes, le Dr W. \_\_\_\_\_ ne l'a pas indiqué expressément dans son appréciation, mais il est constant que les limitations fonctionnelles déterminées après les accidents touchant le genou de 1999 et 2000 restaient d'actualité. Celles-ci incluaient des limitations concernant la position debout et les déplacements à pied. Le Dr W. \_\_\_\_\_ ayant constaté que le genou gauche était douloureux depuis de nombreuses années, sans évolution franche depuis la stabilisation en 2013 des suites de l'accident d'août 2010, tandis que le pied droit restait douloureux et que la marche sur la pointe des pieds n'était pas possible, il faut comprendre que le Dr W. \_\_\_\_\_ a tenu compte de ces atteintes mais qu'il a considéré qu'elles n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles définies pour le genou gauche dans les suites des accidents de 1999 et 2000.

S'agissant ensuite des diagnostics de SDRC ou maladie de Sudeck, il convient de relever que cette atteinte est également désignée sous l'acronyme anglophone CRPS (complex regional pain syndrom) ou encore par son ancienne appellation, à savoir l'algodystrophie (cf. TF

8C\_316/2023 du 6 mars 2024 consid. 4.1). C'est par les termes de maladie de Sudeck que le Dr G. \_\_\_\_\_ a signalé ce diagnostic dans son rapport du 15 octobre 2018, d'une part, comme une complication « presque résolue » de la fracture du poignet droit survenue en août 2013 et, d'autre part, d'une complication apparue depuis un mois au niveau de la fracture au pied droit subie en 2018. Dans son rapport d'examen du 14 juin 2022, le Dr W. \_\_\_\_\_ a résumé les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2018 en utilisant l'acronyme anglophone CRPS pour le poignet droit et en notant « maladie de Sudeck » pour le pied droit. Il également relevé que le Dr A. \_\_\_\_\_ avait noté, dans un courrier adressé le 3 décembre 2018 au Dr K. \_\_\_\_\_ pour demander un avis, que la fracture du pied droit était d'évolution laborieuse avec une déformation en griffes souples des orteils qui lui semblait avant tout en lien avec une décharge systématique de l'avant-pied droit plutôt qu'avec un Sudeck tardif dont il n'objectivait pas vraiment de signe (cf. p. 3 du rapport du 14 juin 2022). Pour sa part, le Dr W. \_\_\_\_\_ a confirmé dans son appréciation du 14 juin 2022 que la fracture du poignet droit avait été compliquée d'un CRPS, de même que la fracture au niveau des orteils 2, 3, 4 et 5 du pied droit. A cela s'ajoute que le Dr W. \_\_\_\_\_ a été réinterrogé par l'intimée sur les critiques émises par la recourante en procédure d'opposition et qu'il a précisé dans son appréciation du 26 juillet 2024 que l'intéressée ne présentait aucun symptôme ou signe permettant de retenir un diagnostic de CRPS au moment de l'examen de juin 2022.

La recourante ne peut en conséquence pas être suivie lorsqu'elle énonce que le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ n'a pas dûment pris en compte l'ensemble des sinistres et des diagnostics entrant dans la définition de l'objet de la présente contestation.

**d)** Enfin, la recourante reproche au Dr W. \_\_\_\_\_ de ne pas s'être déterminé sur les atteintes au poignet droit et à l'épaule droite en raison de l'absence de radiographies au dossier, au lieu de faire compléter le dossier. Elle s'est en outre prévalu du fait que la Dre F. \_\_\_\_\_ avait indiqué, en novembre 2021, que seule une expertise bidisciplinaire pourrait permettre de statuer sur les différentes atteintes ostéoarticulaires. Ces critiques doivent être écartées.

A propos des radiographies de la main et de l'épaule droites, la recourante s'est limitée à pointer ce qu'elle considère comme une lacune, sans expliquer en quoi cette lacune aurait faussé les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_. Il est vrai que le Dr W.\_\_\_\_\_ a noté que les radiographies objectivant les fractures de l'humérus proximal et de la tête radiale n'étaient plus disponibles sur le PACS, acronyme désignant un système d'archivage des images médicales, puis qu'il a suggéré que l'imagerie au PACS soit actualisée. Il n'en demeure pas moins qu'il a retenu les diagnostics de fracture de l'humérus proximal droit, de fracture de la tête radiale droite et de rupture de la coiffe des rotateurs. Ces lésions ont en effet été constatées dans les précédents rapports médicaux et le Dr W.\_\_\_\_\_, procédant à l'examen de la recourante, n'a manifestement pas trouvé d'élément contredisant ces diagnostics. Au demeurant, la causalité entre l'événement accidentel et la lésion n'étant plus à démontrer à ce stade, ni même la stabilisation de l'état de santé dès lors qu'il n'y avait plus de traitement en cours depuis plusieurs mois, il s'agissait prioritairement de se prononcer sur l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, ce qu'a précisément fait le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 juin 2022. Puis, réinterrogé sur cette question à la suite des critiques émises par la recourante dans son opposition, le Dr W.\_\_\_\_\_ a confirmé le 26 juillet 2024 que le dossier radiologique avait été complété avant qu'il ne se prononce sur l'atteinte à l'intégrité en août 2022.

Quant à l'avis de la Dre F.\_\_\_\_\_ du 4 novembre 2021, il faut rappeler qu'elle a été sollicitée par l'intimée en août 2021 en sa qualité de médecin d'arrondissement, pour donner un avis sur dossier destiné à orienter l'intimée sur la suite de l'instruction médicale. Elle a alors préconisé un séjour d'évaluation à la BB.\_\_\_\_\_, que l'assurée a toutefois refusé. A nouveau interrogée par l'intimée pour déterminer les suites à donner, la Dre F.\_\_\_\_\_ a rendu une appréciation médicale sans examen, portant uniquement sur l'épaule droite. C'est lorsque l'intimée a sollicité un bilan portant sur l'ensemble des dossiers en cours, que cette médecin a répondu qu'une expertise bidisciplinaire serait nécessaire. Ce dernier avis n'est pas étayé, notamment les motifs pour lesquels un avis psychiatrique serait

nécessaire en l'absence de tout élément médical au dossier suggérant une problématique d'ordre psychiatrique. Etant spécialiste en médecine interne, la Dre F. \_\_\_\_\_ ne pouvait de toute manière pas procéder elle-même à un examen portant sur l'une ou l'autre de ces spécialités. Cela étant, l'intimée a requis ultérieurement la mise en œuvre des examens nécessaires pour clore l'instruction auprès de son service médical, lequel a organisé un examen auprès du Dr W. \_\_\_\_\_ aboutissant aux rapports des 14 juin, 16 août 2022 et 26 janvier 2023. La suggestion formulée par la Dre F. \_\_\_\_\_ le 4 novembre 2021 ne liait ni l'intimée, ni le Dr W. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, cet avis isolé de la Dre F. \_\_\_\_\_, formulé en novembre 2021, n'est pas de nature à porter le doute sur le bien-fondé des conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_, déposée en juin 2022 à l'issue d'un examen complet de l'intéressée en juin 2022 et sur la base d'une anamnèse complète.

**e)** Dans sa duplique, la recourante s'est prévalué d'un ultime rapport du Dr G. \_\_\_\_\_, daté du 29 octobre 2024, signalant qu'elle présentait des séquelles accidentelles au niveau de la main et du poignet droits qui les rendaient non fonctionnels, au niveau de l'épaule entraînant une forte diminution de la mobilité et de la force, au niveau du pied droit des troubles trophiques et douleurs empêchant les activités debout et l'activité physique, problématiques auxquelles s'ajoutaient une dépression chronique depuis une agression violente subie en 2003 et les difficultés liées au décès de son mari dans un accident de voiture.

Hormis la mention de la dépression chronique et des difficultés liées au décès du mari de sa patiente, qui n'avait pas été énoncées précédemment, ce rapport est non seulement largement superposable à celui que ce même médecin a établi le 26 juin 2020, mais surtout exempt de constatations objectives, contrairement à celui du Dr W. \_\_\_\_\_. Comme déjà relevé, ce dernier a procédé à un bilan complet en juin 2022, tenant compte de l'ensemble des pièces médicales au dossier. Il a pris note des plaintes de la recourante concernant son membre supérieur droit, son genou gauche et son pied droit, puis procédé à un examen minutieux. Il a retenu des limitations fonctionnelles résultant des diverses lésions accidentelles qui ont touché ces membres et a confirmé que l'activité

habituelle n'était plus exigible. Le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2024 n'apporte ainsi aucun élément nouveau qui n'aurait pas déjà été examiné par le Dr W.\_\_\_\_\_. Pour le surplus, comme déjà dit, les plaintes concernant les suites d'une agression subie en 2003 n'ont pas à être prises en compte dans le présent litige. En outre, s'il ne s'agit pas de minimiser les difficultés d'ordre psychosocial qui se sont surajoutées aux divers accidents subis par la recourante - et qui ont probablement entraîné des répercussions sur les processus de guérison de l'intéressée voire des réticences face à certaines options thérapeutiques -, il s'agit cependant d'éléments qui n'ont pas à être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3).

Il faut ainsi constater que le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2024 n'est pas de nature à remettre en doute les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_.

**f)** Il découle de ce qui précède que l'intimée a retenu, à juste titre, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse indépendante, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 juin 2022 concernant le membre supérieur droit, lesquelles s'ajoutent à celles retenues de longue date concernant le membre inférieur gauche.

**7.** La recourante conteste ensuite le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimée.

**a)** 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 8C\_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée 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 (ATF 148 V 419 consid. 5.2 ; 148 V 174 consid. 6.2 ; 143 V 295 consid. 2 ; 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2).

**c)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (TF 8C\_205/2021

du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**d)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, l'âge, 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 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

**e)** Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Cette délégation de compétence a été mise en œuvre à l'art. 28 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

L'art. 28 al. 4 OLAA prévoit une solution particulière pour l'évaluation de l'invalidité d'assurés âgés. Il vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I) et celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne percevra alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes professionnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (ATF 148 V 419 consid. 7.2 ; 122 V 418 consid. 3a ; TF 8C\_655/2018 du 31 octobre 2019 et les références citées). Est ainsi déterminant pour établir les revenus hypothétiques avant et après invalidité, le salaire que pourrait obtenir cette personne d'âge moyen compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger d'elle (U 21/03 du 25 août 2003 ; ATF 122 V 426 consid. 7 publié dans RAMA 1997 n° U 271 p. 151 ; ATF 114 V 310 consid. 4a). L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans ; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 148 V 419 consid. 7.2 ; 122 V 418 consid. 1b et 2 ; TF 8C\_655/2018 du 31 octobre 2019 et les références citées).

**8. a)** En l'occurrence, l'intimée a relevé que le droit à la rente litigieuse prenait naissance le 1<sup>er</sup> novembre 2022 tandis que la recourante atteignait l'âge légal de la retraite au 1<sup>er</sup> décembre 2022. Faisant application de l'art. 28 al. 4 LAA, elle a calculé le degré d'invalidité en tenant compte d'un revenu sans invalidité fondé sur l'ESS 2020, TA1\_Skill level, niveau de compétence 2 pour les femmes dans les activités de services administratifs et de soutien (nn. 77-82). Pour le revenu avec invalidité, elle

s'est basée sur l'ESS 2020, TA1\_skill level, niveau de compétence 1 pour une femme dans tous les secteurs d'activités confondus. L'intimée a rapporté les chiffres de l'ESS 2020 à une durée hebdomadaire de 41.8 heures pour les activités de services administratif et de soutien, respectivement à 41.7 heures pour l'ensemble des secteurs, et les a indexés à 2022. Elle a en outre déduit un abattement supplémentaire de 20 % sur le revenu avec invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il en résultait un revenu sans invalidité de 63'336 fr. et un revenu avec invalidité de 43'525 fr., dont la comparaison révélait un taux d'invalidité de 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 répétitions 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

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

« 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

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 abattement substantiel pour tenir compte des limitations fonctionnelles et qu'il n'existe pas de motif pour augmenter encore cet abattement.

**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.

**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

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, 1<sup>re</sup> 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, 2<sup>e</sup> 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,

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. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 13 septembre 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- 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 :