

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mai 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : MM. Pittet et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

L. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1948, sans formation professionnelle, est divorcée et mère de deux enfants majeurs. Depuis 1987, elle a été employée comme vendeuse en confection par N._____ SA puis par T._____ SA lorsque cette dernière a repris les filiales de N._____ SA au 1^{er} octobre 2004. A ce titre, l'assurée était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 24 janvier 2005, l'assurée a chuté de sa hauteur en glissant sur du verglas et a souffert d'une fracture du radius distal droit, qui a été traitée par embrochage. Le cas a été pris en charge par la CNA.

Dans un rapport du 11 février 2005, le Dr [...], de la permanence de [...] à Lausanne, a retenu un traumatisme en hyperextension du poignet droit. Le 27 avril 2005, dans un rapport médical intermédiaire de la CNA, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une fracture métaphyse distale du radius droit. Dans un rapport du 3 mai 2005 faisant suite à une consultation par l'assurée le même jour, le Dr [...], spécialiste en neurologie, a constaté une motilité de la colonne cervicale libre dans chaque direction, sans contracture paracervicale ni méningisme. Dans son appréciation du cas, il n'a retenu aucun élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire. Se référant aux plaintes de l'assurée, il a retenu la présence de "quelques cervicalgies banales".

L'assurée a repris le travail à 50% dès le 13 juin 2005. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, une algodystrophie a été diagnostiquée, pour laquelle l'assurée a été traitée par médication, physiothérapie et ergothérapie intensives.

Le 30 août 2005, l'assurée a été examinée par le Dr S._____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport établi le jour même, il a retenu que l'assurée ressentait toujours des douleurs au poignet et à la main droite; la mobilité du poignet était limitée, la mobilité des doigts était complète et la force de serrage de la main droite était réduite. Ce médecin a retenu que l'évolution était lentement favorable.

Un examen par CT-Scan du poignet droit de l'assurée, effectué le 30 septembre 2005 à l'institut d'imagerie médicale [...] de Lausanne, a permis de constater l'absence de lésion osseuse de l'extrémité distale du radius.

Le 19 janvier 2006, suite à un nouvel examen médical effectué ce même jour, le Dr S._____ a constaté que l'assurée avait toujours des douleurs dans le poignet droit, a évoqué un trouble dépressif et a proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR).

L'assurée a effectué un séjour à la CRR du 14 février au 15 mars 2006. Le 27 février 2006, une scintigraphie osseuse a confirmé l'existence d'une algodystrophie de la main et du poignet droits. Dans un rapport de sortie du 28 mars 2006, le Dr K._____, chef de clinique et spécialiste en rhumatologie à la CRR, et la Dresse [...], médecin assistante à la CRR, ont notamment constaté des douleurs à la palpation paracervicale droite. Il ont conclu à une incapacité de travail de 50% du 16 mars au 19 avril 2006 dans la profession de vendeuse, et retenu notamment ce qui suit:

"A l'admission, la patiente annonce des douleurs permanentes mais en recrudescence dès la mi-journée au niveau du poignet, de la main et de l'épaule ainsi qu'au niveau cervical. Elle mentionne une sensation de blocage du poignet également. Elle relève des paresthésies avec œdème de la main.

[...]

Suite au consilium avec le chirurgien de la main, on conclut à une bonne réduction de la fracture, une absence de synovite. L'examen clinique est compatible avec une algodystrophie.

La patiente est vue en consilium psychiatrique au vu d'un contexte existentiel difficile et une thymie abaissée. On ressent une tristesse constante, une perte d'intérêt, une difficulté à penser et à se concentrer, une insomnie, et pouvons conclure à un diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent avec un épisode actuel moyen. Un traitement de somnifères est proposé. A ce jour la patiente refuse un traitement d'antidépresseurs. Par contre, un suivi psychothérapeutique est mis en place durant le séjour à la clinique et nous proposons à la patiente de la poursuivre en ambulatoire".

Suite à son séjour à la CRR, l'assuré a continué de travailler à 50%.

Le 12 juin 2006, l'assurée a présenté auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

Le 3 août 2006, l'assurée a été examinée par le Dr S. _____ qui, dans un rapport du même jour, a relevé sur la base des déclarations de l'assurée que le poignet droit était douloureux et que les douleurs irradiaient dans tout le membre supérieur droit jusque dans la nuque. Ce médecin a signalé une discordance entre, d'une part, l'importance des plaintes de l'assurée et leur répercussion sur sa capacité de travail, et d'autre part les constatations objectives de l'examen radio-clinique, soit une fracture solide et bien réduite, sans signes patents d'algodystrophie active. Il a conclu, d'un point de vue somatique, à une pleine capacité de travail comme vendeuse en confection et signalé que le trouble dépressif récurrent dont souffrait l'assurée jouait un rôle important dans cette évolution défavorable. Dans un rapport du même jour, le Dr S. _____ a estimé à 5% le taux d'atteinte à l'intégrité.

Lors d'un entretien le 19 septembre 2006 avec un collaborateur de la CNA, l'assurée a déclaré qu'il n'y avait aucune amélioration, son bras étant toujours douloureux depuis le poignet jusque dans la nuque. Elle prenait des médicaments et effectuait des séances de physiothérapie deux fois par semaine.

Par décision du 3 octobre 2006, la CNA a mis fin avec effet au 30 septembre 2006 au versement des prestations (indemnités journalières

et frais de traitements médicaux) allouées à l'assurée en raison de l'événement du 24 janvier 2005. Egalement par décision du 3 octobre 2006, la CNA a fixé à 5'340 fr. l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu d'un taux de 5% et d'un gain annuel de 106'800 francs.

Le 31 décembre 2006, l'assurée a fait une nouvelle chute, qui lui a occasionné une fracture du poignet gauche. Le cas a été pris en charge par la CNA. Cette fracture a été réduite et embrochée le 16 janvier 2007, mais l'évolution a été compliquée par une lésion tendineuse, qui a dû être opérée en date du 29 mai 2007, ainsi que par une nouvelle algodystrophie. A la suite de sa chute, l'assurée a présenté une totale incapacité de travail.

En date du 19 juin 2007, en raison de l'accident du 31 décembre 2006, la CNA a annulé les deux décisions du 3 octobre 2006 et repris le versement des indemnités journalières.

L'assurée a été licenciée par son employeur avec effet au 31 août 2007, et n'a depuis lors plus repris d'activité lucrative.

Le 7 décembre 2007, suite à un nouvel examen médical, le Dr S._____ a relevé que l'assurée souffrait toujours du poignet droit, avec des douleurs irradiant jusque dans la colonne cervicale, et qu'elle avait également des douleurs du poignet et du pouce gauches. Il a retenu qu'il n'y avait pas de signes d'algodystrophie, ni à gauche ni à droite, et a proposé un nouveau séjour à la CRR.

Du 23 janvier au 20 février 2008, l'assurée a effectué un nouveau séjour à la CRR. Elle y a fait l'objet de divers bilans et investigations (radiographies des deux mains, scintigraphie osseuse, bilan sanguin, consilium psychiatrique, examen électroneuromyographique [ENMG], rapport d'ergothérapie, rapport de physiothérapie, évaluation des capacités fonctionnelles et rapport des ateliers professionnels). Dans son rapport médical du 6 mars 2008, le Dr K._____ et la Dresse [...], médecin assistant, ont retenu ce qui suit:

"Cette patiente de bientôt 60 ans présente dans les suites d'une fracture des deux poignets, compliquée par une algodystrophie, des douleurs persistantes. Il n'y a actuellement pas de signe franc d'algodystrophie active, tant sur la radiologie que sur la scintigraphie. On peut simplement noter une discrète tuméfaction des mains à l'activité. Par rapport aux constatations objectives qui sont franchement rassurantes, l'importance des douleurs semble disproportionnée. On retiendra comme facteur de mauvais pronostic une évaluation très haute de la douleur, jusqu'à 8-9/10, une patiente qui se vit comme très handicapée avec un score au questionnaire DASH qui teste la capacité des membres supérieurs autour de 80/100 et un score au questionnaire PACT de 29 qui témoigne d'une importante sous-estimation de ses capacités fonctionnelles. On peut admettre que les douleurs persistantes sont encore en rapport avec une algodystrophie au décours, mais pour nous la situation est stabilisée, on n'attend pas d'importante amélioration dans les mois qui viennent. Il n'y a, à notre avis, pas d'indication à poursuivre les thérapies, la patiente connaît les exercices qu'elle devrait faire à domicile, nous l'avons incitée à garder de l'activité et à reprendre une activité de loisirs, voire à apprendre la natation.

Pour nous, il est évident que dans une activité adaptée, légère, comme une activité de surveillance, de téléphoniste, une capacité de travail complète est exigible. A noter que la patiente pense qu'elle ne pourra pas travailler à plus de 50%, même dans un travail adapté".

Dans un rapport médical du 28 avril 2008, le Dr S. _____ a retenu que si la reprise de l'activité antérieure n'était peut-être pas possible, du moins à temps plein, il ne faisait aucun doute que l'assurée conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance à un travail purement manuel. Il a en outre retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 12.5%.

Le 2 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité, au motif qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son degré d'invalidité était de 20.9%. L'assurée a contesté ce projet de décision.

Le 23 octobre 2008, répondant à une demande du 17 octobre 2008 de la CNA, T. _____ SA a indiqué l'évolution des salaires de l'assurée de 2005 à 2008, avec notamment pour 2007 comme pour 2008 un salaire mensuel de 3'500 fr., versé 13 fois l'an, et une gratification de

278 fr. 80. Elle a précisé que le salaire de base s'élevait à 3'800 fr. jusqu'au 31 mars 2005 et à 3'500 fr. depuis le 1^{er} avril 2005, en raison de la reprise des filiales de N._____ SA par T._____ SA. Par la suite, répondant à des demandes des 3 avril et 15 décembre 2009 de la CNA, T._____ SA a retenu pour 2009 comme pour 2010 un salaire mensuel de 3'500 fr., versé 13 fois l'an, et une gratification de 278 fr. 80.

Dans un rapport du 12 novembre 2008, suite à un consilium rhumatologique, la Dresse J._____, spécialiste en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, a fait état d'un syndrome douloureux régional complexe des deux poignets et émis l'hypothèse que les accidents ont été le facteur précipitant une atteinte sous-jacente, telle que la hernie discale cervicale C4-C5.

Dans un rapport d'évaluation ergothérapeutique du 14 novembre 2008, l'ergothérapeute D._____ a constaté un syndrome loco-régional douloureux complexe de type II des deux mains, avec allodynie mécanique sévère. Il a émis des propositions thérapeutiques, visant à une rééducation sensitive.

Dans un rapport du 17 mars 2009, l'ergothérapeute D._____ a constaté un syndrome loco-régional douloureux complexe de type II des deux mains, avec allodynie mécanique sévère, puis signalé d'importantes douleurs.

Dans un courrier du 23 mars 2009 adressé à l'OAI, la Dresse J._____ a indiqué notamment ce qui suit:

"Je vous adresse ci-dessous les derniers renseignements médicaux en ma possession ayant revu ma patiente le 16 mars dernier. Malgré l'approche de rééducation sensitive, les douleurs distales des MS persistent de façon importante occasionnant des lâchages d'objets, présentes jour et nuit, quantifiées à 7/10 selon l'échelle visuelle analogique de la douleur. En serrant la main D de Mme L._____ en salle d'attente, celle-ci était chaude. Les deux mains sont rouges, oedématisées et la sueur perle dans les paumes. Madame L._____ décrit un manque de force et des douleurs lorsqu'elle doit manipuler des objets. Elle annonce présenter la nuit des paresthésies à type de fourmillements pulpaire, prédominant du côté D, la réveillant. J'ai

prévu prochainement une évaluation neurologique avec EMG afin de débusquer la participativité d'un éventuel syndrome du canal carpien alimentant la problématique. L'aggravation de douleurs cervicales et la non réponse aux traitements va peut-être nécessiter une réévaluation par IRM cervicale après avis neurologique.

Actuellement, le traitement de la patiente consiste en :

- Cymbalta 30 mg/j
- Oxycontin 5 mg 2x/j
- Flector EP tissugel
- Calcimagon D3 2x/j
- Fosamax 70 mg/sem
- Physiothérapie hebdomadaire
- Ergothérapie de rééducation sensitive 1x/sem.

Je vous prie par ailleurs de bien vouloir trouver ci-joint copie du dernier rapport de Monsieur D._____, qui vous renseignera sur la dernière évaluation ergothérapeutique".

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport médical du 25 mars 2009, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a retenu ce qui suit:

"Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail

- douleurs de la main et du poignet D avec limitations fonctionnelles modérées du poignet D dans le cadre d'un status après fracture du radius distal de type Pouteau-Colles, d'un status après embrochage et ablation du matériel d'ostéosynthèse et d'un status après algoneurodystrophie de la main et du poignet D.
- douleurs de la main G et du poignet G avec limitations fonctionnelles modérées dans le cadre d'un status après fracture du radius distal de type Pouteau-Colles G, d'un status après embrochage selon Kapandji, d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, d'une ténolyse du long extenseur du pouce pour adhérences tendineuses G et d'un status après probable algoneurodystrophie de la main et du poignet G.
- cervicobrachialgies DDC dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis avec troubles dégénératifs discrets et hernie discale centrale C4-C5.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- fibromyalgie avec troubles sensitifs de tout l'hémicorps D sous forme d'une allodynie.
- status après contusion du genou D.

Appréciation du cas

[...]

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de vendeuse en confection. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. Il faut cependant relever chez l'assurée une importante démonstrativité qui constitue un signe de non organicité selon Waddell. Ce signe s'accompagne également de deux autres signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies basses à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc, les ceintures bloquées. Cette démonstrativité, qui a déjà été relevée par la Clinique romande de réadaptation en 2008, est à mettre sur le compte de la fibromyalgie présentée par l'assurée. En raison de cette fibromyalgie et de la démonstrativité présentée par l'assurée, on peut craindre que l'assurée mette en échec des mesures d'ordre professionnel.

Les limitations fonctionnelles

Mains et poignets: pas de déploiement de force avec les mains, pas de mouvement répétitif avec les poignets, pas de travail de précision avec les mains.

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas d'exposition à des vibrations, pas d'attitude prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Il y a une incapacité de travail totale du 24.01.2005 au 12.06.2005, de 50% du 13.06.2005 au 13.02.2006, de 100% du 14.02.2006 au 15.03.2006, de 50% du 16.03.2006 au 31.12.2006, puis de 100% depuis le 31.12.2006 dans l'activité habituelle de vendeuse chez T. _____ SA.

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète dès le 20.02.2008, date de sortie de la dernière hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation. Il faut noter que la fibromyalgie ne s'accompagne par ailleurs actuellement d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante patente comme l'avait d'ailleurs déjà relevé l'examen psychiatrique du 20.12.2007 au SMR. Par ailleurs, il n'y a pas de critère de sévérité. Ainsi, cette fibromyalgie ne peut être considérée comme incapacitante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par les pathologies ostéo-articulaires présentées par l'assurée".

Dans un rapport du 8 avril 2008, l'ergothérapeute D. _____ a attesté que les douleurs cervicales de l'assurée (au 6^{ème} et 8^{ème} nerf cervical) pouvaient très vraisemblablement provenir du tableau de névralgies brachiales avec allodynie mécanique. Il a retenu que l'assurée souffrait d'une allodynie mécanique sévère, des épisodes de manipulation même de courte durée la laissant plusieurs jours avec des nuits sans repos.

Dans un rapport du 13 août 2009, l'ergothérapeute D. _____ a constaté sur les deux mains une névralgie lombo-abdominale intermittente de la branche abdominale du nerf grand abdomino-génital (stade III de lésions axonales). Il a fait état de la poursuite du traitement à raison d'une séance hebdomadaire et a proposé des infiltrations pour faire régresser le phénomène allodynique.

Dans un rapport du 5 septembre 2009, la Dresse J. _____ a posé les diagnostics de syndrome loco-régional douloureux complexe de type II avec allodynie aux deux mains, de contamination allodynique de la branche postérieure du 6^{ème} et 8^{ème} nerf cervical, et de névralgie lombo-abdominale intermittente de la branche abdominale du nerf grand abdomino-génital avec allodynie mécanique. Elle a retenu une évolution très lentement favorable, mais régulièrement progressive. Elle a en outre fait état d'une rééducation sensitive hebdomadaire, d'ergothérapie une fois par semaine et de suivi médical une fois par mois.

Dans une fiche de calcul interne du 19 février 2010, la CNA a retenu, pour la période du 24 janvier 2004 au 23 janvier 2005, un salaire sans invalidité de 52'718 francs. Sur cette base, compte tenu de l'évolution des salaires de 2005 à 2010, elle a retenu pour la période du 1^{er} février 2009 au 31 mars 2010 un gain assuré selon l'art. 24 al. 2 OLAA de 57'126 francs.

Dans un courrier du 22 février 2010, estimant la situation médicale suffisamment stabilisée, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2010.

Dans un rapport du 12 mars 2010, l'ergothérapeute D. _____ a constaté sur les deux mains un syndrome loco-régional douloureux complexe de type II avec allodynie mécanique (stade V de lésions axonales). Il a retenu que l'assurée présentait une impotence majeure et une hypersensibilité des deux mains avec un syndrome loco-régional floride qui la faisait énormément souffrir, notamment avec des nuits sans repos.

Le 18 mars 2010, la Dresse J. _____ a expliqué que contrairement aux indications de la CNA la situation médicale n'était absolument pas stabilisée sur le plan antalgique, l'assurée bénéficiant très régulièrement d'un traitement de rééducation sensitive et prenant des dérivés morphiniques en raison de ses douleurs.

Une IRM cervicale a été effectuée le 30 mars 2010 à l'institut d'imagerie médicale [...] de Lausanne, mettant en évidence des discopathies et des altérations dégénératives osseuses étagées, caractérisées par de petits foyers de déchirure et d'extrusion médiane de matériel discal s'étendant de C2-C3 à C5-C6, particulièrement marquées en C4-C5 où une hernie discale médiane inchangée était reconnaissable, exerçant une légère empreinte sur la face antérieure du cordon médullaire, sans canal étroit ni conflit de racine.

Par décision du 31 mars 2010, confirmant un nouveau projet de décision du 9 novembre 2009, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2006 au 31 mars 2007 et à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2007 au 31 mai 2008. Il a notamment retenu que l'assurée présentait depuis le 21 février 2008 une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé, et que son degré d'invalidité était de 18.22%.

L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 7 mai 2010, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 21 février 2008. L'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans un rapport du 23 avril 2010, l'ergothérapeute D. _____ a constaté sur les deux mains un syndrome loco-régional douloureux complexe de type II avec allodynie mécanique. Comme propositions thérapeutiques, il s'est référé à un traitement médicamenteux, à de l'ergothérapie basée sur la rééducation sensitive une fois par semaine et à de l'ostéopathie.

Après un examen médical final le 27 avril 2010, le Dr S. _____ a relevé notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Actuellement, la patiente dit qu'elle souffre des deux poignets, surtout du droit. Les douleurs sont à type de brûlures. Elles réveillent la patiente la nuit. Elle se plaint également du pouce gauche. Ses mains sont constamment enflées. Elle a des difficultés dans les AVQ. Elle a dû changer sa lingerie, n'arrivant plus à agraffer ses soutiens-gorge. Elle a de la peine à faire son ménage. On doit l'aider. Les accidents ont changé sa vie.

A l'examen clinique, on est en présence d'une patiente faisant moins que son âge, dont la thymie est légèrement abaissée, qui sous-utilise manifestement ses deux mains.

Objectivement, les poignets sont calmes. Ils sont bien alignés et se laissent librement mobiliser.

La mobilité est modérément limitée, inchangée. Le pouce gauche a également une mobilité légèrement réduite dans tous les plans et sa mobilisation est douloureuse mais l'EPL est tout à fait fonctionnel. Les doigts longs, qui sont toujours un peu boudinés, présentent une mobilité complète.

La force de serrage des mains est réduite. La patiente décrit une légère allodynie un peu diffuse des avant-bras et des mains, semblant prédominer dans le territoire d'innervation de la branche sensitive du nerf radial.

S'il est vraisemblable que la patiente a présenté une algodystrophie dans les suites du 1^{er} accident ayant touché le poignet droit, cette affection n'a pas vraiment été démontrée à gauche. Quoiqu'il en soit, tous les examens complémentaires qui ont été pratiqués, répétés à plusieurs reprises pour certains, suggèrent que cette affection n'est plus active et la tuméfaction résiduelle des doigts longs, au demeurant discrète, est à mettre sur le compte d'une sous-utilisation. Il n'y a pas non plus de raideur articulaire comme on l'observe parfois en phase froide d'un Sudeck.

Il convient également de relever le caractère bénin des lésions constatées initialement tant à gauche qu'à droite, contrastant avec des douleurs diffuses, bilatérales et symétriques, fortement suggestives d'une fibromyalgie.

Pour ce qui est de la soi-disant atteinte neurogène que l'ergothérapeute et la Dresse J._____ mettent en avant, force est de constater qu'elle n'a été confirmée par aucun des trois derniers neurologues dont l'avis a été sollicité. A supposer qu'il y ait quand même une atteinte de petits rameaux sensitifs qui aurait échappé à l'examen neurologique par un spécialiste, il n'y a plus aucun signe d'algodystrophie active chez cette patiente et les lésions supposées, si tant est qu'elle existent, n'expliquent que très partiellement la sous-utilisation que la patiente fait de ses mains, laquelle est précisément considérée en médecine traditionnelle comme la cause principale de la pérennisation des douleurs.

De surcroît, quand on interroge la patiente quant au bénéfice subjectif de cette soi-disant rééducation neuro-sensitive, elle peine à l'évaluer, disant surtout espérer qu'elle va encore faire des progrès, alors que ce traitement dure depuis bientôt une année et demi, manifestement sans rien apporter.

Il n'est donc pas adéquat au sens où l'entend la LAA et la Suva ne doit pas le prendre en charge plus longtemps.

On sait également que la médicalisation à outrance, en termes d'examens complémentaires itératifs et de traitements qui n'en finissent pas, ne font que conforter ces patients dans leur position d'invalides.

C'est donc à juste titre que la Suva entend clore le cas au 31.3.2010.

A ce propos, les conclusions prises à l'issue de l'examen à l'agence du 28.4.2008 restent d'actualité.

Seuls des antalgiques et des AINS, assortis de consultations médicales espacées, restent à la charge de notre institution".

Par décision du 11 juin 2010, la CNA a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité mensuelle de 710 fr. 85 depuis le 1^{er} avril 2010, compte tenu d'une incapacité de gain de 18% et d'un gain annuel assuré de 57'126 francs. La CNA a en outre reconnu le droit de l'assurée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 13'350 fr., compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 12.5%.

Le 9 juillet 2010, l'assurée a formé opposition contre cette décision, contestant le taux d'invalidité retenu par la CNA.

Dans un rapport du 23 juillet 2010, la Dresse J._____ a relevé la persistance de sévères douleurs des membres supérieurs, de troubles de la sensibilité tactile en présence d'une allodynie mécanique sévère et de difficultés fonctionnelles dans les gestes du quotidien. Elle a relevé que sa patiente était passablement éprouvée sur le plan psychique. La Dresse

J._____ a en outre contesté le diagnostic de fibromyalgie retenu par le SMR et a estimé que sa patiente présentait, au niveau de ses membres supérieurs gauche et droit, tous les critères diagnostics du syndrome douloureux régional complexe. Elle a indiqué que le traitement entrepris par l'assurée auprès de son ergothérapeute, quoique de longue haleine, s'avérait néanmoins efficace. Mentionnant également qu'il n'avait pas été tenu compte, dans l'évaluation retenue par l'OAI, de la hernie discale C4-C5 dont souffrait sa patiente et qui pouvait expliquer une partie de ses symptômes douloureux cervicaux, cette praticienne a conclu à une capacité de travail nulle.

Dans une appréciation médicale du 13 avril 2011, le Dr [...], spécialiste en chirurgie, a relevé que l'avis de la Dresse J._____ n'apportait aucun élément médical objectif nouveau par rapport aux constatations du Dr S._____, les conclusions de cette praticienne étant bien plutôt fondées sur les plaintes subjectives de sa patiente et sur l'avis de l'ergothérapeute. Le Dr [...] a relevé que la CNA devait faire abstraction des cervicobrachialgies, dès lors qu'aucun des accidents assurés n'avait engendré d'atteinte cervicale traumatique. Il a constaté l'absence de pathologie neurologique avérée. Sur le plan somatique, il a relevé qu'aucune limitation objective n'entravait la capacité de travail de l'assurée, à l'exception d'activités manuelles lourdes.

Entre temps, par arrêt du 29 avril 2011 (cause AI 181/10), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé par l'assurée contre la décision de l'OAI du 31 mars 2010 et maintenu le droit à la rente de l'assurée pour la période au-delà du 31 mai 2008. Elle a retenu que l'intéressée, compte tenu de son âge et de sa situation personnelle et professionnelle, n'était plus en mesure de retrouver un emploi adapté à ses atteintes sur un marché du travail équilibré.

Par décision sur opposition du 3 juin 2011, la CNA a confirmé sa position. Se référant aux conclusions médicales du Dr S._____, du Dr [...] et du W._____, et s'écartant de l'avis de la Dresse J._____, la CNA

a retenu que le traitement médical n'était plus à sa charge, de sorte que c'est à juste titre qu'elle s'est prononcée sur le droit de l'assurée à la rente. Sur le plan économique, la CNA a retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité légère et, compte tenu de son revenu sans invalidité, un taux de rente de 18%.

B. Par acte de son mandataire du 6 juillet 2011, L._____ a recouru contre cette décision au Tribunal cantonal et a conclu à l'octroi d'une rente entière de la CNA depuis le 1^{er} avril 2010 ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge des traitements médicaux, subsidiairement au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

L'assurée soutient que sa capacité de travail dans son activité habituelle de vendeuse en confection est nulle, puis relève que les pièces versées au dossier ne permettent pas de retenir qu'elle dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle se prévaut de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ses troubles au rachis et les accidents assurés par la CNA. Sur le plan économique, l'assurée déclare qu'elle ne conteste pas "le revenu de valide retenu par l'autorité intimée, correspondant au gain assuré au moment de l'accident, soit Fr. 57'126". Elle soutient par ailleurs qu'elle ne peut pas réaliser un revenu supérieur à 36'432 fr., compte tenu des séquelles accidentelles, de sorte que son taux d'invalidité est de 36%. Concernant le traitement médical, elle fait valoir que l'état de santé actuel n'est obtenu qu'avec un important traitement antalgique, d'ergothérapie et de physiothérapie. Comme mesure d'instruction, l'assurée requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et neurologique).

Dans sa réponse du 8 décembre 2011, par son mandataire, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle relève qu'elle ne conteste pas sa responsabilité pour les troubles présentés par l'assurée à ses deux mains, mais qu'elle refuse d'intervenir pour ses troubles dorsaux et ses troubles psychiques. Elle soutient que l'ensemble des médecins consultés, sauf les médecins traitants, estiment que l'assurée peut exercer une activité

professionnelle légère à plein temps. Il n'y a donc pas de raisons de s'écarter des revenus avec et sans invalidité retenus par la décision attaquée. La poursuite du traitement médical n'est en outre pas justifiée du point de vue médical.

Dans sa réplique du 24 janvier 2012, la recourante fait valoir que la CNA n'a pas répondu à la totalité des arguments du recours. Elle se prévaut d'une aggravation de son état de santé depuis le dépôt du recours avec une augmentation du volume de la hernie discale en C4-C5. La recourante a déposé un rapport du 25 juillet 2011 de la Dresse J._____, qui a relevé ce qui suit:

"J'ai revu Madame L._____ le 16 mai 2011 avec une symptomatologie marquée de cervicalgies générant des réveils nocturnes avec des irradiations neuropathiques à bascule dans les membres supérieurs. Chez cette patiente, connue pour une hernie discale C4-C5, j'ai réitéré une IRM cervicale pour comparaison d'avec l'examen effectué en mars 2010.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint copie du rapport d'interprétation de l'IRM cervicale qui objective une légère augmentation du volume de la hernie discale C4-C5 connue et l'apparition d'hernies discales médianes en C2-C3, C3-C4, C5-C6 sans toutefois de conflit de racine ni de myélopathie compressive. Pour l'heure, un traitement conservateur est entrepris avec antalgie morphinique, modulation neuropathique des douleurs par Cymbalta, anti-inflammatoires non stéroïdiens, physiothérapie à base de techniques neuroméningées selon Maitland à raison de deux fois par semaine.

La patiente est clairement informée qu'en cas d'apparition de douleurs nouvelles ou de déficit aux membres supérieurs, il convient de me contacter en urgence afin d'organiser une évaluation neurologique, voire neurochirurgicale selon nécessité".

La recourante a en outre déposé un rapport d'IRM effectué le 19 mai 2011 à l'institut d'imagerie médicale [...], qui a relevé ce qui suit:

"Comparativement à l'examen antérieur, apparition de hernies discales médianes en C2-C3, C3-C4, C5-C6, légère augmentation du volume de la hernie discale C4-C5 connue. Pas de conflit de racine individualisé ni canal étroit ou myélopathie compressive".

Par duplique du 14 mars 2012, la CNA a confirmé sa position. Réitérant ses arguments, elle fait valoir que le problème de hernie discale

de l'assurée, ne résultant pas des accidents assurés, n'a pas à être pris en charge par la CNA.

C. Le dossier de l'assurée auprès de l'OAI a été produit. Outre les pièces déjà mentionnées ci-dessus, il en ressort notamment les documents suivants:

- Un rapport du 4 février 2008 de la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au SMR, posant le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Elle a estimé que la capacité de travail avait toujours été totale sur le plan psychiatrique et a notamment retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Malgré que l'assurée développe progressivement une symptomatologie anxieuse et dépressive, celle-ci est strictement secondaire aux préoccupations liées à l'impotence fonctionnelle des deux mains et aux difficultés psychosociales face à son licenciement alors qu'elle aura bientôt 60 ans. Il ne s'agit pas d'une maladie psychiatrique à caractère invalidant.

Les préoccupations anxieuses et la baisse du moral de l'assurée sont bien compréhensibles, elles ont un caractère strictement réactionnel et ne prennent aucun caractère invalidant".

- Un avis médical du 1^{er} novembre 2010 des Drs Q._____ et [...], qui ont relevé ce qui suit:

"Voir les nombreux avis médicaux antérieurs, pour ce dossier qui a été largement instruit, dont les conclusions ont été étayées. Dans le cadre du recours, l'avocat de l'assurée se base sur le rapport de la Dresse J._____ du 23.07.2010 pour retenir une CT nulle en toute activité.

Vous demandez notre avis concernant ledit RM : il n'apporte pas d'élément médical nouveau ; aucune aggravation n'est envisageable ; il s'agit d'une appréciation différente de la CT, qui est le fait du médecin traitant, partant, moins objective que celle d'experts ou d'examineurs neutres. Enfin, contrairement à ce qu'écrit la Dresse J._____, nous avons tenu compte de la pathologie cervicale documentée par IRM en juin 2008, qui imposait des limitations fonctionnelles ; et on sait que l'IRM cervicale du 30.03.2010 ne révèle pas de signe d'aggravation significative, en particulier en ce qui concerne la hernie discale C4-C5.

Enfin on trouve au dossier SUVA le rapport de l'examen médical final daté du 27.04.2010 et signé par le Dr S._____. Nous n'avons pas de raison médicale de nous écarter de ses conclusions, tendant à l'absence d'aggravation depuis le dernier examen du 26.04.2008 ("les conclusions prises à l'issue de l'examen à l'agence du 28.04.2008 restent d'actualité").

- Un courrier adressé en date du 19 novembre 2010 à son conseil par O._____, psychologue et psychothérapeute, qui suit l'assurée depuis mars 2006, dans lequel il est notamment indiqué ce qui suit:

"L'accompagnement psychologique continue à raison d'une fois par mois, avec bonne amélioration de la prise de conscience.

Cependant, Mme L._____ vit très mal ses crises de douleur et son état physique déplorable. Elle est fortement ébranlée dans ses défenses psychologiques, vit à la limite d'une décompensation dépressive, réactive à son état de santé et à ses craintes pour son avenir, vu les propositions d'aide financière insuffisantes.

En conclusion, Mme L._____ souffre de son grave handicap, qui paralyse sa vie dans tous les domaines".

- Un rapport médical établi le 17 mars 2011 par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consulté à titre privé. Ce spécialiste y a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, impliquant une diminution importante du rendement professionnel de l'assurée sous l'angle psychiatrique qui, avec la dégradation de son état physique, entraînait une incapacité de travail totale. Le Dr R._____ a estimé qu'il y avait une nette aggravation de la symptomatologie depuis 2007/2008.

D. Par décision du 29 juin 2011, le juge instructeur a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite avec effet au 24 juin 2011, avec exonération d'avances ainsi que des frais judiciaires et désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

2. En l'espèce, la recourante ne conteste pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui n'est donc pas comprise dans l'objet du litige. Sont en revanche litigieux le droit de la recourante à la poursuite de la prise en charge du traitement médical et à une rente d'invalidité.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une

indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 2.2 et la référence citée).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas

sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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, 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; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009

du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

4. a) Dans le cas présent, les rapports médicaux sur lesquels se fonde la CNA sont probants et permettent de statuer en toute connaissance de cause, de sorte que l'expertise requise par l'assurée n'est pas nécessaire. Tous les avis médicaux au dossier concordent - et conduisent à retenir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (cf. notamment rapport du 25 mars 2009 du Dr W._____, rapports des 3 août 2006 et 28 avril 2008 du Dr S._____, et rapport du 6 mars 2008 des Drs K._____, et P._____) - hormis ceux du médecin traitant de l'assurée la Dresse J._____, et de son ergothérapeute D._____. Or, l'un comme l'autre fondent largement leurs constatations sur les allégations de l'assurée, qu'ils ne relativisent à aucun moment dans leurs rapports médicaux, alors même que tous les autres médecins ont noté des signes manifestes d'amplification des plaintes. A ce sujet, en particulier, le Dr S._____, (rapport du 3 août 2006) et les médecins de la CRR (rapport du 6 mars 2008 des Drs K._____, et P._____) ont relevé une discordance entre les plaintes et les constatations objectives.

Par ailleurs, le médecin traitant semble reprendre d'emblée les diagnostics posés par l'ergothérapeute, dont on admettra pourtant qu'ils ont moins de poids que ceux des différents neurologues consultés - qui n'ont constaté aucune lésion neurologique - et auxquels se sont référés les Drs W._____, et S._____, notamment. On prendra donc en considération les limitations fonctionnelles constatées par ces médecins pour établir la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée, à l'exclusion des limitations découlant d'atteintes au rachis.

b) A propos de ces atteintes (hernies discales), on précisera que le rapport de causalité naturelle avec les accidents assurés n'est pas établi. Le Tribunal fédéral admet dans sa jurisprudence que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine

dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Si les symptômes d'une hernie discale sont déclenchés par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux consécutif à l'accident. En revanche, elle ne prend plus en charge les conséquences d'éventuelles rechutes, à moins de symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3; TF 8C_301/2009 du 17 septembre 2009 consid. 3.2; TF 8C_486/2007 du 4 avril 2008 consid. 4.3.1).

En l'occurrence, aucune des conditions particulières décrites dans les arrêts cités ci-dessus n'est remplie. On ne peut pas considérer, par ailleurs, que les symptômes ont été déclenchés par l'un des deux accidents. Dans les suites immédiates du premier accident, seules des affections du bras droit ont été diagnostiquées, ainsi que l'ont retenu les Drs H. _____ (rapport du 11 février 2005), M. _____ (rapport du 27 avril 2005) et S. _____ (rapport du 30 août 2005). Dans son rapport du 3 mai 2005, le Dr X. _____ a mentionné, pour la première fois, la présence de "quelques cervicalgies banales", en précisant toutefois que la motilité de la colonne cervicale était libre dans chaque direction, sans contracture paracervicale ni méningisme).

Des douleurs cervicales sont ensuite mentionnées, bien plus tard, dans le rapport établi par les Drs K. _____ et P. _____ le 28 mars 2006, après un séjour de l'assurée à la CRR du 14 février au 15 mars 2006, soit plus d'une année après le premier accident assuré. Les médecins de la CRR ont notamment décrit des douleurs à la palpation paracervicale droite; lors de son admission à la CRR, l'assurée avait annoncé des douleurs permanentes au niveau du poignet, de la main et de l'épaule ainsi qu'au niveau cervical. Lors de son examen par le Dr S. _____, le 3 août 2006, puis lors d'un entretien à son domicile avec un collaborateur de la CNA, le 19 septembre 2006, l'assurée a à nouveau

décrit des douleurs dans tout le membre supérieur droit, jusque dans la nuque.

En d'autres termes, les douleurs dans la nuque n'ont été systématiquement mentionnées par l'assurée qu'à partir de 2006 soit bien après le premier accident, mais antérieurement au second accident. On ne peut donc pas considérer que l'un ou l'autre aurait déclenché les symptômes d'une hernie discale. La seule mention par le Dr X. _____, en mai 2005, de cervicalgies banales, mais sans autre constatation évocatrice d'une hernie discale à l'examen clinique, n'est pas suffisante pour admettre un déclenchement des symptômes par le premier accident.

5. Sur le plan économique, la recourante expose qu'elle ne conteste pas, dans l'évaluation de son taux d'invalidité, "le revenu de valide retenu par l'autorité intimée, correspondant au gain assuré au moment de l'accident, soit Fr. 57'126". Elle soulève en revanche plusieurs griefs en relation avec le calcul du revenu qu'elle pourrait réaliser malgré les séquelles accidentelles, selon l'intimée.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au

moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222 et les références citées).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le

revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

b) Dans le cas présent, le montant de 57'126 fr. mentionné par la recourante - et qu'elle déclare ne pas contester - correspond au gain assuré fixé par l'intimée selon l'art. 24 al. 2 OLAA. En ce qui concerne le revenu hypothétique sans invalidité, il convient de se référer au salaire qu'aurait perçu la recourante si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Le moment déterminant est celui de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222; TF U 323/04 du 30 août 2005). En l'occurrence, il s'agit de l'année 2010. Il ressort des renseignements communiqués par l'ancien employeur de la recourante que celle-ci aurait perçu un salaire annuel de 48'845 fr. 60 en 2007, 2008, 2009 et 2010 (3'500 fr. par mois versé 13 fois l'an, avec une gratification mensuelle de 278 fr. 80, selon les réponses de l'employeur aux lettres des 17 octobre 2008, 3 avril 2009 et 15 décembre 2009 de l'intimée) si elle était restée à son service, sans atteinte à la santé.

On précisera, dans ce contexte, que le revenu hypothétique sans invalidité aurait été inférieur, en 2010, à celui réalisé par la recourante avant son premier accident le 24 janvier 2005, en raison d'une reprise de son employeur, N. _____ SA, par la société T. _____ SA, et du changement de politique salariale qui en a résulté (réponse du 23 octobre 2008 de T. _____ SA à la lettre du 17 octobre 2008 de la CNA). Il n'est pas vraisemblable que sans atteinte à la santé, la recourante aurait résilié ses rapports de travail en raison de cette baisse de salaire. Elle ne bénéficiait en effet d'aucune formation professionnelle et travaillait pour le même employeur depuis 1987 (sur ce point, cf. également consid. 6c ci-après).

Il convient par conséquent de fixer le revenu hypothétique sans invalidité à 48'845 fr. 60 pour l'année 2010.

6. La recourante conteste le revenu qu'elle pourrait réaliser, selon l'intimée, dans une activité adaptée.

a) Le recours aux statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) est adéquat en l'espèce. On se référera à l'ESS 2010, année de l'ouverture du droit à la rente. On ne tiendra compte, pour fixer le revenu d'invalidé, que des limitations fonctionnelles d'origine accidentelle et non de celles qui sont d'origine malade. Par ailleurs, contrairement à ce qui avait été retenu dans l'arrêt du 29 avril 2011 de la Cour de céans rendu en matière d'assurance-invalidité (cause AI 181/10), on ne saurait fixer le taux d'invalidité en attribuant un poids déterminant à l'âge de la recourante. En effet, aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré d'invalidité dans des cas spéciaux et peut, à cette occasion, déroger à l'art. 16 LPG. En application de cette délégation législative, le Conseil fédéral a édicté l'art. 28 OLAA, dont l'alinéa 4 prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition a pour but d'éviter l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestations de vieillesse, par l'assurance-accidents (ATF 122 V 426; TF 8C_250/2009 du 1^{er} juillet 2009 consid. 2.2).

Dès lors, l'évaluation du revenu d'invalidé de la Cour de céans dans l'arrêt du 29 avril 2011 à propos du droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité ne peut être transposée dans le domaine de l'assurance-accidents. Tout au plus convient-il d'intégrer l'âge de la recourante dans la fixation de la déduction globale à effectuer pour tenir compte de l'ensemble des circonstances propres à la personne de

l'assurée, sans en faire pour autant un facteur essentiel fondant l'invalidité.

b) La recourante demande que le salaire de référence pris en considération soit celui des femmes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration. On ne peut la suivre sur ce point. Selon la jurisprudence, il convient en principe de se référer au revenu médian dans le secteur privé, toutes branches économiques confondues. On ne saurait, en particulier, se référer à la branche économique dans laquelle les revenus sont les plus bas, comme le fait la recourante, alors que des emplois adaptés à son état de santé existent dans d'autres branches (cf. Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2^{ème} éd., 2010, p. 313). Il convient par ailleurs de faire preuve de retenue avant de s'écarter du salaire médian résultant des données statistiques pour toutes les branches économiques (production et services), dans la mesure où l'on tient déjà compte des limitations fonctionnelles dont peut souffrir la personne assurée au moment de la fixation d'une déduction globale de ce revenu. La prise en considération, en principe, de toutes les branches économiques, pour autant que l'une d'entre-elles n'offre pas des perspectives d'emploi purement hypothétiques, offre une meilleure base de comparaison au moment de fixer cette déduction pour chaque assuré concerné.

En l'occurrence, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail – abstraction faite des atteintes malades à sa santé – dans une activité ne requérant pas le déploiement de force avec les mains, de mouvements répétitifs avec les poignets ni de travail de précision avec les mains. De telles activités existent également dans le secteur économique de la production, notamment pour la surveillance de machines ou de chaînes de production, même si elles sont plus rares que dans le secteur des services. On doit par conséquent se référer au salaire médian réalisé par les femmes en 2010, dans des activités simples et répétitives, toutes branches économiques confondues. Ce revenu était de 4'225 fr. par mois, soit 50'700 fr. par année. Compte tenu d'un horaire de travail

hebdomadaire dans les entreprises de 41.6 heures en moyenne en 2010, c'est un revenu de 52'728 fr. qu'il y a lieu de retenir.

c) En ce qui concerne la déduction à effectuer pour tenir compte des circonstances propres à la personne de l'assurée, la recourante demande qu'un taux de 20% soit appliqué. Sur ce point, le recours est fondé. La recourante a suivi la scolarité obligatoire en Italie, puis est arrivée en Suisse à l'âge de 16 ans. Elle ne dispose pas de formation professionnelle et a travaillé pour le même employeur depuis 1987. Auparavant, elle avait principalement consacré son temps à l'éducation de ses enfants et à la tenue de son ménage. La recourante était âgée de 60 ans en 2008. Enfin, elle présente des limitations fonctionnelles qui ne l'empêchent pas totalement d'utiliser ses mains, mais qui constituent néanmoins un handicap sérieux et limitent considérablement le nombre d'emplois adaptés. Une déduction de 20% paraît donc adéquate en l'espèce. Cela conduit à un revenu d'invalide de 42'182 fr. 40.

Après comparaison du revenu hypothétique sans invalidité (48'845 fr. 60) avec le revenu d'invalide (42'182 fr. 40), on obtient un taux d'invalidité de 14%. On constate donc que la CNA n'a pas sous-évalué le taux d'invalidité de la recourante en allouant une rente fondée sur un taux d'invalidité de 18%. Compte tenu de l'approximation inévitable dans le calcul de l'invalidité d'un assuré, il convient cependant de renoncer à une réforme de la décision litigieuse au détriment de la recourante.

7. La recourante demande encore la poursuite de la prise en charge de son traitement médical par l'intimée.

Se référant à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, la recourante soutient que la poursuite du traitement est nécessaire pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Ce point de vue ne peut être partagé. Le diagnostic d'algoneurodystrophie active (syndrome locorégional complexe de type II de la branche cutanée palmaire du nerf médian droite et du nerf cubital gauche), posé par l'ergothérapeute D._____, a été réfuté de manière

convaincante par les Drs S._____ (rapports des 3 août 2006, 7 décembre 2007 et 27 avril 2010), W._____ (rapport du 25 mars 2009) et C._____ (rapport du 13 avril 2011) ainsi que par les médecins de la CRR (rapport du 6 mars 2008 des Drs K._____ et I._____). En réalité, la poursuite du traitement préconisé par la Dresse J._____ et l'ergothérapeute D._____, à supposer que celui-ci soit efficace, porte sur des symptômes qui ne sont pas en rapport de causalité naturelle avec l'accident. A supposer qu'il soit efficace, ce dont on peut douter au regard de la persistance des douleurs exprimées par l'assurée depuis plusieurs années, ce traitement n'est donc pas à la charge de l'intimée.

8. Il s'ensuit que le droit à la rente d'invalidité tel que fixé par la décision attaquée n'a pas à être modifié et que la recourante n'a pas droit à la poursuite de la prise en charge du traitement médical. Partant, le recours est rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision sur opposition rendue par la CNA.

9. a) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Anne-Sylvie Dupont a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 2'530 fr. 20 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (12.46 heures de travail au tarif horaire de 180 fr., débours par 100 fr. et TVA à 8%).

b) La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe

au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le présent arrêt est rendu sans dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 juin 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Anne-Sylvie Dupont, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'530 fr. 20 (deux mille cinq cent trente francs et vingt centimes), TVA comprise.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne (pour L. _____)
- 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).

Le greffier :