

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 9, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, de nationalité portugaise, a exercé différents emplois en Suisse à partir de 1995, notamment de 1995 à 1997, ainsi que de 1999 à 2002 dans la restauration (cuisine, lessive, repassage et ménage). Dans l'intervalle soit de 1997 à 1998, elle a séjourné au Portugal. Après deux mois de chômage, elle a débuté le 22 juillet 2002 une activité en qualité d'employée d'entretien pour le compte de l'entreprise A. _____ à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 6 novembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'un eczéma palmo-plantaire chronique fissuraire.

Dans un certificat médical du 11 novembre 2002, la Dresse W. _____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a indiqué que l'assurée était atteinte d'un eczéma palmo-plantaire chronique fissuraire invalidant qualifié de maladie professionnelle et qu'elle présentait une totale incapacité de travail.

Le 19 décembre 2002, A. _____ a annoncé à la CNA que l'assurée présentait une maladie professionnelle et une incapacité de travail totale à compter du 24 octobre 2002. Elle a finalement été licenciée pour le 31 janvier 2003 et n'a, depuis lors, plus repris d'activité lucrative. X. _____, assureur perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières du 19 septembre 2002 au 27 septembre 2004.

Par décision sur opposition du 18 septembre 2003 confirmant une décision du 5 mai 2002, la CNA a refusé à l'intéressée, représentée

par son conseil Me Olivier Carré, l'octroi de prestations d'assurance, motif pris que le travail auprès de l'entreprise assurée n'avait pas induit les troubles affectant cette dernière de même qu'il n'avait pas aggravé la situation de manière significative.

Par jugement du 8 novembre 2004 (AA 109/03-87/2004), le Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud (TASS) a rejeté le recours interjeté par l'assurée.

Par arrêt du 12 janvier 2006 (U 35/05), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a admis le recours de l'assurée, annulé le jugement du TASS, ainsi que la décision de la CNA du 18 septembre 2003, la cause étant renvoyée à cette dernière pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Le TFA a notamment considéré ce qui suit :

"4.2. [...].

A la lecture de ces constatations médicales, il apparaît qu'aucun des médecins consultés ne s'est prononcé - faute, aussi, d'avoir été précisément interrogé sur ce point - sur l'existence ou non d'une relation certaine ou hautement probable entre l'activité professionnelle de leur patiente et l'eczéma dont elle est atteinte ou l'aggravation de cette affection. Chacun des praticiens a évoqué l'incidence sur les troubles dermatologiques des substances utilisées par la recourante dans son activité dans le service puis dans l'entretien; aucun n'a cependant précisé l'intensité du rapport de causalité. En fait, seul le docteur C._____ a nié un tel lien, en concluant que le grave eczéma généralisé de l'assurée ne constituait très certainement pas une maladie professionnelle, parce [que] l'existence concomitante d'un asthme plaide pour une origine principalement endogène de l'affection (rapport du 21 mars 2003). Cette justification ne suffit cependant pas à exclure l'obligation éventuelle de prêter de l'intimée.

En effet, même en présence d'une affection endogène et d'une disposition atopique, il reste à examiner si une aggravation de l'état de santé a été causée essentiellement ou d'une manière prépondérante par les substances en cause ou l'activité de nettoyeuse (soit si l'aggravation est due pour plus de 50 % à l'action des substances nocives, respectivement pour plus de 75 % à cette activité) (cf. ATF 117 V 354, voir aussi l'arrêt M. du 15 juin 2005, U 392/05, consid. 6.2). Or, en dehors de la seule affirmation du docteur C._____ que tel n'est pas le cas, le dossier ne contient aucune prise de position médicale qui se prononcerait de manière circonstanciée sur ce point, voire nierait l'existence d'un lien de causalité qualifiée entre les substances de la liste ou l'activité exercée et les troubles de santé de la recourante ou leur

aggravation. D'abord hésitant («je ne pense pas retenir une telle hypothèse [de l'aggravation d'une maladie préexistante]»; «il ne me semble pas possible d'affirmer que le travail dans l'EMS a sensiblement modifié le décours de l'eczéma»), le praticien finit par affirmer qu'il n'est pas démontré que l'exercice de l'activité au service de la société A. _____ ait sensiblement influencé la période de déclin de l'affection (courrier du 7 avril 2003). Il en veut pour preuve le fait que celle-ci était très sévère, avant, pendant et après la phase d'activité professionnelle considérée. Cette affirmation, non étayée pour le surplus, est cependant contredite par certains éléments du dossier: la recourante n'a présenté une incapacité totale de travail qu'à partir de la fin du mois d'octobre 2002 (soit deux mois après le début de son activité pour la société A. _____), alors que les périodes d'incapacité de travail n'avaient été jusque-là que passagères; aux dires de la docteure W. _____, l'état cutané de sa patiente s'est aggravé par périodes avec des poussées inflammatoires sévères (sans plus de précisions ni sur les motifs, ni sur la date de cette aggravation) (lettre du 9 janvier 2004); l'affection dermatologique a également régressé de façon significative en février 2004, alors que la patiente se trouvait toujours en arrêt de travail de 100 % (courrier du 9 février 2004). En conséquence, l'avis du docteur C. _____, qui ne tient pas compte de ces éléments, ne convainc pas.

4.3 Au vu de l'étiologie incertaine de l'affection dermatologique de la recourante et, en particulier, des causes de son aggravation, il n'est pas possible d'admettre ou de nier que l'affection dermatologique de la recourante ait été causée ou aggravée exclusivement ou de manière prépondérante par les substances de la liste ou l'activité de nettoyeuse exercée pour le compte de la société A. _____. Dans la mesure où les éléments à disposition au dossier n'apparaissent pas suffisamment étayés pour élucider la question de la causalité qualifiée, il s'avère nécessaire de renvoyer la cause à l'intimée pour complément d'instruction sur le plan médical”.

b) Reprenant l’instruction de la cause, la CNA a mis en œuvre une expertise qu’elle a confiée au Dr Z. _____, médecin associé à la clinique et policlinique de dermatologie des [...], service environnement et allergie cutanée. Dans son rapport du 19 juillet 2006, l’expert a notamment exposé ce qui suit :

“2. L'affection présentée par Madame R. _____ a-t-elle été provoquée exclusivement ou de manière prépondérante (pour plus de 50% dans l'éventail global des causes) par l'action d'une substance nocive prévue dans l'annexe 1 de l'OLAA et utilisée dans le cadre de l'activité de nettoyeuse chez A. _____ ?

Compte tenu de tout ce qui précède, il apparaît que la patiente souffrait déjà depuis environ 7 ans de problèmes cutanés relativement bien identifiés sous forme d'un eczéma dyshidrosique dans un contexte de dermite de contact allergique mixte et irritative, et donc que son affection n'est clairement pas provoquée de manière prépondérante par sa nouvelle activité chez A. _____.

3. L'affection présentée par Madame R. _____ a-t-elle été aggravée exclusivement ou de manière prépondérante (pour plus de 50%) par l'action d'une substance nocive prévue dans l'annexe 1 de l'OLAA et utilisée dans le cadre de l'activité de nettoyeuse chez A. _____ ?

Compte tenu de ce qui précède également, cette patiente étant connue depuis de nombreuses années pour une dermatite de contact mixte, allergique et irritative, avec certains allergènes comme le cobalt, le nickel, le formaldéhyde et certains conservateurs libérateurs de formol, il est probable que son état ait pu être aggravé par le contact avec des substances à même de contenir ces allergènes, rencontrées sur son site professionnel.

Je ne pense pas que l'on puisse dire qu'il s'agit d'une aggravation de manière prépondérante à plus de 50% puisque :

- la patiente avait la possibilité de protéger de manière complète les mains avec des gants qu'elle tolérait puisque les tests cutanés l'avaient démontré ;
- l'histoire de cette patiente montre, comme fréquemment dans ces dermatites chroniques des mains avec dyshidrose associée, qu'il s'agit d'affections qui sont rapidement autonomisées et, comme la patiente le décrivait lors de ses séjours au Portugal, il y a des périodes d'aggravation sans facteur déclenchant retrouvé et des périodes de rémission spontanée.

Ce que j'observe, c'est que compte tenu de la polysensibilisation de cette patiente avec des allergènes fréquemment rencontrés dans les produits de nettoyage et les produits de soins chez cette patiente qui traînait déjà depuis environ 7 ans une dermatose eczématiforme mixte, allergique et irritative, le choix de la placer dans une telle activité ne m'est pas apparu très judicieux puisqu'il aurait été préférable qu'elle puisse avoir une activité où ses mains seraient moins sollicitées comme dans la vente, ou dans des activités où le milieu humide est réduit".

Dans un courrier du 19 avril 2006 au conseil de l'assurée, la Dresse L. _____, spécialiste en dermato-vénéréologie, a indiqué qu'elle n'avait pas constaté lors de sa consultation du 7 mars 2006 un stade franchement vésiculeux ou pouvant évoquer un eczéma dishydrosique comme cela avait été le cas lors des hospitalisations en dermatologie. Il s'agissait plutôt d'une dermatite allergique et orthoergique chronique très installée.

Par décision sur opposition du 11 mai 2007 confirmant une décision du 20 février 2007, la CNA a refusé l'octroi de prestations à l'intéressée. Se référant au rapport d'expertise du 19 juillet 2006 du Dr Z. _____ qu'elle qualifiait de pleinement convaincant, elle a considéré que les troubles en question n'avaient pas été induits par le travail auprès de l'entreprise assurée à la CNA. De même, ce travail n'avait pas aggravé la situation de manière significative.

Saisie d'un recours (AA 81/07), le Président de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois (CASSO) a mis en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire confiée à l' [...] à [...] et ce, après avoir procédé à l'audition de l'expert Z. _____ le 16 janvier 2009.

Dans leur rapport du 29 janvier 2010, les Dresses G. _____ et U. _____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant à la Clinique universitaire de dermatologie à l' [...], ont tout d'abord relevé que l'eczéma de la main existait depuis 1995 et qu'il n'avait pas été déclenché par le travail d'agent d'entretien. Il était toutefois impossible de déterminer a posteriori à quel moment les sensibilisations au latex et aux allergènes de contact avaient été acquises. Toutefois, depuis la période où elle avait travaillé en qualité d'agent d'entretien, elle avait souffert d'une aggravation sensible de son état cutané. Après l'abandon de cette activité, le complexe symptomatique cutané ne s'était jamais complètement résorbé. Les expertes ont ainsi constaté que l'assurée avait été en contact avec les allergènes de contact pertinents pour elle et avec le latex de façon répétée et/ou permanente lorsqu'elle travaillait en qualité d'agent d'entretien. Elle avait en outre été exposée à des tâches mouillées ou humides. Ces facteurs accumulés avaient conduit à >50% à une aggravation de l'eczéma de la main préexistant en 2002.

Par appréciation médicale du 9 juin 2010, le Dr D. _____, médecin au sein de la Division médecine du travail de la CNA, a préconisé la prise en charge au titre de maladie professionnelle de l'eczéma présenté par l'assurée depuis 2002.

Par décision du 23 août 2010 (CASSO AA 81/07-84/2010), la cause a été rayée du rôle par suite de retrait du recours, la CNA s'étant engagée à rendre une nouvelle décision. Une convention dans ce sens a été passée entre les parties le 26 août 2010, en ce sens que « les prestations en faveur d'R. _____, au titre de la maladie professionnelle, avec un effet remontant à l'année 2002, feront l'objet d'une décision

séparée qui sera notifiée ultérieurement et qui fixera tous les détails nécessaires » (Article I).

c) Dans l'intervalle, soit dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, le Dr J._____, spécialiste en ORL et allergologie, a, dans un rapport du 28 mars 2003 à l'OAI, posé les diagnostics de polysensibilisation de contact allergique, de diathèse atopique, d'eczéma palmo-plantaire chronique d'origine multifactorielle, de rhino-conjonctivite et asthme sévère sur hypersensibilité aux pollens d'arbres et de graminées, d'hypertension artérielle (HTA), d'obésité, de status après opération de la sphère ORL (19.03.2002) et de status après infection à *Helicobacter pylori*.

A la demande de la Dresse W._____ du 30 juin 2003, l'assurée a séjourné au service de dermatologie du CHUV du 4 au 15 juillet 2003 pour une prise en charge intensive.

Dans un courrier du 22 décembre 2003 à l'OAI, la Dresse W._____ a exposé qu'il lui semblait probable que l'assurée puisse reprendre à 50% au début une activité de conducteur de taxi ou de livreur de médicaments tout en ayant le dos des mains pansé ou les mains gantées.

Par communication du 30 janvier 2004, l'OAI a pris en charge les frais d'une évaluation professionnelle du 2 au 27 février 2004 auprès de B._____ en qualité de coursier à 50% (effectuer des tournées dans les cabinets médicaux pour rechercher des analyses et y porter des résultats ; prendre les bacs de déchets (aiguilles) ainsi que les bacs de récupération de liquide radiologique ; tout le matériel manipulé est propre). Cette activité a été prolongée jusqu'au 1^{er} mai 2004.

Dans un rapport du 23 mars 2004 à l'OAI, la Dresse W._____ a fait état d'une aggravation passagère de l'état de santé de sa patiente avec lésions érosives et rhagades douloureuses des doigts, extension de la taille et de l'état inflammatoire des lésions eczématiformes des pieds.

Cette aggravation n'avait pas induit à sa connaissance d'absentéisme de l'assurée. La Dresse W._____ estimait toutefois que la poursuite de l'activité en cours à 50% était exigible et que l'augmentation du taux d'activité à 75 voire 100% n'était envisageable que dans quelques semaines pour autant que l'état de l'affection des mains soit stationnaire. S'agissant d'une activité adaptée, elle devait être sans contrainte manuelle, sans exposition aux allergènes auxquels la patiente était sensibilisée et sans contrainte mécanique et ce, à temps complet dès guérison de la dermatose (par exemple, travail de bureautique, réception...) sans diminution de rendement.

Dans un rapport intermédiaire du 17 juin 2004, le service de réadaptation de l'OAI (REA) a indiqué que les tâches effectuées semblaient tout à fait adaptées au problème de santé de l'assurée laquelle avait pu accomplir des tournées de manière autonome. Ses horaires avaient été respectés. Elle a toutefois souffert des pieds en raison de la chaleur, la transpiration entretenant l'eczéma. Depuis début mai 2004, elle a débuté chez B._____ une activité sur appel d'environ 3 demi-jours par semaine, soit une dizaine d'heures par semaine. Elle était en outre gênée par son asthme.

Dans un rapport du 8 juillet 2004 à l'OAI, la Dresse W._____ a constaté une importante régression de son eczéma au cours des deux derniers mois. Lors de la consultation du 21 juin 2004, le status cutané était indemne de toute lésion au niveau de ses mains alors que l'eczéma des pieds avait régressé en lésions sèches et localisées du dos des pieds. L'activité auprès de B._____ paraissait adaptée et pouvait de son point de vue être intensifiée. La capacité de travail devrait potentiellement devenir exigible à 75 voire 100% pour le type d'activité en cours.

L'assurée a bénéficié d'un arrêt de travail établi par le Dr J._____ à 100% du 12 juillet 2004 au 29 août 2004, puis à 50% jusqu'au 27 septembre 2004 en raison d'une pneumonie et de plusieurs crises d'asthme. La dermatose s'est en outre étendue durant le mois d'août dans la région pubienne et mammaire. La consultation du 10 septembre 2004

auprès de la Dresse W._____ a mis en évidence une nette régression de l'eczéma des mains mais la persistance d'un eczéma très inflammatoire, suintant et érosif du dos des pieds qui justifiait un arrêt de travail de 50%. L'activité de coursière effectuée par cette patiente apparaissait toujours compatible sans diminution de rendement et sans peu de répercussion sur la dermatose dont elle souffrait (rapport médical du 17 septembre 2004 de la Dresse W._____ à l'OAI). La Dresse W._____ se référait pour le surplus à son rapport du 23 mars 2004.

Dans un rapport du 3 août 2004 adressé au Dr J._____, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne et maladies des voies respiratoires, a indiqué avoir procédé à un bilan fonctionnel de l'assurée. Il a confirmé une obstruction bronchique suspectant des reflux gastro-oesophagiens qui pourraient être favorisés par la ronchopathie clairement décrite et un syndrome d'apnées du sommeil.

Dans un courrier du 15 décembre 2004 au Dr J._____, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a exposé que l'assurée présentait un syndrome rotulien douloureux bilatéral à très nette prédominance à droite dans un contexte de désaxation de l'appareil extenseur avec un angle Q mesuré à 20°, sur un morphotype en genua valga une surcharge pondérale sévère. Il a préconisé une prise en charge chirurgicale.

Par communication du 24 janvier 2005, l'OAI a pris en charge les frais de chaussures anti-allergiques.

Dans un rapport du 18 février 2005 à l'OAI, le Dr V._____ a estimé que la capacité de travail liée à l'asthme était réduite de 25%, cette incapacité étant à même de disparaître si les conditions ORL (correction chirurgicale d'un problème nasal) et environnementales pouvaient être améliorées.

Dans un rapport du 21 avril 2005 à l'OAI, le Dr E._____, spécialiste en cardiologie, a précisé que l'assurée avait présenté le 10 avril

2004 un épisode de tachycardie supraventriculaire sans facteur déclenchant évident et sans récurrence.

Dans un rapport du 19 juillet 2005 à l'OAI, la Dresse W. _____ a précisé qu'elle n'avait plus délivré de certificat d'arrêt de travail depuis le 20 juillet 2004. Lors de la dernière consultation du 17 mai 2005, elle a pu constater la nette régression de ses lésions eczématiformes prédominant au niveau des pieds, les mains étant quasiment exemptes de lésions. Elle a dès lors constaté une amélioration de l'état de santé de l'assurée, sa capacité de travail ne pouvant toutefois être améliorée par des mesures médicales. Elle a ajouté que la patiente avait été licenciée en janvier 2005 et que l'évolution favorable récente de la dermatose était vraisemblablement liée à l'absence d'activité avec contrainte manuelle. Elle a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans une activité de nettoyeuse, de 50 à 85% dans une activité de coursière et de 75 à 100% dans une autre profession et ce dès août 2005.

Dans un rapport du 19 décembre 2005 à l'OAI, le Dr S. _____ a préconisé une activité semi-sédentaire sans maintien prolongé de la position debout ni efforts de manutention ou autre port de charges et a estimé la diminution de rendement de l'ordre d'au minimum 50%.

Dans un rapport d'examen SMR (Service Médical Régional de l'AI) du 22 mars 2006, les diagnostics d'eczéma palmo-plantaire chronique fissurant, de gonalgies antérieures bilatérales sur syndrome rotulien avec morphotype en genu valga et rétraction de l'aileron rotulien externe et de syndrome broncho-obstructif chronique ont été retenus. La capacité de travail dans une activité adaptée (soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de contrainte manuelle, pas de contrainte avec l'eau, des produits de nettoyage, des produits irritants, pas de contact avec des colles, activité sédentaire permettant l'alternance des positions assise et debout, pas de travail nécessitant de long déplacement, pas de travail en terrain irrégulier, pas de travail dans des escaliers et des échafaudages) a été fixée à 50% avec un rendement de

25 à 30% en raison des nombreuses exacerbations de l'atteinte dermatologique ou pulmonaire entraînant des interruptions.

Par décision du 21 juillet 2008, l'OAI a notamment octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre au 31 décembre 2003, puis trois-quarts de rente avec effet au 1^{er} janvier 2004.

Suite aux recours déposés par l'assurée auprès de la CASSO (AI 468/08 - 61/2009 et AI 341/10 - 115/2011), l'OAI a reconsidéré sa décision et a octroyé une rente entière à compter du 1^{er} octobre 2003 compte tenu d'un degré d'invalidité de 73%.

B. Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, la CNA a informé le 25 mai 2011 le conseil de l'assurée qu'elle devait revenir sur sa décision de refus de maladie professionnelle et, ainsi verser des prestations en espèce rétroactivement, lesquelles devaient dans un premier temps être restituées aux autres institutions qui avaient éventuellement entretemps versé des prestations (assurance perte de gain, centre social régional, employeur, assurance-chômage, etc.).

Reprenant l'instruction de la cause, l'entreprise A. _____ a, à la demande de la CNA, produit les fiches de salaire de l'assurée dès le 22 juillet 2002. S'agissant du salaire que l'intéressée aurait gagné en 2011 si elle était encore à son service et en pleine possession de ses moyens, A. _____ s'est référée à la CCT FREN (Convention Collective de Travail de la Fédération Romande des Entrepreneurs en Nettoyage) et a indiqué qu'elle toucherait un salaire horaire brut pour l'année 2011 de 21 fr. 70 (catégorie 4 - employée avec + de 4 ans d'expérience), 13^{ème} salaire à 100% versé au mois de décembre.

Par courrier du 4 août 2011, A. _____ a précisé que l'assurée avait une durée hebdomadaire de travail de 34 heures et qu'elle ne touchait pas de prime. Son salaire horaire et le 13^{ème} salaire étaient versés de la manière suivante :

| 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 16.70 | 16.90 | 20.50 | 20.50 | 20.50 | 20.70 | 21.05 | 21.35 |
| $\frac{3}{4}$ | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Le 13^{ème} salaire pour l'année 2002 était de $\frac{1}{2}$ mois de salaire.

Par courrier du 8 août 2011, X._____ a informé la CNA qu'elle avait versé des indemnités journalières à l'assurée du 19 septembre 2002 au 27 septembre 2004, soit un montant total de 39'585 fr. 05 auquel il fallait soustraire le remboursement de l'AI de 11'861 fr. 10. X._____ a dès lors requis le versement d'un montant de 27'723 fr. 95.

Afin de déterminer le droit de l'assurée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) due à l'affection cutanée reconnue comme maladie professionnelle et la capacité de travail dans une activité adaptée notamment (lettre du 14 novembre 2011 de la CNA), la CNA a mandaté les Dresses G._____ et U._____ pour la réalisation d'une expertise complémentaire.

Dans leur rapport du 29 novembre 2011, les expertes ont considéré ce qui suit :

- 1. L'assurée présente-elle un eczéma chronique ?**
Comme nous l'avons déjà mentionné dans notre expertise du 29.01.2010, Madame R._____ souffre depuis 1995 environ d'un eczéma des mains chronique, de nature avant tout rhagadiforme si l'on se fonde sur l'anamnèse. Depuis cette date, la maladie a évolué par poussées. Lors de l'examen du 25.01.2010, la patiente présentait de discrètes modifications eczématiformes au niveau des deux mains.
- 2. Quelles activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée, compte tenu de sa maladie de la peau ? Y a-t-il des travaux que l'assurée peut exercer sans limitations pendant toute la durée de son poste ? Y a-t-il éventuellement des modifications concernant son temps de travail ? Quelle est leur importance ?**

Il est souhaitable que l'on tienne compte des limitations suivantes en cas d'un nouvel engagement professionnel de la patiente : pas d'activités très salissantes, pas de travaux à exercer durablement dans une atmosphère mouillée ou humide, pas de contact avec des substances irritantes (substances chimiques, solvants), aucuns contacts avec les allergènes en cause. Pour la patiente, il s'agit d'éviter impérativement et de manière conséquente les allergènes de contact et le latex qui constituent des co-facteurs déclencheurs de l'eczéma dans la vie au travail et dans la vie privée. Nous conseillons le recours régulier à des mesures de protection de la peau (crème et mousses de protection, gants) et de soins de la peau (traitement de base de relipidation). Les travaux dans l'humidité sont à éviter. Le port de gants en caoutchouc durant des périodes prolongées peut déboucher sur un effet occlusif qui entraîne un accroissement supplémentaire de la transpiration occasionnant à son tour une irritation cutanée. Cet effet négatif peut être évité ou amoindri par le port de gants de coton ou de soie sous les gants de caoutchouc. D'un point de vue dermatologique, la patiente est apte au travail à 100% sans restriction affectant le temps de travail.

3. Quelle est votre estimation de l'atteinte à l'intégrité de la maladie de peau reconnue comme maladie professionnelle en tenant compte de la table 18 de la SUVA relative à l'atteinte à l'intégrité selon la LAA ?

D'un point de vue dermatologique, nous estimons l'atteinte à l'intégrité à 20% selon la table 18 de la Suva « atteinte à l'intégrité en cas de lésions de la peau » (dermatose avec dissémination).

4. Quelle a été l'évolution du processus de guérison depuis 2010 ? Un traitement à base de Toctino a-t-il été instauré ?

Nous avons examiné la patiente en janvier 2010. Depuis cette date, aucunes consultations (sic) n'ont eu lieu au sein de notre Polyclinique. De ce fait, nous ne pouvons donner notre avis au sujet de l'évolution du cas de la patiente. Jusqu'à ce jour, un traitement de Toctino n'a pas été instauré ; une telle option pourrait être prise en considération si le tableau clinique le justifiait".

Par appréciation médicale du 16 avril 2012, le Dr D. _____ a indiqué partager l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée à laquelle les expertes ont procédé tout en faisant état d'une autre restriction en cas d'activité dans un environnement propre et sec à savoir d'éviter les allergènes connus chez l'assurée et l'effort manuel important au niveau des mains en raison de l'évolution par poussées de l'eczéma

(toutes les trois à quatre semaines). En cas de poussées d'eczéma s'étalant sur plusieurs jours, il était impossible d'exclure une incapacité de travail temporaire même dans le cadre d'une activité appropriée. Le Dr D._____ a toutefois estimé que toutes les options thérapeutiques n'avaient pas encore été épuisées et a fait état du Toctino®, médicament autorisé depuis deux ans en Suisse et spécifiquement utilisé en cas d'eczéma chronique grave des mains. Concernant l'atteinte à l'intégrité, il a estimé que pour un eczéma chronique des mains et des pieds particulièrement marqué, les 20% proposés étaient généralement justifiés. Il a toutefois proposé d'attendre un possible succès thérapeutique du Toctino®.

Par appréciation médicale du 30 avril 2012, le Dr T._____, spécialiste en médecine du travail, a rappelé qu'un traitement par Toctino® était pris en charge par la CNA pour autant qu'il y ait une indication claire, c'est-à-dire un eczéma important ne répondant pas aux traitements classiques et que l'alitrétinoïne soit prescrit par un dermatologue avec un suivi biologique régulier (une fois par mois au minimum), ce d'autant plus que l'assurée présentait des facteurs de risque (obésité, hypertension artérielle, asthme bronchique).

Il ressort d'un procès-verbal relatif à un entretien téléphonique du 27 juillet 2012 entre H._____ de la division prestations d'assurance de la CNA et le conseil de l'assurée les éléments suivants :

“Fixation des prestations

[...].

-fixation d'une rente au 1.1.2005 ; le cas apparaissait « mûr » pour une rente en automne 2004, soit à la fin des mesures AI intervenue en raison des autres pathologies que celle assurée. A cette époque l'état de santé avait permis à l'AI d'initier ses mesures et le fait qu'un (actuel) nouveau traitement existe ne permet pas la prolongation des IJ mais entre dans le cadre de l'art. 21 LAA. En outre, c'est également un « geste » en faveur de sa mandante de fixer une rente en 2005 au lieu de 2004, fin effective des IJ AI, le salaire présumable perdu ayant pour cette année-là été fortement réévalué (selon les connaissances du soussigné : modification, respectivement entrée en vigueur d'une convention collective dans le secteur des entreprises de nettoyages pour cette année-là).

-les détails (comparaison des gains, gain annuel assuré, éventuel solde d'IJ sous déduction des remboursements à des tiers et hors périodes indemnisées par l'IJ-AI) doivent encore être réglés par l'agence, mais j'inviterai cette dernière à effectuer dans l'immédiat un acompte conséquent sur les rentes dues.

-ne serai[en]t-ce les autres pathologies ne nous concernant pas, une capacité pleine telle qu'évaluée par l' [...] n'apparaît guère possible selon l'avis de notre médecin et du soussigné et les poussées imprévisibles d'eczéma toutes les 3-4 semaines nous incitent à retenir une capacité de 75% dans une activité adaptée, rejoignant ainsi l'avis exprimé par d'autres dermatologues, notamment le médecin traitant”.

Par téléphone du 9 août 2012, la Dresse L. _____ a indiqué à la CNA que le traitement du Toctino® avait dû être arrêté, car sa patiente ne le supportait plus (nausée, palpitations, jambes gonflées).

Dans un courrier du 13 août 2012 à la CNA, la Dresse L. _____ a notamment fait état des éléments suivants :

“[...].

J'ai suivi cette patiente depuis le 07 mars 2006 en raison d'une atteinte cutanée des mains remontant à de nombreuses années, soit à 1995. Il s'agit d'un eczéma de contact avec polysensibilisation et pérennisation. La patiente ne travaille plus depuis 2002.

Avant l'épisode actuel je n'avais pas revu Madame R. _____ depuis le 02 novembre 2011. Entre-temps elle m'a demandé des ordonnances pour des traitements topiques pour ses mains.

Je l'ai revue le 06 juin 2012. Elle m'était adressée par le service de dermatologie de l'Hôpital de [...] à [...].

Un traitement per os de Toctino à la dose de 30 mg/j avait déjà été instauré à [...] depuis le 10 avril 2012.

Ce traitement semblait très efficace sur ses mains car celles-ci étaient exemptes de lésions cutanées ce jour-là. Madame R. _____ m'a dit qu'elle faisait cependant parfois de nouvelles poussées d'eczéma.

Lors de ma consultation du 06 juin passé Madame R. _____ s'est plainte de céphalées insupportables pour lesquelles de l'Irfen lui avait déjà été prescrit à l'Hôpital de [...]. Elle se plaignait également de nausées et du sentiment de gonflement de ses jambes et de ses mains.

Les examens sanguins habituels en cas de traitement au Toctino se sont révélés être dans les normes à ma consultation comme à [...].

J'ai revu Madame R. _____ le 10 juillet passé. Elle m'a alors dit qu'elle ne pouvait plus supporter la prise de Toctino. Quant aux céphalées et nausées qui allaient en s'aggravant il existait des palpitations très gênantes et inquiétantes.

J'ai donc arrêté la prise de Toctino le 10 juillet 2012.

Je pense qu'une réévaluation du cas devra être faite par mon confrère votre médecin-conseil".

Dans un rapport d'examen médical du 21 septembre 2012 faisant suite à un examen clinique de l'assurée suite à la demande de la Dresse L. _____, le Dr T. _____ a notamment fait état des éléments suivants :

"Appréciation du cas :

Cette patiente qui ne travaille plus depuis 2002 en raison d'un eczéma d'origine mixte irritatif et allergique, présente une évolution chronique marquée par des exacerbations fréquentes d'intensité variable. En raison de l'échec au traitement habituel y compris avec la balnéothérapie effectuée en début d'affection, un essai a été pratiqué avec une cure de Toctino® durant 3 mois. C'est sous la posologie de 30mg que sont apparues des migraines intenses qui ont conduit à l'arrêt du traitement. 48 heures après le sevrage, les migraines ont totalement disparu.

Sur le plan dermatologique, il n'a pas été possible d'avoir une disparition complète des poussées sous Toctino qui étaient seulement atténuées.

Dans ces conditions et vu l'état cutané actuel des mains (cf. photographies), l'introduction à une petite dose de Toctino® (10 mg), semble peu justifiée. Par contre, cela vaut la peine de conserver l'idée de le réintroduire à plus faible dose en cas de nouvelles poussées significatives.

[...]"

Par décision du 21 décembre 2012, la CNA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 33% avec effet au 1^{er} janvier 2005. Elle a exposé que selon ses investigations sur le plan médical, elle était à même d'exercer une activité sans travaux dans l'humidité ou en milieu sale ni en utilisant des détergents ou des produits chimiques. Une telle activité est médicalement exigible avec un horaire de travail normal et un rendement de 75% et lui permettrait de réaliser un salaire résiduel d'environ 2'848 fr. (part du 13^{ème} salaire comprise). Comparé au gain de 4'234 fr. réalisable sans l'atteinte à la santé, il en résulte une perte de 33%.

Par courrier du 21 janvier 2013 au nouveau conseil de l'assurée, la CNA a notamment précisé que l'information relative à la baisse de rendement de 25% se trouvait dans les pièces du dossier ou celui de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, la CNA avait remboursé directement X._____ qui avait pris en charge à tort les indemnités journalières. L'indemnité journalière n'avait pas été calculée.

Par appréciation médicale du 4 février 2013, le Dr T._____ a procédé à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Sur la base des constatations documentées dans le rapport d'examen médical du 21 septembre 2012 qui comprend des photographies des mains de l'assurée d'origine mixte irritatif et allergique d'évolution chronique pour lequel une cure de Toctino® a été introduite mais avait dû être stoppée en raison d'effets secondaires importants. N'ayant pas connaissance de nouvelles poussées significatives au travers des rapports de la Dresse L._____ depuis septembre 2012, il a conclu à une dermatose du dos des mains qui correspond à un taux de 10% selon la table 18 d'atteinte à l'intégrité LAA.

Dans le cadre de son opposition du 1^{er} février 2013, l'assurée a rappelé que la convention de procédure signée entre les parties les 26 août et 2 septembre 2010 précisait que les prestations de la SUVA seraient dues à partir de l'année 2002, l'AI ayant au demeurant fixé la date de l'incapacité de travail durable au 24 octobre 2002. Dès lors, des indemnités journalières étaient dues dès cette date jusqu'au commencement de la rente au plus tôt le 10 juillet 2012 correspondant à l'arrêt du Toctino®, son cas n'étant jusqu'alors pas stabilisé. Le traitement en question n'était pas un traitement médical au sens de l'art. 21 LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20), mais une tentative thérapeutique au sens de l'art. 19 LAA. A cet égard, elle précisait qu'elle s'opposait au remboursement des prestations à X._____, faute de cession valablement signée. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, elle conteste le taux de 75% arguant que les limitations provoquées par l'eczéma sont clairement plus importantes que celles retenues par la CNA, se référant à ce propos au rapport d'expertise

du 29 janvier 2010 de l' [...]. Par ailleurs, elle estime les DPT (descriptifs des postes de travail) pas réalistes compte tenu du fait que certains (n°9008 et 5869) sont en contact avec des produits de nettoyage appliqués sur le linge et d'autres impliquent un contact avec des instruments métalliques (N°8178) ou la manipulation de métaux (n°3396 et 6387).

Par décision du 11 février 2013, la CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à 10% ascendant à 10'680 francs.

Le 11 mars 2013, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, estimant qu'une IPAI d'au moins 30% devait lui être allouée.

Par décision sur oppositions du 28 mars 2013, la CNA a rejeté les oppositions formées par l'assurée contre ses décisions des 21 décembre 2012 et 11 février 2013.

C. Par acte de son mandataire du 2 mai 2013, R. _____ recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur oppositions précitée et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'indemnités journalières du 24 octobre 2002 au 10 juillet 2012, d'une rente d'invalidité à dire de justice à compter du 11 juillet 2012 et d'une IPAI de 30% au minimum. Elle rappelle que la convention signée en 2010 prévoyait que les prestations de la CNA seraient dues à partir de l'année 2002. Elle constate ainsi qu'aucune indemnité journalière ne lui été versée que ce soit depuis 2002 ou 2005, ce qui est contraire au droit. Elle ajoute que son cas n'était pas encore stabilisé avant l'arrêt au Toctino® le 10 juillet 2012, le Dr D. _____ ayant rappelé que toutes les options thérapeutiques n'avaient pas encore été épuisées. Il ne s'agit au demeurant pas d'un traitement médical au sens de l'art. 21 LAA, puisqu'aucune rente n'avait encore été fixée au moment de la décision de l'appliquer, mais d'une tentative thérapeutique au sens de l'art. 19 LAA dont les médecins attendaient une sensible amélioration. La recourante est d'avis que la CNA aurait dû compléter l'instruction du dossier pour déterminer si le traitement était conservateur ou avait un

effet thérapeutique. En définitive, l'assurée soutient que le début de la rente doit être fixé au plus tôt le 10 juillet 2012 date de l'arrêt du Toctino®. Par ailleurs, la recourante critique le taux d'incapacité de travail finalement retenu qu'elle estime insuffisant et le salaire invalide retenu trop élevé. Elle ajoute que le rapport d'expertise du 29 janvier 2010 met en évidence que tous les produits allergènes dont elle souffre se trouvent dans de nombreuses activités professionnelles limitant d'autant le choix d'une activité adaptée, sachant que la simple mise en présence suffit sans qu'il soit nécessaire qu'elle travaille précisément avec le produit en cause. Les DPT envisagés par la CNA ne sont dès lors pas réalistes, tandis que la baisse de rendement considérée est nettement supérieure aux 25% préconisés pour atteindre au moins 75%. Elle se réfère à ce propos à l'avis du Dr N. _____ du SMR qui avait estimé la capacité de travail exigible à 50% (comme le Dr W. _____ en 2003 déjà), laquelle restait toutefois théorique dans la mesure où seule une activité intellectuelle était envisageable laquelle n'était toutefois pas exigible en raison de son bagage scolaire et professionnel. A cela s'ajoutaient qu'en raison de nombreuses exacerbations dermatologiques entraînant des interruptions de travail, son rendement était réduit à 25-30%. Elle conteste enfin le taux de 10% de l'IPAI. Au vu de ces éléments, la recourante requiert la mise en œuvre par le Tribunal de céans d'une expertise par un expert compétent et neutre, ainsi que la mise en œuvre de débats publics avec l'audition comme témoins des médecins qui l'ont suivie et qui la suivent, ainsi que son audition.

Dans sa réponse du 12 décembre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle précise que des indemnités journalières ont été versées, se référant à cet effet au courrier du 8 août 2011 d'X. _____ revendiquant un montant de 27'723 fr. 95 au titre d'indemnités journalières versées du 19 septembre 2002 au 27 septembre 2004. S'agissant du salaire d'invalide, elle précise que le recours aux salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ne permet pas à l'assurée de prétendre à un taux d'invalidité plus élevé que celui retenu, puisqu'il en résulterait un taux d'invalidité de 32%. S'agissant de l'IPAI, elle se réfère à l'appréciation

médicale du 5 décembre 2013 du Dr T. _____ lequel confirme le taux de 10%. Elle produit un courrier du 15 novembre 2013 que le conseil de l'assurée lui a adressé et par lequel il lui transmet un lot de photographies des mains de l'intéressée tout en précisant que lors de « la prise de dites photographies, Mme R. _____ se trouvait en période de rémission. Dès lors, ces photographies ne sont pas représentatives de l'état général de la maladie de ma mandante ».

Dans sa réplique du 10 mars 2014, la recourante rappelle que la CNA ne lui a jamais versé d'indemnités journalières, ni rendu de décision dans ce sens. Elle confirme l'ensemble de ses réquisitions et produit une nouvelle série de photos de ses mains « prises dernièrement » attestant une nouvelle poussée sérieuse d'eczéma.

Dans son écriture du 2 avril 2014, l'intimée renonce à déposer formellement une duplique. Elle relève toutefois qu'entre le 28 septembre 2004 (jour suivant la fin du versement d'indemnités journalières par X. _____) et le 1^{er} janvier 2005 (début du droit à la rente), l'assurée n'a pas perçu d'indemnités journalières. L'intimée indique qu'elle n'arrive pas à expliquer cette période de carence, si ce n'est qu'elle provient d'un défaut de coordination interne. Elle se reconnaît toutefois débitrice du montant de 6'664 fr. 25 ($34h \times 16.7 \times 52 \text{ semaines} + 8.33\% \times 80\% : 365 = 70.15 \times 95 \text{ jours}$) correspondant aux indemnités journalières à verser à la recourante pour cette période et acquiesce dès lors très partiellement au recours sur ce seul point. Elle conteste que le Dr Z. _____ ait pu affirmer que l'état de la recourante aurait pu être « sensiblement amélioré » par l'introduction d'un autre traitement immunosuppresseur.

Le 14 avril 2014, la CNA a transmis une appréciation médicale du 10 avril 2014 du Dr T. _____ suite aux photographies produites par l'assurée le 10 mars 2014.

Dans ses deux écritures datées du 1^{er} mai 2014, la recourante se réfère à ses déterminations du 10 mars 2014 et prie la CNA de lui verser le montant de 6'664 fr. 25.

Sur demande de la recourante du 26 août 2015, la juge instructeur informe les parties le 28 octobre 2015 qu'après examen du dossier, il apparaît, sous réserve d'un complément d'instruction qui serait ordonné par la Cour, que la cause est en état d'être jugée. En particulier, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, elle estime qu'il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise, ni de procéder à l'audition de la recourante et de ses médecins traitants, en particulier la Dresse L._____. Un délai est fixé à la recourante pour confirmer sa requête de débats publics.

Par écriture du 10 décembre 2015, la recourante, par son conseil, indique qu'elle renonce à l'audience de débats publics.

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 sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) En l'espèce, il sied de relever que la question de la prise en charge au titre de maladie professionnelle de l'eczéma de la main présenté par la recourante depuis 2002 n'est pas contestée, puisqu'elle a été réglée dans le cadre d'une convention signée entre les parties en date du 26 août 2010, suite au rapport des Dresses G._____ et U._____ du 29 janvier 2010. Il convient toutefois de relever que les expertes ont considéré que le travail d'agent d'entretien avait entraîné une aggravation de « l'eczéma de la main » (rapport, p. 3, point 5).

Le litige porte sur, le principe du versement d'indemnités journalières (début et fin), le taux de rente, respectivement le début de son versement et le salaire avec invalidité (le salaire sans invalidité n'étant pas contesté) en lien avec la stabilisation de l'état de santé de l'assurée, ainsi que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Pour rappel, la CNA a octroyé à la recourante une rente basée sur une diminution de la capacité de gain de 33% avec effet au 1^{er} janvier 2005 et une IPAI de 10% par décisions des 21 décembre 2012 et 11 février 2013 confirmées sur oppositions le 28 mars 2013.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 9 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux; le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent (al. 1). Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée; une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un

traitement médical ou est incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA (al. 3).

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

c) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

4. En l'espèce, le litige porte d'abord sur la stabilisation de l'état de santé de la recourante, laquelle conteste le fait que l'intimée était en droit de passer au régime de la rente à compter du 1^{er} janvier 2005.

a) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été

menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

b) Il ressort du dossier que l'affection dermatologique de la recourante s'est améliorée durant le second semestre 2004, comme l'a retenu à juste titre l'intimée. Ainsi, la recourante présentait depuis 1995 environ un eczéma palmo-plantaire chronique fissuraire s'étendant par périodes au reste du tégument (abdomen, région sus-pubienne, racine des membres, flancs, dos). Dès 2002, cette affection s'est aggravée au niveau

des mains suite à la prise d'emploi de l'assurée en qualité d'agent d'entretien auprès d'A. _____ ce qui a entraîné une incapacité totale de travail depuis le 24 octobre 2002. A l'époque, la Dresse W. _____ suivait sa patiente en moyenne toutes les trois à quatre semaines, l'intéressée devant en outre effectuer une à deux fois par jour des bains antiseptiques et asséchants suivis de pommadages à l'aide de topiques relativement gras. L'assurée présentait alors de façon quasi permanente un eczéma inflammatoire, tantôt sec, tantôt croûteux, tantôt tuméfié, fréquemment aggravé par des poussées sévères avec suintement et impétiginisation (rapport du 22 décembre 2003 de la Dresse W. _____ à l'OAI). A l'époque, elle souffrait également de lésions suintantes principalement sur la face dorsale aux pieds. Toutes les thérapeutiques proposées se soldaient par un échec (corticoïdes topiques de puissance élevée associés à divers traitements émollients, à des crèmes « barrière » et à la prise d'antihistaminiques, Protopic pm 0.1%, brève corticothérapie systémique et 2 cures de balnéo-PUVA mains-pieds totalisant plus de 70 séances) (courrier du 30 juin 2003 de la Dresse W. _____ au CHUV), ce qui a nécessité un séjour au service de dermatologie du CHUV du 4 au 15 juillet 2003 pour une prise en charge intensive. Il a été mis en évidence que l'assurée souffrait d'une allergie à la colle (résine de formaldéhyde-p-tert-butylphénol) utilisée pour la fabrication des chaussures de commerce. L'OAI a finalement pris en charge l'achat de chaussures anti-allergiques par communication du 24 janvier 2005.

Dès le 2 février 2004, la recourante a été mise au bénéfice d'une évaluation professionnelle auprès de B. _____ en qualité de coursière à 50% jusqu'au 1^{er} mai 2004, date à laquelle elle a débuté une activité sur appel d'environ 3 demi-jours par semaine, soit une dizaine d'heures. Lors de la consultation du 21 juin 2004, la Dresse W. _____ constatait une importante régression de l'eczéma au cours des deux derniers mois (rapport du 8 juillet 2004), précisant que la capacité de travail devait potentiellement devenir exigible à 75 voire 100% pour l'activité en question. Cette activité a finalement dû être restreinte puis interrompue dès janvier 2005 en raison de pathologies qui ne sont pas du ressort de l'assurance-accidents, soit une HTA (hypertension artérielle),

des troubles pulmonaires, un syndrome rotulien douloureux bilatéral, des douleurs lombaires et des problèmes cardiaques. Le Dr J. _____ a ainsi attesté un arrêt de travail à 100% du 12 juillet au 29 août 2004, puis à 50% jusqu'au 27 septembre 2004 principalement motivé par une pneumonie et des crises d'asthme. La Dresse W. _____ a confirmé l'arrêt de travail à 50% compte tenu d'une poussée inflammatoire tuméfiée et suite du dos des pieds le 10 septembre 2004 (rapport du 17 septembre 2004 de la Dresse W. _____ à l'OAI, réponse à la question C.4), exposant que l'eczéma des mains était en nette régression, les mains s'avérant « parfaitement indemnes ». Elle a d'ailleurs précisé dans un rapport du 19 juillet 2005 qu'elle n'avait plus délivré d'arrêt de travail en faveur de sa patiente depuis le 20 juillet 2004, rappelant que la capacité de travail de sa patiente dans une activité de coursière était de 50 à 85% et dans une autre activité de 75 à 100%. Aucune autre mesure thérapeutique n'était prévue. L'amélioration de l'atteinte cutanée constatée par la Dresse W. _____ a été confirmée par la Dresse L. _____, nouvelle dermatologue traitante depuis le 7 mars 2006, au vu de l'absence d'un stade franchement vésiculeux (courrier du 19 avril 2006).

c) Au vu des éléments précités, il sied de retenir que depuis l'automne 2004, la recourante n'a pas présenté d'aggravation de son affection cutanée, ce qui est confirmé par ses dermatologues traitantes. On peut déduire de ces renseignements médicaux que l'état de santé de la recourante, lié à la maladie professionnelle, s'il nécessitait encore un suivi dermatologique, s'est assez rapidement stabilisé en l'absence de tout contact avec des facteurs causals. A l'automne 2004 au plus tard, soit deux ans après le début de l'incapacité de travail, il n'y avait plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Un droit potentiel à une rente de la CNA aurait déjà pu prendre naissance au cours de cette même année (art. 19 al. 1 LAA; ATF 134 V 109 consid. 4.3), ce d'autant plus que les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité étaient arrivées à leur terme le 1^{er} mai 2004. En définitive, le droit à la rente n'a pas été fixé à l'époque, car le principe de maladie professionnelle n'a été reconnu que par convention du 26 août 2010.

5. La recourante soutient cependant qu'elle aurait dû continuer à bénéficier d'indemnités journalières au-delà du 1^{er} janvier 2005, soit jusqu'à interruption du Toctino® le 10 juillet 2012, car son cas n'était pas stabilisé.

a) On relèvera tout d'abord que lorsqu'un assuré souffre d'une maladie professionnelle, comme c'est le cas en l'espèce, il continue à bénéficier de prestations pour soins et remboursement même après la fixation de la rente (art. 21 al. 1 let. a LAA). La prise en charge par la CNA du traitement Toctino® n'est donc pas litigieuse. Certes, les Dresses G. _____ et U. _____ ont évoqué dans le cadre de leur rapport du 29 janvier 2010 l'existence du Toctino®, apparu sur le marché suisse en 2010 et utilisé en cas d'eczéma grave chronique des mains, puis dans le cadre de leur complément d'expertise du 29 novembre 2011 sa possible application dans le cas de l'assurée. Selon le Dr D. _____ (appréciation médicale du 16 avril 2012), ce médicament était susceptible d'améliorer la souffrance générée par l'eczéma. Toutefois, l'assurée devait au préalable être informée qu'il comportait une substance tératogène, ce d'autant plus qu'elle présentait des facteurs de risque (obésité, HTA, asthme bronchique) (appréciation médicale du 30 avril 2012 du Dr T. _____). Les éléments précités démontrent qu'une amélioration était loin d'être acquise et que l'issue était plus qu'incertaine. L'assurée a finalement pu bénéficier de ce traitement, lequel a toutefois dû être interrompu, en raison de l'apparition de migraines intenses. Les poussées d'eczéma n'ont pas disparu, mais ont seulement été atténuées (rapport médical du 1^{er} octobre 2012 du Dr T. _____). Dans ces conditions, l'apparition du Toctino® sur le marché suisse en 2010 et son utilisation éventuelle en 2012, ne permet pas de nier, voire de remettre en cause une stabilisation de l'état de santé de l'assurée dans les années qui ont précédé, soit dès 2005.

b) Par conséquent, la CNA était fondée à fixer le droit à la rente d'invalidité au 1^{er} janvier 2005 afin de tenir compte d'une revalorisation des salaires dans la branche des nettoyages à compter de

cette date, ce qui échappe à la critique. Il convient par conséquent de se rallier au point de vue de l'intimée, sans qu'il soit nécessaire de compléter l'instruction sur ce point, comme le demande la recourante.

c) Il y a lieu toutefois de constater qu'il existe en l'occurrence une lacune de prestations ce que l'intimée a finalement admis dans le cadre de la présente procédure (cf. écriture du 2 avril 2014). En effet, la recourante n'a pas perçu d'indemnités journalières entre le 28 septembre 2004 [jour suivant la fin du versement d'indemnités journalières par X. _____; courrier du 8 août 2011 d'X. _____ à la CNA] et le 1^{er} janvier 2005 [début du droit à la rente], ce qui correspond à un montant de 6'664 fr. 25 (34h X 16.7 X 52 semaines + 8.33% X 80% : 365 = 70.15 X 95 jours) dont l'intimée se reconnaît débitrice. Sur ce point, le recours doit donc être admis.

6. La stabilisation du cas ouvre le droit de la recourante à l'octroi d'une rente d'invalidité, pour autant que son degré d'invalidité dépasse 10%.

a) La maladie professionnelle dont souffre la recourante ne l'empêche pas de reprendre une activité respectant les limitations fonctionnelles telles que décrites par les expertes G. _____ et U. _____, lesquelles ont estimé que la capacité de travail de l'intéressée était de 100% sans restriction affectant le temps de travail (cf. complément d'expertise du 29 novembre 2011, réponse à la question 2). Le Dr D. _____ n'ayant toutefois pas exclu une incapacité de travail temporaire en cas de poussées de l'eczéma s'étalant sur plusieurs jours (cf. appréciation médicale du 16 avril 2012), l'intimée a finalement fixé la capacité de travail dans une activité adaptée à 75%, ce qui est conforme à l'évaluation réalisée à l'époque par la Dresse W. _____, soit entre 75 et 100%. L'évaluation précitée réalisée en 2005 (rapport médical du 19 juillet 2005 de la Dresse W. _____ à l'OAI) – en faveur de l'assurée –, doit être retenue.

b) Il s'agit dès lors de procéder au calcul du préjudice économique et du degré d'invalidité présenté par la recourante.

aa) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n° 229 p. 977).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

bb) 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 ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 229 p. 977).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

cc) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine 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 si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause le revenu hypothétique sans invalidité. On notera à toutes fins utiles que selon les données fournies par l'ex-employeur (cf. courrier du 4 août 2011), l'assurée exerçait une activité lucrative en qualité d'agent d'entretien auprès d'A. _____ à raison de 34 heures par semaine. L'intimée a retenu une activité de 44 heures avec un salaire horaire au moment déterminant (2005) de 20 fr. 50, ce qui correspond au calcul suivant : $20.50 \times 44 = 902 \times 52 = 46'904 + 8.33\% = 50'811.10 / 12 = 4'234$ francs. Ce revenu, clairement en faveur de l'assurée, peut être confirmé.

c) 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 une activité ne correspondant pas à l'exigibilité - le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données extraites de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 240 p. 980).

En matière LAA, il est donc possible, mais non impératif, de recourir à l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Cas échéant, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, dans l'hypothèse d'un recours à l'ESS, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure 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 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

En l'occurrence, la recourante critique les DPT prises en considération par l'intimée, dont le revenu mensuel moyen est de 3'800 fr., soit 2'848 fr. si l'on tient compte de la perte de rendement de 25%. Elle estime ainsi que les postes DPT 9008 (Buanderie de l' [...]) et 5869 ([...]) nécessiteraient des produits de nettoyage et le contact avec de l'humidité, quant aux trois autres, ils impliquent un contact avec des métaux. Aucun élément ne vient toutefois confirmer ce grief, le premier poste ayant trait

au pliage de linge sec et le second à la réparation ou au recyclage d'habits défectueux. S'agissant des trois autres DPT, il s'agit essentiellement d'activités de contrôle. Etant donné les revenus fixés ci-avant, l'incapacité de gain se monte à 32.73% $([4'234 \text{ fr.} - 2'848 \text{ fr.}] \times 100 / 4'234 \text{ fr.})$, arrondie à 33%.

En tout état de cause, il convient de relever – à l'instar de l'intimée (cf. réponse du 12 décembre 2013) – que l'utilisation des données statistiques ressortant de l'ESS en lieu et place des DPT ne change rien au résultat final.

En effet, le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2005, soit 3'931 fr. 93 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4 [3'893 fr.] + renchérissement de 1% pour 2005 [cf. site de l'Office Fédéral de la Statistique]). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 (41.6), le revenu mensuel doit être majoré à 4'089 fr. 20 $(3'931 \text{ fr.} 93 \times 41,6 / 40)$, auquel il convient d'opérer une réduction de 25% pour la baisse de rendement, soit 3'066 fr. 90. Compte tenu d'une diminution de rendement de 25% (cf. supra consid. 6a), il ne se justifie pas d'appliquer un abattement au salaire statistique (TF 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1 et les arrêts cités). Etant donné les revenus fixés ci-avant, l'incapacité de gain se monte au plus à 27.56% $([4'234 \text{ fr.} - 3'066 \text{ fr.} 90] \times 100 / 4'234 \text{ fr.})$, arrondis à 28%.

Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir avec l'intimée qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Ce constat rend superflu de définir précisément des activités adaptées, ainsi que le requiert la recourante.

d) L'absence d'une occupation professionnelle perdurant depuis 2005 est à mettre en lien avec d'autres pathologies (gonalgies antérieures bilatérales sur syndrome rotulien avec morphotype en genu valga et rétraction de l'aileron rotulien externe, ainsi que syndrome broncho-obstructif chronique) dont l'AI a tenu compte, mais qui ne sont pas du ressort de l'assureur-accidents. En d'autres termes, ce n'est pas en raison seulement de son atteinte dermatologique que l'assurance-invalidité a reconnu à l'intéressée un taux d'incapacité de gain de 73%. Aux limitations liées au problème allergologique se sont ajoutées les limitations liées aux troubles somatique et pulmonaire (activité sédentaire permettant l'alternance des positions assise et debout, pas de travail nécessitant de long déplacement, pas de travail en terrain irrégulier, pas de travail dans des escaliers et des échafaudages). C'est en définitive la conjugaison de ces deux types de limitations qui a réduit à néant toute possibilité pour l'assurée de reprendre une quelconque activité. On est donc en présence de deux causes partielles – sans corrélation entre elles – qui ont contribué à l'invalidité totale. Dans un tel cas de figure, les suites de l'accident (ou de la maladie professionnelle) doivent être assumées par l'assureur-accidents pour la part du dommage uniquement imputable à l'atteinte à la santé assurée (ATF 126 V 116 consid. 3a; TFA U 357/04 cité consid. 2.2).

7. Est litigieux le taux de l'atteinte à l'intégrité subie par la recourante en lien avec la maladie professionnelle. A cet égard, la décision sur oppositions du 28 mars 2013 confirmant une décision du 11 février 2013 a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un taux de 10%. Se référant à l'appréciation de son médecin-conseil du 4 février 2013, l'intimée a ainsi retenu un dommage permanent de 10%, pourcentage correspondant à une dermatose des mains. En effet, en l'absence de poussées significatives depuis 2012, la prise en compte d'une dermatose des mains avec dissémination ne se justifiait pas. La recourante a renouvelé ses conclusions tendant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, correspondant à une dermatose des mains avec dissémination (20%) et à une aggravation prévisible (10%).

a) Selon l'art. 24 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. L'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 (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). D'après 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.

Conformément à l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité (TF 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2). Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui

perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03 du 12 janvier 2004, consid. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41, U 360/98, consid. 1).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009, in : SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; voir également Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 317 p. 1000).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. 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 ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

b) En l'occurrence, l'état de santé de l'assurée a été considéré comme stabilisé à partir de l'automne 2004. Le taux d'IPAI doit donc être déterminé à ce moment-là compte tenu d'éventuelles aggravations prévisibles et non en 2012 comme le soutient à tort l'intimée. Par conséquent, l'appréciation médicale du Dr T. _____ du 4 février 2013 se référant à un examen clinique de l'assurée du 21 septembre 2012 et qui concluait à un taux de 10% en raison d'un eczéma limité aux mains, ne saurait être suivie.

Il sied en réalité de se référer au rapport médical du 17 septembre 2004 de la Dresse W. _____ laquelle posait le diagnostic d'eczéma palmo-plantaire chronique évoluant par poussées inflammatoires depuis environ sept ans ayant tendance par périodes à la dissémination (tronc et membres). Dans le cadre d'un complément d'expertise du 29 novembre 2011, les Dresses G. _____ et U. _____ ont fixé à 20% le taux de la perte d'intégrité en se fondant sur la table 18 de la CNA, soit celle concernant les lésions de la peau (révision 2002, feuillet 18.2), laquelle prévoit précisément une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% en cas de dermatose des mains avec dissémination.

c) Au vu de la situation médicale prévalant à l'automne 2004, le taux de 20% fixé par les expertes G. _____ et U. _____ doit être retenu. Partant, le taux de 10% fixé par l'intimée ne saurait être confirmé. Certes, la recourante a également revendiqué une IPAI supérieure de 10% en se fondant sur la prévisibilité d'une aggravation. Ce grief doit

cependant être écarté, dès lors qu'aucun des médecins consultés n'a fait état d'une telle aggravation justifiant que l'assureur-accidents en prît compte équitablement en vertu de l'art. 36 al. 4 OLAA. Sur ce point, le recours doit donc être partiellement admis.

8. Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvois des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimée.

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision sur oppositions du 28 mars 2013 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que R. _____ a droit à :
 - des indemnités journalières du 28 septembre au 31 décembre 2004 ;
 - une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% en lieu et place de 10%.
- III. La cause est transmise à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents afin qu'elle calcule le montant des indemnités journalières, de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et des intérêts dus sur les arriérés, en tenant compte des prestations déjà versées.

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à R. _____ une indemnité réduite de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour R. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :