

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 février 2020

Composition : M. NEU, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

R. _____, à Crissier, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, était employée de [...] à un taux de 60%. Le 5 décembre 2013, elle s'est tordue le poignet droit en voulant dégager un colis. L'arthro-IRM a montré une déchirure étendue du ligament scapho-lunaire. Le 15 avril 2014, l'assurée a bénéficié d'une arthroscopie avec arthrotomie, capsulodèse et dénervation partielle du carpe. Elle a repris le travail à 50% le 24 septembre 2014, à 80% le 1^{er} janvier 2015, puis à 100% le 6 juillet 2015. Elle a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) le 20 mars 2015.

B. Le 28 juillet 2015, en se déplaçant sur une plage, l'assurée a fait une chute sur l'avant-bras droit et a ressenti une forte douleur à l'épaule. Elle a bénéficié des premiers soins le 8 septembre 2015 à la suite de douleurs persistantes. L'arthro-IRM, effectuée le 16 novembre 2015, a mis en évidence une tendinopathie sévère du sus-épineux et une déchirure complexe du bourrelet supérieur. L'intéressée a été en incapacité de travail à 100% dès le 12 octobre 2015. Le 11 décembre 2015, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : la CNA ou l'intimée) a admis la prise en charge des suites de cet accident.

Le 18 décembre 2015, l'assurée a subi une arthroscopie avec synovectomie, bursectomie et acromioplastie, ainsi qu'une ténodèse du long chef du biceps. Sous la rubrique « Diagnostics » du protocole opératoire rédigé par le Dr X. _____, chirurgien orthopédiste, il est fait mention d'une lésion du labrum de type SLAP de l'épaule droite et os acromial avec lésion partielle (<50%) du tendon supra-épineux droit. Ce médecin a prolongé l'incapacité de travail de sa patiente au 31 mars 2016, puis régulièrement jusqu'au 20 juin 2017, tout en lui prescrivant des séances de physiothérapie.

L'assurée et son employeur ont mis fin par convention au contrat de travail qui les liait avec effet au 28 février 2016.

Le 3 mars 2016, la mobilité du bras de l'assurée était très limitée, puisqu'elle n'arrivait pas à le lever. Dans un rapport intermédiaire du 6 avril 2016, le Dr X._____ a indiqué que les douleurs baissaient progressivement mais persistaient à l'effort et a émis un pronostic favorable pour les activités légères, mais réservé pour les activités lourdes.

Dans un rapport du 31 mai 2016, la CNA a fixé l'objectif général, pour son assurée, de trouver un nouveau poste de travail à 50 ou 60% avec un salaire équivalent à son activité habituelle avec l'aide des mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) et a indiqué, s'agissant des mesures, la poursuite du traitement médical, avec un éventuel séjour dans la Clinique romande de réadaptation de la CNA (ci-après : CRR). Cette dernière proposition a été refusée par l'assurée, appuyée par le Dr X._____ qui estimait que le traitement ambulatoire était en l'état suffisant.

Dans un nouveau rapport du 31 août 2016, le Dr X._____ a indiqué une évolution « lentement favorable, avec une baisse des douleurs nocturnes et au repos, mais persistance des douleurs à l'effort », avec un pronostic réservé pour les activités lourdes et favorable pour les activités légères.

Dans un questionnaire qui lui a été soumis par la CNA, le Dr [...], médecin d'arrondissement de la CNA, a mentionné le 24 septembre 2016 qu'en principe, la reprise de l'activité habituelle (factrice à 60%) pouvait être envisagée en l'absence de port de charges trop lourdes lors de la stabilisation de la situation et qu'en fonction de la lente évolution attestée par le Dr X._____, un séjour à la CRR lui paraissait indiqué. Au vu notamment de la bonne amélioration de son cas, l'assurée a toutefois à nouveau refusé cette dernière proposition.

Lors d'un entretien téléphonique du 20 décembre 2016, l'assurée a informé la CNA qu'elle faisait toujours de la physiothérapie,

que dans l'ensemble elle arrivait bien à bouger son bras et qu'elle avait de la peine dans ses recherches d'emploi dès lors qu'elle ne connaissait pas précisément les limitations fonctionnelles qu'elle devait observer.

B. Le 10 février 2017, l'assurée a subi un examen médical par la Dre B._____, médecin d'arrondissement de la CNA. A cette occasion, ce médecin a fait part à l'assurée du fait qu'elle préconisait un séjour à la CRR. L'assurée, toujours réfractaire à cette idée, lui a toutefois promis d'y réfléchir.

Le jour même, l'assurée a expliqué à un représentant de la CNA que son épaule droite était à nouveau enflammée après avoir aidé son époux à déménager de bureau entre Noël et Nouvel-an.

Dans une attestation du 22 février 2017, [...] a indiqué que le salaire présumable sans l'accident de l'assurée se serait élevé à 33'238 fr. 20 pour 2016 et à 33'437 fr. 70 pour 2017, treizième salaire compris, pour un taux à 60% (25 h 12).

Le 16 mars 2017, l'assurée a indiqué à la CNA qu'elle allait mieux et qu'elle avait pris la décision de ne pas se rendre à la CRR, cela d'autant que son médecin n'en voyait pas l'utilité non plus.

Il ressort du rapport de la Dre B._____, rendu le 17 mars 2017, sous la rubrique « diagnostic », que l'assurée présente une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec lésion du labrum de type SLAP, s'étendant à la portion horizontale du biceps et d'une lésion partielle du tendon supra-épineux non stabilisée. Sous la rubrique « appréciation », la médecin a indiqué que l'assurée présentait une épaule douloureuse, inflammatoire, avec une fonction extrêmement diminuée et des tests de la coiffe qui étaient très perturbés.

Dans un rapport intermédiaire du 5 avril 2017, le Dr X._____ a mentionné une évolution favorable, avec douleurs fluctuantes, mais supportables, des douleurs nocturnes en diminution nécessitant

occasionnellement un traitement antalgique, une mobilisation de l'épaule droite pratiquement symétrique, si ce n'était 10° de déficit sur tous les plans, avec un pronostic favorable pour les activités légères, réservé pour les activités lourdes, qu'il n'existait pas de circonstances particulières (telles que maladies antérieures, accidents ou circonstances sociales) pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Il a par ailleurs émis un pronostic de reprise de travail dans une activité adaptée favorable.

Le 18 mai 2017, l'assurée a à nouveau été examinée par la Dre B. _____ en présence d'une situation désormais stabilisée. Dans son rapport final du 31 mai 2017, celle-ci a pris les conclusions suivantes, sous la rubrique « appréciation » :

[...]

Subjectivement, l'assurée déclare que la mobilité de son épaule D a bien progressé depuis février 2017 avec une récupération essentiellement au niveau de la flexion et de la rotation externe, pouvant à nouveau décrocher son soutien-gorge. Il persiste néanmoins des difficultés en abduction du bras D et également pour le port de charges.

En ce qui concerne le poignet D, l'assurée ne se plaint pas de douleur mais uniquement d'un déficit de mobilité surtout en flexion palmaire.

[...]

Sur le plan médical, la situation est maintenant stabilisée avec une bonne récupération au niveau de l'épaule D qui pourrait encore s'améliorer légèrement ultérieurement avec l'emploi plus fréquent du bras D par l'assurée.

En ce qui concerne le poignet D, l'assurée a retrouvé une bonne fonction même s'il persiste un petit déficit de flexion surtout palmaire.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc retenir que l'assurée présente des limitations en ce qui concerne l'épaule D : pas de port de charges répété de plus de 5 kg, pas de mouvement répété au-dessus de l'horizontale, pas de mouvement en abduction de l'épaule droite. En ce qui concerne le poignet D, pas de mouvement répétitif du poignet en F/E, pas de port de charges lourdes régulier.

L'activité habituelle d'employé à la distribution du courrier et des colis à la Poste, qu'elle exerçait à 60% depuis 2012, n'est plus exigible. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière et à plein rendement (sans tenir compte du taux contractuel que l'assurée avait de 60%).

En ce qui concerne le poignet D, l'assurée présente essentiellement un déficit de flexion palmaire qui toutefois n'atteint pas 45°, tout comme l'assurée ne présente pas de perte de la pronation et de la supination. Dès lors, si l'on tient compte de la table 1, révision 2000, atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, les séquelles au niveau du poignet D ne donnent pas droit à un taux d'IPAI.

Par contre, au niveau de l'épaule, l'assurée présente des séquelles indemnisables selon les tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA qui feront l'objet d'une appréciation séparée.

Dans un rapport séparé, également daté du 31 mai 2017, la Dre B. _____ a évalué à 10% le taux d'atteinte à l'intégrité.

C. Par décision du 6 juillet 2017, la CNA a refusé à son assurée tout droit à une rente et a admis une indemnité de 10% pour atteinte à l'intégrité. Elle a considéré que l'intéressée pouvait mettre en valeur une pleine capacité dans une activité adaptée, tant sur le plan de l'horaire que du rendement, et que la comparaison entre le revenu réalisable sans l'accident et celui qui pouvait désormais être exigé d'elle impliquait une perte de 1.48%, insuffisante pour justifier une rente. Elle s'est fondée sur plusieurs feuilles d'enregistrement de description des postes de travail (ci-

après : DPT), tels que collaborateur de production (contrôleur, décolletage, affûtage), aide-mécanicien (monteuse de modules) et employée de garage (téléphoniste, réceptionniste).

Le 7 septembre 2017, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée, en concluant avec suite de frais et dépens à son annulation et à la reprise de l'instruction afin de déterminer son taux d'invalidité et, subsidiairement, à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière lui soit reconnu.

Par décision sur opposition du 12 septembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition, sans frais ni dépens. Elle a considéré en substance que sur une question essentiellement médicale et en l'absence d'élément contraire au dossier, il y avait lieu de faire fond sur l'exigibilité retenue par la médecin d'arrondissement et de renoncer à mettre en œuvre d'autres mesures d'instruction, que le rapport médical du 18 mai 2017 n'était pas en contradiction avec celui du 10 février 2017, que les conditions posées par la jurisprudence s'agissant de la détermination du revenu d'invalidé par le biais des DPT avaient été respectées et qu'une invalidité d'au moins 10% exigée par l'art. 18 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) n'était ainsi pas réalisée en l'espèce.

D. Par acte du 16 octobre 2017, R._____ a interjeté recours contre la décision précitée, en concluant, avec suite de dépens, principalement à ce que celle-ci soit annulée et le dossier renvoyé à la CNA pour instruction complémentaire et subsidiairement à ce qu'elle soit réformée en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu dès le 15 juillet 2015. Elle soutient en substance qu'il apparaît étonnant que l'état de l'épaule douloureuse et inflammatoire, avec une fonction extrêmement diminuée ait pu soudainement se stabiliser en trois mois, qu'en tout état de cause la CNA ne saurait considérer une activité sédentaire adaptée exigible sans lui avoir permis d'effectuer au préalable une formation complémentaire, qu'il y avait lieu d'attendre le terme des mesures de réadaptation à l'étude auprès de l'OAI pour déterminer l'étendue de l'incapacité de travail, qu'au demeurant les postes de travail

que la CNA considérait comme exigibles n'étaient pas compatibles avec les limitations du bras droit dont elle souffrait.

La CNA s'est déterminée le 18 janvier 2018.

La recourante a déposé de nouvelles déterminations le 16 avril 2018. A cette occasion, elle a produit un nouveau rapport du Dr X. _____ du 22 janvier 2018, dont la teneur est la suivante :

Anamnèse

Patiente opérée par mes soins d'une lésion post-traumatique de l'épaule droite, avec une évolution postopératoire lente, en raison d'une capsulite rétractile, mais finalement marquée par des douleurs sous contrôle au repos et une récupération fonctionnelle.

Malgré cette évolution, Madame R. _____ a toujours gardé des douleurs de l'épaule droite à l'effort ainsi qu'aux mouvements répétés, ce qui ne lui a pas permis de reprendre son ancienne activité à la poste. Suite à son licenciement, la patiente a dû s'inscrire au chômage. N'ayant pas trouvé d'emploi adapté à sa situation, Madame R. _____ est actuellement sans ressource financière, son droit au chômage ayant pris fin.

Depuis un mois, et sans épisode déclencheur, les douleurs de l'épaule droite sont en augmentation, accompagnées d'un déficit fonctionnel. La symptomatologie est à nouveau invalidante et insomnante.

L'évolution étant marquée par des douleurs qui sont persistantes, j'ai organisé une échographie de l'épaule dans le cadre du bilan lésionnel afin de refaire le point de la situation.

Status

Mobilisation épaule droit : flexion 130°, aduction 120°, RI sacrum, RE 30°. Coiffe des rotateurs non testable, mais arrive à tenir l'abduction.

Echographie épaule droite

Ténodèse du long chef du biceps compétente. Lésion partielle du tendon supra-épineux (stable par rapport à l'imagerie de 2015).

Attitude

Sur la base de l'examen clinique et de l'imagerie de contrôle, je propose de privilégier le traitement conservateur. J'encourage Madame R. _____ à mobiliser son épaule librement en adaptant ses activités aux éventuelles douleurs, avec un traitement d'ostéopathie à la demande.

Selon les pronostics de récupération de la lésion tendineuse, Madame R. _____ est à risque de développer des épisodes de décompensations douloureuses, surtout lors d'efforts, de mobilisation répétitive ou de travail avec mobilisation de l'épaule au-dessus du buste. Au vu du délai depuis l'accident, ces limitations sont à considérer comme définitives.

Dans son écriture, la recourante conteste la valeur probante de l'appréciation de la Dre B. _____ en tant qu'il s'agit d'une expertise interne à l'assurance qui ne justifierait nullement, sur le plan médical, le fait que la situation s'était stabilisée en à peine trois mois et que le nouveau rapport du Dr X. _____ du 22 janvier 2018 faisait état d'une péjoration de la symptomatologie douloureuse. Dans ces circonstances, la recourante soutient que l'intimée était à tout le moins tenue de mettre en œuvre une expertise médicale auprès d'un médecin indépendant. En ce qui concerne le taux d'invalidité retenu, la recourante soutient que les DPT que la CNA considérait comme exigibles ne seraient pas compatibles avec les limitations fonctionnelles dont elle souffrait dès lors qu'ils nécessitaient de la dextérité fine, relevant à cet égard que son poignet droit présenterait des douleurs résiduelles et une mobilité réduite.

L'intimée a déposé des observations complémentaires le 9 juillet 2018. Il a maintenu sa position, en relevant notamment la position contradictoire de la recourante, qui avait persisté à refuser un séjour à la CRR et aidé son mari à déménager son bureau. Elle a également mis en doute le nouveau rapport médical produit, dès lors que l'aggravation

subite alléguée coïncidait avec la fin des prestations de chômage, ajoutant à cet égard qu'il revenait à la recourante d'annoncer une éventuelle rechute.

La recourante a déposé d'ultimes déterminations le 29 août 2018.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. L'existence d'une atteinte, d'un accident et d'un rapport de causalité sont admis par les deux parties, tout comme le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité reconnu par la CNA, de sorte que l'on ne reviendra pas sur ces points.

3. a) La recourante oppose en premier lieu l'avis de son médecin traitant aux conclusions de la Dre B._____, médecin d'arrondissement de la CNA.

b) aa) Aux termes 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

bb) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des

règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) En l'espèce, force est tout d'abord d'admettre que l'on se trouve en présence d'un diagnostic clair, qui n'est pas remis en question et qui fait état en substance d'une lésion tendineuse et du labrum à l'épaule dont la récupération laisse subsister un déficit fonctionnel et une problématique algique. Dans son rapport final du 31 mai 2017, la Dre B._____ a indiqué que la situation était stabilisée avec une légère

amélioration possible. Elle a également indiqué que subjectivement, la patiente avait fait état d'une bonne récupération de la flexion et de la rotation externe de son épaule, avec toutefois des difficultés persistantes en abduction du bras et pour le port de charge. Quant au poignet, elle ne se plaignait pas de douleur mais uniquement d'un déficit de mobilité, surtout en flexion palmaire. Le médecin a ainsi conclu à une capacité de travail entière et à plein rendement dans une activité adaptée. On relève que la Dre B. _____ n'a pas statué sur dossier, mais a reçu l'intéressée à sa consultation en prenant la mesure d'un constat objectif, respectivement éprouvé le ressenti subjectif de l'assurée, de sorte qu'il y a lieu d'attribuer une pleine valeur probante à son rapport.

S'agissant de la contestation de la recourante liée à la stabilisation du cas sur le plan médical, force est d'admettre que les deux rapports médicaux de la Dre B. _____ tiennent compte du ressenti de l'assurée et que la péjoration ponctuelle des douleurs et de la mobilité de l'épaule en février 2017 s'explique par le port de charges effectué lors du déménagement de bureau de son époux fin 2016. La stabilisation du cas, trois mois plus tard, apparaît ainsi tout à fait vraisemblable, au vu de l'aspect provisoire de la péjoration constatée en février 2017. Le Dr X. _____, dans son rapport du 5 avril 2017, était d'ailleurs également favorable à une reprise du travail dans une activité adaptée et allait ainsi entièrement dans le sens du rapport de la Dre B. _____ du 31 mai 2017. Si le rapport du Dr X. _____ est certes intitulé « rapport intermédiaire », il en ressort implicitement que ce médecin considérait aussi, à ce moment-là, que le cas était stabilisé au regard du traitement conservateur préconisé, de l'exclusion d'un séjour à la CRR et du pronostic favorable à la reprise du travail par sa patiente. Alors que ce médecin - à l'instar de la Dre B. _____ - n'avait pas envisagé l'hypothèse d'une péjoration, il fait état, dans son nouveau rapport du 22 janvier 2018, d'une augmentation des douleurs depuis un mois, qualifiées de persistantes, sans épisodes déclencheurs, mais préconise toutefois toujours un traitement conservateur et se limite à constater - toujours à l'instar de la Dre B. _____ - l'existence de limitations fonctionnelles définitives, avec la subsistance de douleurs à l'effort. La nouvelle échographie de l'épaule

droite révèle par ailleurs une situation stable par rapport à l'imagerie de 2015. Ce rapport n'est ainsi pas de nature à mettre en cause le rapport final de la Dre B._____. Il n'en demeure pas moins qu'un avis de rechute pourrait toutefois, le cas échéant, appeler un nouvel examen du cas, ce dont l'intimée convient d'ailleurs dans le cadre de sa duplique.

Partant, alors que la poursuite d'un traitement médical *stricto sensu* n'est pas évoquée, un état stabilisé, certes encore algique et améliorabile en termes de qualité de vie par un traitement conservateur adéquat, peut être confirmé, au regard des diagnostics et des limitations fonctionnelles dûment posés. La mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'apparaît ainsi pas nécessaire, puisque les éléments au dossier sont suffisants pour statuer (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). La requête de la recourante en ce sens doit par conséquent être rejetée.

4. a) Subsiste encore la question de l'imputation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

b) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus 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 (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

bb) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré. Le revenu sans invalidité obtenu par un assuré travaillant à temps partiel au moment de l'accident est pris en compte à raison de 100 % comme s'il avait une occupation à temps complet. Pour autant, le travailleur à temps partiel devenu invalide à la suite d'un accident ne sera pas indemnisé dans la même mesure que s'il travaillait à temps complet. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs explicitement reconnu que l'assuré gravement invalide, indemnisé en fonction d'un gain assuré calculé sur la base d'une activité à temps partiel subira, concrètement, un préjudice économique - non indemnisé - à partir du moment où il serait censé exercer une activité à plein temps (ATF 119 V 475 consid. 2 ; TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 6.2.1).

cc) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office

fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

dd) Le revenu avec invalidité peut également être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). 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 tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidité, 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 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 ; TF 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). De jurisprudence constante, dans le cadre de la méthode des DPT, aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/permis de séjour et taux d'occupation, qui permettent un taux d'abattement global de 25 % au maximum sur le revenu statistique, TF 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.2) n'est possible, contrairement à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.3). En effet, dans le cadre de la méthode des DPT, les différents éléments précités doivent être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.3).

ee) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas

tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b).

c) En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimée s'est rapportée à la méthode des DPT, de nature à éprouver le constat théorique retenu.

S'agissant des limitations fonctionnelles, elles ne sont pas disputées en tant que telles, mais appellent des appréciations divergentes quant à leurs conséquences. A cet égard, la recourante n'établit toutefois pas de manière convaincante en quoi les activités retenues ne seraient pas exigibles au regard de ses limitations fonctionnelles. Or, les critères de sélection retenus par l'intimée correspondent aux limitations physiques de la recourante, privilégiant clairement des activités légères qui ne paraissent pas requérir de dextérité fine à proprement parler, à tout le moins pas dans une mesure qui ne puisse être raisonnablement attendue. Par ailleurs, le rapport médical de la Dre B._____, qui se fonde également sur le ressenti subjectif de la patiente, fait certes état d'un léger déficit de flexion palmaire du poignet droit, mais relève une absence de douleurs s'agissant de ce même poignet. On relève encore que même si les restrictions que ces activités induisent peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire, cela d'autant que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux limitations de la recourante. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu d'attendre le terme de l'étude des mesures de réadaptation qui seraient menées par l'OAI, comme le préconise la recourante. Enfin, les emplois auxquels se réfère la CNA n'exigent pas de formation spécifique, de sorte qu'une formation préalable n'apparaît pas nécessaire, contrairement à ce que soutient la recourante.

Le revenu d'invalidé calculé sur la base des DPT retenus doit par conséquent être confirmé. Il en va de même du revenu sans invalidité, à l'égard duquel la recourante ne soulève aucun grief. C'est dès lors à juste titre que la CNA a refusé de mettre la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité, puisque cette dernière ne subit aucun préjudice économique à la suite des événements accidentels des 5 décembre 2013 et 28 juillet 2015.

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 12 septembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour R. _____),
- Me Didier Elsig (pour Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :