

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3208/2011

ATAS/707/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2017

3<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ANNECY-LE-VIEUX, France,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri  
BERCHER

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1965, divorcée, mère de deux enfants, a travaillé à compter de 2006 comme réceptionniste, secrétaire et vendeuse pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'employeur).

À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) lorsque, le 30 mai 2009, elle a été victime d'un accident de moto alors qu'elle conduisait sur un circuit, en Allemagne, à près de 100 km/h. : pour une raison inconnue, l'assurée a continué tout droit dans un virage et la moto lui est tombée sur le dos, ce qui a eu pour conséquence la fracture des vertèbres D7 et D8.

2. Le 4 juin 2009, l'assurée a subi une ostéosynthèse.
3. Du 22 juin au 4 août 2009, elle a été hospitalisée à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans un rapport du 10 août 2009, ont été retenus à titre de diagnostics : des fractures *burst* des vertèbres D7 et D9, un traumatisme crânio-cérébral (TCC) léger, une spondylodèse postérieure transpédiculaire D5-D6 à D9-D10, une anémie normochrome normocytaire, une hypoesthésie de l'hémicorps gauche d'étiologie indéterminée et une hernie discale L4-L5 mise en évidence en 2008. Les comorbidités suivantes étaient mentionnées : hépatite C, hypothyroïdie fruste (probable thyroïdite auto-immune) et trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Sur le plan psychologique, des éléments de somatisation (épisodes d'hyperpnée et de malaise) étaient également relevés.

Sur le plan socioprofessionnel, l'assurée pouvait reprendre son activité à temps partiel (exécution de tâches administratives). Toutefois, en raison de sa difficulté à se déplacer en voiture et de la nécessité de poursuivre intensément la physiothérapie et la psychothérapie en ambulatoire, les médecins de la CRR ont prolongé l'arrêt total de travail jusqu'à mi-septembre 2009. Les activités en porte-à-faux, en antéflexion du tronc, le port de charges moyennes à lourdes, et les rotations répétées du tronc devaient être évités.

4. Le 18 septembre 2009, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé chez l'assurée des signes de labilité émotionnelle. La marche se faisait sans boiterie particulière. L'ébranlement était toutefois douloureux au niveau de la zone thoracique. Aucun déficit sensitif ou moteur ni syndrome pyramidal n'était relevé. Les radiographies montraient une spondylodèse par vis transpédiculaire de D5 à D10 sans problème particulier. A trois mois de l'accident, les symptômes subsistants pouvaient encore être mis sur le compte de la fracture des vertèbres D7 et D8.

5. Le 22 septembre 2009, l'employeur de l'assurée a rempli à l'intention de l'assureur un formulaire répertoriant les exigences physiques en rapport avec l'activité exercée avant l'accident.

Selon ce document, ladite activité nécessitait très souvent le port de charges très légères (jusqu'à 5 kg), le maniement d'outils légers, de la précision et des rotations manuelles. L'assurée devait parfois également porter des charges légères (entre 5 et 10 kg), soulever des charges de tout poids au-dessus du buste, travailler au-dessus du niveau de la tête et effectuer des activités impliquant des rotations. Elle devait parfois rester longtemps dans la même position. Enfin, il lui fallait parfois parcourir 50 mètres et monter des escaliers. Le port de charges moyennes (entre 10 et 25 kg) à lourdes (entre 25 et 45 kg) était rare, de même que la position à genoux ou l'escalade d'échelles. L'assurée n'était en revanche jamais amenée à porter des charges très lourdes (plus de 45 kg), manier des outils moyens, fort ou très forts, parcourir plus de 50 mètres, faire de longs trajets ou marcher en terrain accidenté. Enfin, l'équilibre et la marche en équilibre étaient partiellement nécessaires. L'usage des deux mains était indispensable.

6. Une IRM pratiquée le 18 novembre 2009 a montré des signes de fracture des corps vertébraux D7 et D8, avec un très discret résidu d'œdème intra-spongieux sans compression médullaire, une spondylodèse D5 à D10 avec vis transpédiculaires D5-D6 et D9-D10 réalisant des artéfacts de susceptibilité au niveau de la moelle épinière, une vertèbre pathologique D2, ainsi qu'une minime discopathie au niveau cervical, avec saillie ostéodiscale postérieure de C3 à C6.
7. Le Dr C\_\_\_\_\_, en date du 6 novembre 2009, a confirmé le diagnostic de fracture des vertèbres D7 et D8. L'évolution était moyenne, avec persistance de douleurs très difficiles à supporter. Un dommage permanent, sous forme de douleurs chroniques, était à craindre.
8. Dans un courrier rédigé le 5 février 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a commenté l'IRM réalisée à sa demande le 18 novembre 2009. Il a expliqué que l'œdème intra-spongieux des fractures D7 et D8 était en très nette diminution, ce qui était plutôt favorable pour une consultation (*recte* consolidation) osseuse. Il n'y avait toujours aucun problème avec l'instrumentation D5-D10. Le discret hémangiome D2 découvert fortuitement ne jouait pas de rôle significatif. La progression clinique n'était pas aussi bonne que la progression radiologique, l'assurée continuant à souffrir de douleurs que le Dr C\_\_\_\_\_ ne s'expliquait pas. Il se demandait si la remettre partiellement au travail n'aurait pas un effet thérapeutique et suggérait une reprise à 50%.
9. Le 15 février 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a informé la SUVA que l'évolution de l'état de santé de l'assurée n'était pas bonne.

- 
10. Interrogé par la SUVA, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin généraliste à Annecy et médecin traitant de l'assurée, a répondu qu'une reprise du travail, éventuellement à mi-temps, était conseillée pour améliorer l'état psychique de l'assurée. Le pronostic du traitement des troubles psychiques était bon.
  11. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été pratiquée le 8 juillet 2010.
  12. L'assurée a une nouvelle fois séjourné à la CRR, du 20 juillet au 8 septembre 2010.

À teneur du rapport établi le 4 octobre 2010, le diagnostic principal était celui de thérapies physiques et fonctionnelles pour dorsalgie persistante et syndrome post-commotionnel. Les diagnostics supplémentaires étaient les suivants : traumatisme faisant suite à un accident de la voie publique (AVP) le 30 mai 2009, avec fractures *burst* des vertèbres D7 et D8 et traumatisme crânio-cérébral léger, hernie discale L4-L5 mise en évidence en 2008, anémie normochrome, normocytaire, ferriprive anamnesticquement, infection urinaire basse, antécédents d'hypoesthésie de l'hémicorps gauche d'étiologie indéterminée, hépatite C, antécédent d'hypothyroïdie fruste et trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Sur le plan neurologique, le diagnostic de syndrome post-commotionnel avec composante psychologique et émotionnelle prépondérante et troubles cognitifs était aussi retenu.

En conclusion, les médecins de la CRR concluaient à une capacité de travail de 10% du 20 juillet au 12 septembre 2010, puis de 50% du 13 septembre au 13 octobre 2010 dans une activité légère autorisant l'alternance des positions assise et debout, à réévaluer.

13. Dans un certificat du 1<sup>er</sup> octobre 2010, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée depuis le 18 mai 2010, a attesté que la reprise à 50% de l'activité professionnelle antérieure le 13 septembre 2010 avait échoué : malgré la bonne volonté de l'assurée, ses douleurs dorsolombaires l'avaient empêchée de poursuivre. Il l'avait remise en arrêt de travail complet à compter du 27 septembre 2010, pour une durée minimale d'un mois.
14. Un nouvel arrêt de travail d'un mois a été délivré par le Dr E\_\_\_\_\_ le 18 octobre 2010.
15. Le 18 novembre 2010, l'assurée a été examinée par le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA.

À titre de diagnostics principaux, ce médecin a retenu ceux de fracture D7-D8 et de TCC léger. Il a relevé que le traitement chirurgical par spondylodèse temporaire avait été bien réalisé, avec une ablation en juillet 2010 déjà. Comme diagnostics

secondaires, le médecin a mentionné : une anémie normochrome, normocytaire ferriprive, anamnesticquement, une spondylarthrose étagée, des céphalées récidivantes, sur possible polypragmasie, des antécédents d'hypoesthésie de l'hémicorps gauche en voie de résolution, une hépatite C, des antécédents d'hypothyroïdie fruste, des troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive et des signes cliniques d'amplification/aggravation (restriction de la mobilité des épaules et de la colonne cervicale, douleurs à la percussion axiale du crâne et douleurs palpatoires diffuses à la colonne se manifestant également à la mobilisation des deux hanches).

Il a estimé que, d'un point de vue strictement somatique, une capacité de travail de 50% était immédiatement exigible et ce, jusque la fin de l'année, dans une activité légère, autorisant l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges de plus de 10 kg, ni gestes répétitifs en hauteur, ni travail de force des membres supérieurs. A partir de début 2011, une reprise du travail à temps complet, selon les mêmes modalités, serait exigible.

16. Par décision du 26 novembre 2010, l'assureur-accident a informé l'assurée qu'il continuerait à l'indemniser sur la base d'une incapacité de travail de 50% jusqu'à fin décembre 2010, étant considéré qu'elle aurait recouvré une pleine capacité de travail le 1<sup>er</sup> janvier 2011.
17. Le 21 décembre 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 100% dès le 21 décembre 2010 et de 25% dès le 10 janvier 2011.
18. Par courrier du 22 décembre 2010, l'assurée s'est opposée à la décision du 26 novembre 2010 en reprochant au Dr S\_\_\_\_\_ d'avoir procédé à un examen sommaire, d'avoir omis de mentionner que les fractures des vertèbres étaient de type *burst* et d'avoir qualifié à tort le TCC de léger. Selon elle, son rapport se bornait à constater le bon fonctionnement des articulations ; un neurochirurgien aurait été plus à même d'apprécier les conséquences du remaniement considérable de la colonne vertébrale subi. Quant aux affirmations sur l'amplification des troubles, elle les contestait, en rappelant qu'elle s'était vu prescrire la dose maximale admise de Tramal®, incompatible avec les trajets en voiture nécessaires pour se rendre à son travail (deux fois 45-60 mn/jour). L'assurée demandait que lui soit reconnue une incapacité de travail de 100%. Une reprise à 25% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 était envisageable, à réévaluer.
19. Les 10 février et 7 mars 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail réduite à 25% en raison de la persistance de douleurs cervico-dorso-lombaires et de céphalées.
20. Dans un rapport du 11 avril 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies avec céphalées. L'état de santé de l'assurée s'améliorait lentement. Le traitement, consistant en des séances de physiothérapie deux fois par

semaine et en une prise d'antalgiques (Brufen® et Tramal®), durerait encore probablement cinq à six mois. La capacité de travail résiduelle restait de 25% depuis le 10 janvier 2011.

21. Le 25 mai 2011, l'assurée a été examinée par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Ce médecin a retenu le diagnostic de syndrome post-commotionnel (F 07.2), qu'il a qualifié d'intensité légère, voire moyenne, sans influence sur la capacité de travail, mais à l'origine d'un handicap psychosocial léger.
22. Le 30 mai 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic du 11 avril 2011 et indiqué que la capacité de travail de l'assurée avait augmenté à 50% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011.
23. En date du 17 juin 2011, l'assurée a été examinée par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Ce médecin a relevé que l'évolution était défavorable s'agissant de la reprise du travail, ce qui était tout à fait inhabituel après une spondylodèse n'ayant pas laissé de séquelle architecturale majeure au niveau de la colonne vertébrale. Il considérait que l'état clinique de l'assurée était désormais stabilisé du point de vue orthopédique et préconisait une reprise de l'activité antérieure à raison de 100%.
24. Le 25 juillet 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> août.
25. Par décision du 14 septembre 2011, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assurée, en ce sens qu'elle lui a reconnu une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 17 juin 2011 afin de tenir compte des circonstances et de l'activité professionnelle.
26. Le 12 octobre 2011, l'assurée interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à ce que lui soit reconnue une capacité de travail partielle, évoluant dans le temps de la manière attestée par Dr E\_\_\_\_\_.

A l'appui de son écriture, la recourante a produit :

- un certificat du Dr E\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2011, attestant d'un syndrome algique subjectif encore présent au niveau dorso-lombaire avec des irradiations cervico-occipitales, nécessitant un traitement médicamenteux antalgique relativement lourd ; selon le médecin, cette symptomatologie était sans aucun doute en relation directe avec l'accident ; sa patiente était dans une phase de progression permettant d'espérer le recouvrement d'une pleine capacité de travail les mois suivants ;
- un rapport rédigé le 26 septembre 2011 par Monsieur H\_\_\_\_\_, physiothérapeute, décrivant notamment des contractures très importantes des muscles paravertébraux de la région dorsale entre T2 et T10 (soit D2 et D10), des tissus profonds des régions

articulaires dorsales entre T3 et T8 (soit D3 et D8) sclérosés, des articulations des vertèbres C7, T1 et T3 à T8 (soit C7, D1 et D3 à D8) hypomobiles, et l'ensemble du gril costal raide, avec certaines côtes l'étant encore plus ; le physiothérapeute a en outre relevé une perte de mobilité dans les mouvements de rotation, d'inclinaison latérale et d'extension du rachis dorsal ; il a relaté que la recourante s'était régulièrement plainte de douleurs causées par l'appui lorsqu'elle restait allongée en décubitus dorsal plus de 20 minutes ; par ailleurs, elle avait récemment présenté des signes de torticolis (raideur articulaire cervicale et contractures musculaires).

27. Le 25 octobre 2011, la recourante a encore produit un rapport rédigé le 16 octobre 2011 par Monsieur I\_\_\_\_\_, physiothérapeute, faisant état de douleurs névralgiques péricatrichielles à la palpation, infiltrats et chaleurs vers la zone opérée, douleurs à la palpation de la musculature dense au niveau du rachis et de l'abdomen, atrophies de la musculature péri-traumatique, manque d'endurance de la fonction de certains muscles et limitations des mouvements de la recourante, hypomobilité de certaines articulations, position inconfortable en décubitus dorsal avec douleurs, positions assise et debout difficiles à garder en raison de douleurs lancinantes apparaissant après 15 minutes, douleurs de type mixte du rachis dorsal et cervical associé à des épisodes de lumbagos, avec céphalées continues exacerbées le matin d'origine musculaire, et douleurs costales, basses au repos et augmentant à l'extension du rachis. Le physiothérapeute concluait que sa patiente, bien que très motivée, ne pouvait pas encore reprendre une fonction normale en raison de ses douleurs.
28. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 7 décembre 2011, a conclu au rejet du recours en alléguant, en substance, que les avis médicaux sur lesquels elle s'était fondée devaient se voir reconnaître pleine valeur probante.
29. Le 5 janvier 2012, la recourante a produit des certificats établis par le Dr E\_\_\_\_\_ en date du 8 décembre 2011, attestant d'une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 janvier 2012 et lui prescrivant des séances de physiothérapie dont l'intensité était incompatible avec une reprise du travail.
30. L'intimée a persisté dans ses conclusions par écriture du 13 janvier 2012.
31. Les 20 et 27 février 2012, la recourante a encore produit deux certificats du Dr E\_\_\_\_\_, datés des 20 janvier et 21 février 2012, attestant d'une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> au 29 février 2012, respectivement de 40% du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2012.
32. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 14 juin 2012.

La recourante a expliqué que lorsqu'elle avait tenté de travailler à plus de 60%, cela s'était traduit par une recrudescence des douleurs le lendemain, entraînant une nouvelle diminution de son taux d'activité. En accord avec son psychologue, elle

tentait d'anticiper la douleur afin d'éviter toute exacerbation. Si elle forçait, une réaction en chaîne avec douleurs et maux de tête durant trois jours se produisait.

33. Le 20 novembre 2012 (ATAS/1390/2012), la Chambre de céans, constatant que les médecins de l'intimée ne s'étaient pas prononcés sur le lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs, n'avaient pas non plus précisé si un substrat organique pouvait expliquer les douleurs en question, ni si celles-ci pouvaient être imputées à la hernie discale, à l'hémangiome caverneux, à la minime discopathie ou à la spondylarthrose, pas plus qu'ils ne s'étaient déterminés sur le *statu quo sine* ou *ante* a ordonné une expertise pluridisciplinaire, qu'elle a confiée aux docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.
34. Le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 8 juillet 2013.

Il a retenu les diagnostics principaux d'état après fracture des 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> vertèbres thoraciques (dorsales) et lésions discales TH6-TH7, TH7-TH8 et TH8-TH9 (soit D6-D7, D7-D8 et D8-D9), état après intervention chirurgicale selon Rae-Jacobs le 4 juin 2009, état après ablation du matériel chirurgical le 8 juillet 2010, état douloureux persistant en raison de séquelles osseuses fracturaires des 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> vertèbres thoraciques (dorsales), de lésions discales post-traumatiques sévères TH6-TH7, TH7-TH8 et TH8-TH9 (soit D6-D7, D7-D8 et D8-D9) et d'une lésion discale sous-jacente TH9-TH10 (D9-D10).

L'expert a retenu à titre de diagnostics secondaires ceux d'état après maladie discale dégénérative cervicale, retrouvée dans les documents médicaux mais dont l'imagerie était absente du dossier, d'état après hernie discale entre les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> vertèbres lombaires retrouvée dans les documents médicaux, d'hémangiome caverneux de la 2<sup>ème</sup> vertèbre lombaire et d'état après fracture du plateau tibial gauche. Le médecin a souligné l'existence d'un état maladif antérieur : une maladie discale dégénérative cervicale et lombaire et un état après fracture du plateau tibial gauche en 2005. S'y associait un hémangiome caverneux de la 2<sup>ème</sup> vertèbre lombaire.

S'agissant du lien de causalité naturelle, le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré que l'accident du 30 mai 2009 était la cause unique des lésions de type fracturaire traumatique des 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> vertèbres thoraciques (dorsales). Le lien de causalité entre l'accident et les fractures des 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> vertèbres thoraciques (dorsales), les séquelles osseuses des fractures des 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> vertèbres thoraciques (dorsales) et les lésions discales TH6-TH7, TH7-TH8 et TH8-TH9 (soit D6-D7, D7-D8 et D8-D9) était certain. Le lien de causalité était probable pour la lésion discale entre TH9 et TH10 (soit D9-D10). Il n'existait aucun rapport entre l'accident du 30 mai 2009 et les autres atteintes somatiques de l'appareil locomoteur. Il n'existait aucun facteur étranger qui aurait pu contribuer avec l'accident du 30 mai 2009 à l'atteinte à la santé de la

recourante. L'accident n'avait pas déclenché un processus qui serait de toute façon survenu.

La capacité de travail était de 50% en raison de l'état douloureux persistant dû aux lésions séquellaires osseuses et discales post-traumatiques. Les autres atteintes diagnostiquées n'entraînaient pas d'incapacité de travail. La capacité de travail précitée était exigible dans toute activité sans port de charges de plus de 5 kg, ni travail en porte-à-faux du corps, ni travail répétitif impliquant la partie supérieure du corps, au-dessus du niveau des épaules, ni position statique permanente. De même, le travail en hauteur (échelle, échafaudage) et sur terrain irrégulier était proscrit, tout comme la conduite professionnelle de véhicules. La possibilité de faire des pauses, si possible allongées, d'une durée de quinze minutes par tranches de deux heures de travail, devait être respectée. Un horaire de 21 heures 15 (50% de 42 heures 30 minutes) réparti à raison de 2 heures le matin et de 2 heures l'après-midi était adapté. Le travail en milieu dangereux ou l'utilisation de matières dangereuses étaient interdits en raison du type de médicaments antalgiques utilisés. L'emploi actuel, dans le respect de ces limitations fonctionnelles, était adapté, de même que tout emploi de vente, de représentation ou de secrétariat. La capacité de travail devrait être réévaluée en cas de chirurgie de stabilisation rachidienne, afin de prendre en charge le syndrome douloureux séquellaire. Il n'y avait pas de diminution de rendement dans le cadre ainsi défini.

S'agissant de l'incapacité de travail passée, elle avait été totale du 30 mai au 30 novembre 2009 et du 8 juillet 2010 au 30 septembre 2010. On pouvait l'évaluer à 50% au minimum du 30 novembre 2009 au 8 juillet 2010, en fonction de l'évolution des radiographies du rachis thoracique. La capacité de travail définie par le Dr E\_\_\_\_\_ était adaptée.

Le pronostic global était mauvais. Il était possible d'observer dans le futur une diminution de la capacité de travail. En effet, du point de vue osseux et discal, il n'y avait pas d'amélioration spontanée à attendre. En revanche, une prise en charge chirurgicale permettrait une probable diminution des douleurs, avec une possibilité d'amélioration de la capacité de travail.

Compte tenu du diagnostic et de la situation de la recourante, le Dr J\_\_\_\_\_ préconisait une spondylodèse antérieure avec cage et/ou vertébrotomie avec instrumentation postérieure sur trois niveaux, dont l'efficacité sur la douleur était bonne.

35. Le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 28 juin 2013, sur la base de deux entretiens avec la recourante. Le diagnostic retenu était celui de syndrome post-commotionnel (F 07.2). La symptomatologie présentée, survenue après un traumatisme crânien ayant provoqué une perte de connaissance, s'inscrivait dans un syndrome post-commotionnel (céphalées, fatigue, fatigabilité, difficultés de concentration,

difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, diminution de la tolérance au stress). Typiquement, ces symptômes pouvaient être accompagnés par des sentiments dépressifs ou anxieux résultant de la perte de l'estime de soi. L'appréhension et la retenue décrites dans les différents rapports neuropsychologiques, tout comme l'anxiété, rentraient dans le contexte du syndrome post-commotionnel et ne justifiaient pas un diagnostic psychiatrique à part. Il n'existait pas de symptomatologie de type post-traumatique, ce qui était cohérent avec la perte de connaissance. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité. Sous l'angle psychiatrique, la recourante ne présentait pas de pathologie significative en dehors des séquelles du traumatisme crânio-cérébral. Son évolution psychique était marquée par un état anxio-dépressif, sans aucun doute réactionnel dans un premier temps, constaté durant le séjour à la CRR. Cette phase avait été suivie par l'intégration mentale progressive du handicap physique, des douleurs chroniques et du fléchissement des fonctions cognitives. L'expert psychiatre a reconnu un lien de causalité probable entre les conséquences de l'accident (anxiété concernant l'évolution et l'avenir hypothéqué pour des motifs physiques, deuil de ce qui a été perdu, médication antalgique, douleurs chroniques, etc.) et le syndrome post-commotionnel, notamment au motif qu'il n'existait pas de prédisposition.

Au plan psychiatrique, l'activité lucrative adaptée, telle celle que la recourante exerçait désormais, était exigible à 75% en raison de la baisse du rendement liée au fléchissement des fonctions cognitives. S'agissant du pronostic, la situation ne risquait plus de changer fondamentalement et on pouvait raisonnablement penser que la capacité de travail future de la recourante correspondait à sa capacité actuelle.

36. Dans son rapport du 28 juin 2013, le Dr K\_\_\_\_\_ a quant à lui diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral de degré léger ou commotion cérébrale. Selon lui, les céphalées n'étaient pas séquellaires à l'accident. Le diagnostic le plus vraisemblable était celui de céphalées de tension. Une composante migraineuse n'était pas exclue. En d'autres termes, près de quatre ans après un TCC mineur, le tableau neurologique présenté (des céphalées épisodiques) ne pouvait être mis en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Les anomalies significatives mises en évidence par le bilan neuropsychologique (perturbations attentionnelles, fléchissement exécutif avec altération de l'inhibition, notamment motrice, de la flexibilité et de l'activation en fluence verbale littérale ; mémoire de travail abaissée, proche de la limite inférieure des normes, rappel différé dans une tâche de mémoire épisodique et mémoire visuelle à la limite inférieure des normes) contrastaient et surprenaient, la recourante n'ayant pratiquement pas de plaintes au plan cognitif.

Une relation de causalité entre les troubles neuropsychologiques mis en évidence par l'examen effectué et l'accident semblait très peu vraisemblable. En effet, il s'agissait d'un traumatisme crânien mineur, sans complications, sans anomalies documentées à l'IRM cérébrale. Un tel événement ne pouvait en soi provoquer d'atteinte cognitive à long terme. Les troubles neuropsychologiques décrits dans le syndrome post-commotionnel guérissaient dans la très grande majorité des cas en l'espace de trois mois. Un syndrome post-commotionnel dit persistant, durant au-delà de trois mois, devait être considéré comme une affection non somatique, sans lien de causalité probable avec un traumatisme crânien cérébral mineur. Cette affirmation était d'autant plus valable dans le cas de la recourante, dont l'accident remontait à plus de quatre ans. Il était en général admis que les symptômes post-commotionnels persistants étaient dus à des facteurs multiples : personnalité prédisposée, vie stressante, état psychiatrique, abus de certaines substances, comorbidité avec douleurs, dépression, état de stress post-traumatique, litige, exagération ou simulation, erreur d'attribution ou réponses influencées. Dans le cas de la recourante, la forte consommation de Tramadol semblait une explication plausible. Le Dr K\_\_\_\_\_ a également relevé l'absence de complications neurologiques de la fracture dorsale. Aux plans clinique et neuroradiologique, il n'y avait jamais eu d'élément en faveur d'une atteinte médullaire. Quant à la symptomatologie sensitive de l'hémicorps gauche, une cause organique n'avait jamais pu être mise en évidence. Le Dr K\_\_\_\_\_ a ainsi confirmé que le lien de causalité entre les atteintes relevées était seulement possible sur le plan neurologique. Les facteurs étrangers ayant contribué à l'atteinte étaient des céphalées de tension. Il s'agissait là d'une pathologie d'origine psychogène, et l'accident du 30 mai 2009 et ses conséquences physiques et psychologiques avaient très vraisemblablement participé à l'augmentation des céphalées préexistantes. On pouvait admettre que la recourante avait présenté des céphalées post-traumatiques après TCC léger pendant 6 mois, avec retour au *statu quo sine* dès le 30 novembre 2009. Les céphalées de tension n'étaient pas handicapantes. Sur le plan neurologique la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement. Au plan neurologique, le pronostic était excellent.

37. Dans un document intitulé « consensus d'expertise pluridisciplinaire », les extraits des passages de chaque expertise concernant notamment les diagnostics, la capacité de travail, le lien de causalité et le pronostic ont été reproduits. Il a également été expliqué que les discordances entre l'avis psychiatrique et neurologique n'avaient pas de conséquences sur les conclusions globales, car les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique étaient comprises dans celles retenues sur le plan traumatologique.
38. Le 9 septembre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions.
39. L'intimée, pour sa part, a invoqué l'avis du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin auprès du service de médecine des assurances,

pour conclure à l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_. Se référant pour le surplus aux avis médicaux qui avaient fondé sa décision sur opposition, elle a persisté dans les termes de celle-ci.

En substance, le Dr M\_\_\_\_\_ a contesté la nature interdisciplinaire des expertises. S'agissant en particulier de l'expertise orthopédique, le Dr M\_\_\_\_\_ a critiqué l'anamnèse et les conclusions tirées par le Dr J\_\_\_\_\_ de l'analyse de l'imagerie radiologique. Il a émis l'avis que l'expert avait comparé deux images non comparables. Selon lui, les différents clichés successifs effectués chez la recourante au décours des fractures en utilisant les méthodes usuelles de mesures d'angulation ne montraient pas d'aggravation des fractures. Dès lors, l'affirmation selon laquelle la consolidation n'était pas acquise en 2010 ne reposait sur aucun élément probant. Quant aux hernies discales, le Dr M\_\_\_\_\_ a relevé qu'elles étaient discales et intra-spongieuses et précisé que de telles hernies sont en général asymptomatiques. Le Dr M\_\_\_\_\_ a critiqué plusieurs affirmations du Dr J\_\_\_\_\_, ajoutant que, dans la mesure un diagnostic psychique avait été posé, il aurait fallu discuter l'existence d'un signe de Lhermitte. En outre, il aurait fallu, selon lui, procéder à un dosage médicamenteux afin de vérifier la compliance de la recourante à la thérapie antalgique. Enfin, le Dr M\_\_\_\_\_ a reproché à l'expert de ne avoir expliqué les raisons de la réduction de la capacité de travail à 50% chez une assurée ne souffrant pas au repos et capable de se déplacer à moto.

40. Par écriture du 18 novembre 2013, la recourante a soutenu que le rapport d'expertise judiciaire devait se voir reconnaître pleine valeur probante.
41. Par écriture du 4 décembre 2013, elle a en outre complété ses conclusions en demandant que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières de 100% du 27 septembre au 20 décembre 2010, de 75% du 21 décembre 2010 au 30 avril 2011, de 50% du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 29 février 2012, de 40% du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2012, de 60% du 1<sup>er</sup> mai au 30 août 2012, de 50% du 1<sup>er</sup> au 27 septembre 2012, de 100% du 28 septembre au 14 octobre 2012, puis une rente d'invalidité de 50% dès le 15 octobre 2012.
42. Le 18 décembre 2013, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.
43. Invité à répondre aux critiques émises à l'encontre de son rapport, le Dr J\_\_\_\_\_ s'est prononcé le 23 juillet 2014. Il a notamment contesté avoir comparé deux images différentes, expliquant que si elles n'étaient pas orientées de la même façon, cela découlait du choix du technicien ayant réalisé l'imagerie mais ne changeait rien au résultat : le contour de la vertèbre restait identique, quel que soit le sens de la projection de l'image. Il a contesté la méthode de comparaison appliquée par le Dr M\_\_\_\_\_ et allégué qu'un choix inadéquat de la méthode de mesure entraînait une sous-évaluation de la gravité des lésions. S'agissant des hernies discales intra-spongieuses, il a indiqué qu'elles étaient bel et bien douloureuses chez la

recourante ; cela s'expliquait par l'effondrement du plateau de la vertèbre suite à la fracture et non par une maladie. Selon lui, l'appréciation du Dr M\_\_\_\_\_ reposait sur une mauvaise compréhension de la problématique chirurgicale, marquée par l'utilisation du terme de spondylodèse. Les autres arguments du Dr M\_\_\_\_\_ relevaient de la psychiatrie.

44. Par écriture du 19 août 2014, la recourante a répété que l'expertise et les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, fondées sur un examen clinique plutôt que sur le seul examen du dossier, devaient se voir reconnaître une pertinence supérieure.
45. Le Dr M\_\_\_\_\_ s'est déterminé une nouvelle fois le 14 octobre 2014 en contestant la thèse du Dr J\_\_\_\_\_, qualifiée d'erronée.
46. Le 27 octobre 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
47. Le 17 novembre 2014, l'intimée a produit un rapport rédigé le 17 juin 2014 par le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, après qu'il a examiné la recourante pour un second avis.

L'examen clinique révélait une discrète cyphose localisée, peut-être de petites protrusions discales pouvant entrer en conflit avec le ligament longitudinal postérieur, mais aucun signe d'instabilité. La recourante n'avait jamais bénéficié de prise en charge antalgique, notamment d'infiltrations de cortisone. Le Dr N\_\_\_\_\_ n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, qui préconisait une intervention chirurgicale.

48. Le 25 novembre 2014, la recourante a requis que le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ soit écarté de la procédure et sollicité l'audition du Dr J\_\_\_\_\_. Pour le surplus, elle a précisé travailler toujours à 50%, selon la prescription de son médecin traitant.
49. Le 9 juin 2015, la recourante a requis que les appréciations du Dr M\_\_\_\_\_ des 11 novembre 2013 et 20 (*recte* 28) mai 2015 soient écartées de la procédure.
50. La Chambre de céans lui a rappelé qu'en matière d'assurances sociales, les documents produits hors délai n'avaient pas à être écartés du dossier.
51. Le 30 juin 2015, la Chambre de céans a ordonné une nouvelle expertise orthopédique et psychiatrique et commis, à cette fin, les docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.

En effet, si le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ correspondait en tous points aux réquisits jurisprudentiels au plan formel et sur le fond, il n'en allait pas de même des rapports des Drs L\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, lesquels présentaient des carences formelles, des contradictions et un manque de précision. Par ailleurs, les experts n'avaient effectivement pas procédé à une appréciation consensuelle du cas.

52. Le 11 février 2016, le Dr Q\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travail due à une intolérance aux opiacés et antidouleurs, en soulignant qu'il s'agissait là d'un élément nouveau dont il convenait d'informer les experts.
53. Par courrier du 17 février 2016, la Chambre de céans a informé la recourante que le certificat médical du 11 février 2016 serait transmis aux experts, quand bien même il n'était pas pertinent, dès lors qu'il concernait un fait postérieur à la décision litigieuse.
54. Le 24 mai 2016, le Dr O\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise orthopédique.

Il y résume les pièces du dossier et procède à une anamnèse, puis relate que la recourante se plaint principalement de douleurs persistantes au niveau dorsal, avec irradiation latérale bilatérale dépendant de la mobilisation. Ces douleurs l'empêchent de porter de lourdes charges, d'effectuer des tâches avec les membres supérieurs au-dessus du niveau de la tête et d'exercer à plus de 50% son activité habituelle.

A l'issue de l'examen clinique, le Dr O\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants : fractures consolidées de D7 type AO A1 et de D8 type A0 A4 avec status post-spondylodèse postérieure transpédiculaire de D5 et D6 à D9 et D10 le 4 juin 2009 et status post-ablation complète du matériel de spondylodèse postérieure le 8 juillet 2010 et tendinopathie du muscle sus-épineux de l'épaule droite avec lésion partielle du côté articulaire, d'origine dégénérative.

L'expert a relevé qu'avant l'accident, la recourante ne présentait aucune lésion traumatique ou malade symptomatique au niveau de la colonne vertébrale. L'accident du 30 mai 2009 était ainsi la cause unique certaine des atteintes à la santé physique de la recourante. Le traitement des fractures par spondylodèse postérieure était adapté et avait été effectué dans les règles de l'art. Il en allait de même de l'ablation du matériel. Le résultat radiologique était d'ailleurs conforme à ce qui était attendu.

Les douleurs et limitations fonctionnelles de la recourante étaient à mettre en relation avec la morbidité de la voie dorsale utilisée pour effectuer la spondylodèse. Selon une étude scientifique effectuée auprès de 528 patients ayant bénéficié d'une spondylodèse par un abord dorsal à la colonne vertébrale, 56,7% des patients n'avaient aucune douleur ou morbidité liée à l'abord postérieur de la colonne vertébrale, 33,8% des patients recontraient de légères difficultés quotidiennes, 6% des difficultés fréquentes avec des limitations fonctionnelles légères, 1,5% des difficultés sévères et fréquentes, respectivement des limitations fonctionnelles importantes et un patient présentait des limitations fonctionnelles invalidantes. Des douleurs et limitations fonctionnelles telles que celles présentées par la recourante étaient occasionnées chez une minorité de patients par la morbidité d'accès inhérente à une spondylodèse dorsale.

En raison des atteintes précitées, l'expert retenait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 10kg, même occasionnellement, pas de port de charges légères (5-10kg) de façon itérative, ni de soulèvement itérativement de telles charges au-dessus du buste, pas de maniement d'outils nécessitant une forte force, pas de travail debout et penché, travail au-dessus de la tête possible occasionnellement et de façon non prolongée, pas de station debout ou assise prolongée (plus d'une heure et demie), pas de conduite professionnelle de véhicules, pas de marche sur de longs trajets et d'escalade d'échelles.

Compte tenu de toutes ces limitations, la capacité de travail était réduite à 60% dans l'activité actuelle et à 70% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. L'incapacité de travail durable, identique à l'état lors de l'expertise, était survenue au plus tard à 31 mois post-opératoires, soit le 30 décembre 2011. Le Dr O\_\_\_\_\_ n'était toutefois pas en mesure de se prononcer sur l'évolution du taux de la capacité de travail entre le 30 mai 2009 et le 30 décembre 2011. En revanche, pour le futur, il était très probable qu'elle reste identique.

Quant à elle, la tendinopathie du muscle sus-épineux avec lésion partielle du côté articulaire à l'épaule droite, d'origine dégénérative, ne limitait pas la capacité de travail de la recourante et n'entraînait aucune diminution de rendement.

L'atteinte à l'intégrité était de 20%.

Enfin, le Dr O\_\_\_\_\_ a expliqué pour quels motifs il s'écartait de l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ et, sur certains aspects, de celle du Dr M\_\_\_\_\_.

55. Le Dr P\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise en date du 21 juillet 2016.

Après avoir résumé le dossier médical et le dossier administratif de la recourante, réalisé une anamnèse détaillée et procédé à un examen clinique ainsi qu'à des consiliations avec le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à la consultation multidisciplinaire de la douleur, le 29 juin 2016, et avec le Dr E\_\_\_\_\_, le 4 juillet 2016, le Dr P\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : Axe I : trouble à symptomatologie somatique, avec douleur prédominante, chronique, léger F45.1 (300.82) et trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive (antécédents) F43.23 (309.28) ; Axe II : autre trouble de la personnalité spécifié, décompensé F60.89 (301.89) ; Axe III : fracture D7-D8 avec léger traumatisme crânio-cérébral en mai 2009 (TCC) ; Axe IV : accident du fils en septembre 2006, rupture affective en 2007, départ du fils de la maison en 2008, accident en mai 2009 et décès de la mère de la recourante fin 2012.

L'expert a précisé que le trouble à symptomatologie somatique (Axe I) correspondait surtout à une amplification des douleurs faisant suite à un accident, dans la localisation anatomique de la lésion, sur une base de surcharge psychogène, non reconnue par la recourante mais évidente avec un cumul de *life events* de nature

affective, notamment depuis la fin de l'année 2006. En lien avec le trouble de la personnalité spécifié, décompensé (Axe II), le Dr P\_\_\_\_\_ relevait le fait que les défenses de la recourante, caractérisées par une banalisation, un refoulement, voire un déni, l'empêchaient de s'engager pleinement dans un processus thérapeutique bénéfique. Dans ce contexte également, la mise en avant inconsciente de défenses psychosomatiques était également à la base du tableau somatoforme algique persistant chez une personnalité à traits alexithymiques.

Avant l'accident assuré, la recourante n'était pas connue pour une décompensation psychique significative et durable ayant motivé des soins, un suivi ou une incapacité de travail. Des traits prémorbides de la personnalité et une fragilité préexistants avaient toutefois prédisposé la recourante à une décompensation avec le cumul de facteurs de surcharge psychogène. L'accident assuré était ainsi une des causes de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, le lien de causalité était partiel et pouvait être estimé à 50%. Cela signifiait qu'en l'absence de cet accident, la recourante aurait également pu développer un trouble douloureux persistant, toutefois de moindre gravité. A partir de 2011, les facteurs étrangers étaient toutefois devenus prépondérants dans le maintien de la pathologie douloureuse.

Le Dr P\_\_\_\_\_ préconisait un traitement antidépresseur, lequel avait toutefois été refusé jusqu'à présent par la recourante et, dans tous les cas, la poursuite de la psychothérapie même après la fin de la relation avec le Dr R\_\_\_\_\_ en raison de la retraite de celui-ci.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr P\_\_\_\_\_ était d'avis que la recourante pouvait difficilement travailler plus de 50% à sa place actuelle. Toutefois, en utilisant la réserve thérapeutique, la capacité de travail pourrait être augmentée à 60-70% dans les trois mois dès le début de la prise du traitement antidépresseur.

Enfin, le Dr P\_\_\_\_\_ retenait une atteinte à l'intégrité de 20%, recouvrant celle admise par le Dr O\_\_\_\_\_.

56. Par courrier du 27 juillet 2016, la Chambre de céans a invité les experts à se concerter et à lui remettre une appréciation globale dans les meilleurs délais.
57. Le 4 août 2016, le Dr P\_\_\_\_\_ a résumé en quelques mots les expertises précitées et indiqué que leurs conclusions communes étaient les suivantes : capacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 1<sup>er</sup> octobre 2016, avec un rendement à 100%, capacité de travail de 65% à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2016 avec un rendement à 100%. L'emploi actuel était considéré comme étant une activité adaptée. Quant à la perte d'intégrité, elle s'élevait à 20%.
58. Par courrier du 22 août 2016, le Dr O\_\_\_\_\_ a confirmé que les conclusions du Dr T\_\_\_\_\_, explicitées dans son courrier du 4 août 2016, avaient été prises de manière coordonnée et conjointe.

59. Par écriture du 28 octobre 2016, l'intimée a reproché à l'expertise un défaut de valeur probante.

Se fondant une fois encore sur un avis du Dr M\_\_\_\_\_, elle reproche aux experts de n'avoir pas rendu de rapport conjoint et d'avoir pris des conclusions contradictoires sur la capacité de travail et le degré de l'atteinte à l'intégrité, lesquels ne peuvent résulter, selon elle, que de deux causes différentes, l'une physique et l'autre psychique. L'intimée a également déploré que les questions usuelles en matière de trouble somatoforme douloureux n'aient pas été posées aux experts.

60. La recourante s'est prononcée par courrier du 18 octobre 2016.

Elle allègue qu'elle ne pourra trouver d'activité à temps partiel offrant de meilleures conditions que son emploi actuel, adapté à ses handicaps et en tire la conclusion que, dans le meilleur des cas, son incapacité de travail sera de 40%.

Elle demande si l'expert orthopédiste « pourrait accepter la poursuite d'un certain nombre de séances de physiothérapie passive ».

61. Par courrier du 8 novembre 2016, la Chambre de céans a demandé aux experts de répondre aux questions complémentaires des parties et de se déterminer suite à l'avis émis par le Dr M\_\_\_\_\_.

62. Les Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont répondu par courrier du 5 décembre 2016.

Ils ont d'abord expliqué que si aucun dosage plasmatique n'avait été réalisé dans le cadre de l'expertise psychiatrique, c'est parce que la recourante n'était pas sous traitement psychotrope, puis ils ont détaillé la procédure suivie : dans un premier temps, le Dr O\_\_\_\_\_ a examiné la recourante, puis il a adressé son rapport au Dr P\_\_\_\_\_, qui l'a résumé ; les experts ont également échangés plusieurs courriels et se sont entretenus à de nombreuses reprises par téléphone avant d'aboutir à leurs conclusions consensuelles résumées, au nom des deux experts, par le Dr P\_\_\_\_\_, dans son courrier du 4 août 2016. Les experts relèvent que cette procédure est usuelle et logique étant donné que le diagnostic psychiatrique, dans le contexte de troubles à composante corporelle, tels que les troubles somatoformes douloureux, est une approche d'exclusion et ne peut être posé sans savoir au préalable si un substrat organique est présent. Dans le cas de la recourante, l'expert orthopédiste a mis en évidence une lésion organique. De son côté, l'expert psychiatre a constaté qu'une nette surcharge psychogène aggravait la perception de la douleur.

La capacité de travail purement psychique a été de 50% dès le 1<sup>er</sup> mai 2010 et est inférieure à celle retenue par le Dr O\_\_\_\_\_, lequel n'a tenu compte que de l'atteinte organique. La surcharge psychogène a toutefois ajouté d'autres limitations fonctionnelles incapacitantes ; vu la combinaison entre atteintes physiques et psychiques, l'incapacité de travail la plus élevée a été retenue. La capacité de

travail est toutefois susceptible de s'améliorer pour atteindre 60 à 70% sur le plan psychiatrique en prenant en considération la réserve thérapeutique. Du point de vue orthopédique, la capacité de travail est également de 70%. Après concertation, les deux experts sont arrivés à la conclusion que la capacité de travail avait été de l'ordre de 65% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016.

Concernant la possibilité pour la recourante de trouver un emploi à temps partiel offrant de meilleures conditions que son poste actuel, les experts ont renvoyé au rapport du Dr P\_\_\_\_\_, qui souligne que la perte de l'emploi actuel impliquerait une phase d'adaptation et de réhabilitation difficile, qui, même en cas de succès, n'aboutirait probablement pas à de meilleures conditions que celles offertes actuellement. Au contraire, la capacité de travail risquerait de diminuer, en fonction de l'emploi, à 40-50%.

Les experts, répondant aux questions des parties, ont en outre précisé que :

- l'évolution des troubles ne dépendait pas des facteurs psycho-sociaux ou socio-culturels, mais de l'environnement relationnel et affectif de la recourante, à savoir : sa motivation et son caractère de battante, l'utilisation de la réserve thérapeutique, le fait de ne pas être liée à son employeur par une relation affective (influence positive) et un éloignement de sa fille ainsi que la fin de la psychothérapie sans nouveau suivi équivalent ou supérieur (influence négative) ;
- les capacités fonctionnelles de la recourante n'étaient pas spécifiques à la place occupée depuis 14 ans mais pouvaient être actualisées ailleurs en tenant compte d'une phase d'adaptation ; l'expert psychiatre suggérait que l'emploi du temps de l'assurée soit organisé différemment (divisé en une tranche matinale et une tranche l'après-midi, ce qui permettrait la diminution de la fatigue et une récupération) ;
- l'impact de l'accident était surtout algique et limitait certains mouvements tels que le port de charges ; les douleurs étaient également associées à une fatigue et une fatigabilité, un besoin accru de repos, voire à une atteinte cognitive surtout en cas de céphalées ; l'accident était un facteur parmi d'autres dans le développement et le maintien des limitations fonctionnelles (responsabilité de 50%).

L'atteinte à l'intégrité s'élevait à 20%, étant précisé que, d'un point de vue purement psychique, elle aurait été de 10% au plus.

Les experts ont ajouté ne pas être opposés à la poursuite d'un certain nombre de séances de physiothérapie par année, notamment dans le but de contrôler les exercices effectués à domicile et en réserve, en cas de crises de contractures aiguës. D'un point de vue psychiatrique, la physiothérapie était même indiquée.

Enfin, il n'y avait aucune indication à une chirurgie de correction au niveau du rachis ; au contraire, elle pourrait aggraver l'état de santé de la recourante.

63. Le complément des experts a été soumis aux parties pour observations.

64. Le 12 janvier 2017, la recourante s'est formellement opposée à la production d'une nouvelle appréciation médicale émanant de l'un ou l'autre des médecins de la SUVA.
65. Le 13 janvier 2017, la Chambre de céans a attiré son attention sur le fait qu'elle ne saurait s'opposer à la production d'un tel document, dont la valeur probante serait examinée au regard des normes législatives et jurisprudentielles applicables. Une appréciation des médecins de la SUVA ne constituait pas un rapport d'expertise au sens propre mais un simple avis médical supplémentaire.
66. Par courrier du 17 janvier 2017, l'intimée a produit une nouvelle appréciation du Dr M\_\_\_\_\_, datée du 16 janvier 2017, et persisté dans ses conclusions. Cela étant, elle a indiqué accepter la prise en charge de deux cycles de physiothérapie par année, en plus de l'auto-thérapie.

Le Dr M\_\_\_\_\_ continue à se montrer sceptique quant à l'existence de facteurs – psychologiques ou somatiques – limitant la capacité de travail. Selon lui, il est toujours difficile de distinguer clairement les conséquences des troubles psychiques de celles des atteintes somatiques, alors même que la question de la relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident demeure ouverte. Le Dr M\_\_\_\_\_ émet également des doutes quant aux diagnostics retenus (atteinte musculaire séquellaire de la voie d'abord chirurgicale et troubles somatoformes douloureux), selon lui fortement distincts et médicalement presque opposés, retenus sur la base de la même symptomatologie rachidienne. En résumé, il estime qu'il reste difficile de se faire une idée précise de la situation médicale de la recourante, étant donné que des facteurs psychologiques et somatiques semblent fortement imbriqués.

67. La recourante s'est déterminée le 8 février 2017.

Elle conclut au versement des indemnités journalières suivantes :

- 100% du 27 septembre au 20 décembre 2010 ;
- 75% du 21 décembre 2010 au 30 avril 2011 ;
- 50% du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 29 février 2012 ;
- 40% du 1<sup>er</sup> mars 2012 au 30 avril 2012 ;
- 60% du 1<sup>er</sup> mai 2012 au 30 (recte 31) août 2012 ;
- 50% du 1<sup>er</sup> septembre au 27 septembre 2012 ;
- 100% du 28 septembre au 14 octobre 2012 et
- 50% du 15 octobre 2012 au 30 septembre 2016.

Par ailleurs, elle demande le versement d'une rente d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016.

Enfin, elle sollicite la prise en charge des médicaments et séances de physiothérapie nécessitées par l'accident du 30 mai 2009 et le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%.

68. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ayant déjà été examinées dans les ordonnances d'expertise, il suffit d'y renvoyer.
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée à mettre un terme au versement de l'indemnité journalière à la recourante avec effet au 31 décembre 2010, singulièrement, sur l'existence d'une incapacité de travail au-delà de cette date.
3. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C\_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). Par ailleurs, la notion du lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte prédominant en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1).

---

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n°U 341 p. 408 consid. 3b).

c/aa. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En d'autres termes, en cas d'atteintes objectivables du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). A noter qu'on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133

---

consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). A noter qu'en cas de traumatisme crânio-cérébral, l'atteinte subie par l'assuré doit se situer à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_476/2007 du 4 août 2008 consid. 4.1.3 et 8C\_270/2011 du 26 juillet 2001 consid. 2.1 et les références citées). Lorsque la pratique susmentionnée en matière de coup du lapin ou traumatisme analogue ne trouve pas application, il y a lieu d'examiner la situation au regard des principes en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_310/2011 consid. 3).

c/bb. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles

notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident

---

se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

c/cc. En matière d'accidents de moto, la jurisprudence a classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, *stricto sensu* : la chute, dans un virage, de la passagère d'une moto qui circulait sur une voie mouillée à une vitesse d'environ 50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_9802/2010 du 6 avril 2011 consid. 5.1), la collusion entre une moto avec un véhicule, arrivant en sens inverse, qui a bifurqué (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_726/2007 du 16 mai 2008 consid. 4.3.1 et 4.3.2), la collision entre une moto circulant hors localité à une vitesse d'environ 60-70 km/h, avec un véhicule bifurquant à gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances / 78/07 du 17 mars 2008 consid. 5.1), la collision entre une moto remontant une file à 50 km/h et une voiture bifurquant subitement à gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 115/05 du 14 septembre 2005 consid. 2.4.1). En revanche, la collision entre une moto qui remontait une file dans un virage à droite et un tracteur avec une remorque qui bifurquait à gauche a été qualifiée d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_484/2007 du 3 septembre 2008 consid. 6.2).

4. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/aa. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b).

---

ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

5. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

c. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance

---

prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

6. En l'espèce, se fondant sur les appréciations de ses médecins d'arrondissement, l'intimée a refusé le versement de prestations au-delà du 31 décembre 2010. Pour sa part, la recourante sollicite la poursuite du versement en raison d'une incapacité de travail persistante.

Considérant que la SUVA n'avait pas investigué la situation à satisfaction de droit, la Chambre de céans a ordonné une première expertise pluridisciplinaire, qui s'est révélée non probante, puis une seconde, confiée aux Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, qui ont rendu leurs rapports respectifs en dates des 24 mai et 21 juillet 2016, puis une appréciation consensuelle en dates des 4, 22 août 2016 et 1<sup>er</sup> décembre 2016. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante des conclusions de cette deuxième expertise judiciaire.

a. Force est tout d'abord de constater que le rapport établi par le Dr O\_\_\_\_\_ le 15 juin 2015, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient le résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas ; ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Les mêmes constatations peuvent être faites au sujet du rapport du Dr P\_\_\_\_\_, lequel a en outre consigné ses entretiens téléphoniques avec les Drs R\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

Cette analyse correspond d'ailleurs à celle faite par le Dr M\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 28 septembre 2016 : il admet en effet que les rapports des Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, pris individuellement, répondent aux conditions formelles en matière d'expertise.

Les experts précités se sont en outre livrés à une appréciation consensuelle par courriers des 4 et 22 août et 1<sup>er</sup> décembre 2016 et ils ont pris position sur les appréciations du Dr M\_\_\_\_\_.

---

Par conséquent, les rapports des 25 mai et 21 juillet 2016, complétés les 4 et 22 août ainsi que le 1<sup>er</sup> décembre 2016 remplissent toutes les exigences formelles en matière de valeur probante

b/aa. Sur le fond, les experts précités ont retenu les diagnostics suivants :

- sur le plan orthopédique : fractures consolidées de D7 type AO A1 et de D8 type A0 A4 avec status post-spondylodèse postérieure transpédiculaire de D5 et D6 à D9 et D10 le 4 juin 2009 et status post-ablation complète du matériel de spondylodèse postérieure le 8 juillet 2010 ; tendinopathie du muscle sus-épineux de l'épaule droite avec lésion partielle du côté articulaire, d'origine dégénérative ; des hernies discales intra-spongieuses sont également mentionnées, mais non reprises dans les diagnostics vraisemblablement en raison du fait qu'elles ne sont pas reconnues comme étant un facteur de mauvais pronostic selon la littérature scientifique actuelle ;
- sur le plan psychiatrique : Axe I : trouble à symptomatologie somatique, avec douleur prédominante, chronique, léger F45.1 (300.82) et trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive (antécédents) F43.23 (309.28) ; Axe II : autre trouble de la personnalité spécifié, décompensé F60.89 (301.89) ; Axe III : fracture D7-D8 avec léger traumatisme crânio-cérébral en mai 2009 (TCC) ; Axe IV : accident du fils en septembre 2006, rupture affective en 2007, départ du fils de la maison en 2008, accident en mai 2009 et décès de la mère de la recourante fin 2012.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a expliqué que l'accident du 30 mai 2009 était la cause unique certaine des fractures des vertèbres D7 et D8 ainsi que des hernies discales intra-spongieuses aux niveaux D6-D7, D7-D8 et D8-D9, lesquelles étaient secondaires aux fractures du plateau supérieur de D7, respectivement des plateaux supérieur et inférieur de la vertèbre D8. Quant aux douleurs et aux limitations fonctionnelles de la recourante, elles étaient à mettre en relation avec la morbidité de la voie d'abord dorsale utilisée pour effectuer la spondylodèse (i.e. la voie d'accès chirurgical selon la définition de l'encyclopédie Larousse, soit en d'autres termes, les incisions pratiquées), laquelle était au demeurant marquée par la présence d'une atrophie de la musculature para-spinale dorsale significative. Elles justifiaient par ailleurs une capacité de travail de 60% dans son activité actuelle et de 70% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

De son côté, le Dr P\_\_\_\_\_ a considéré que l'accident assuré était l'une des causes de l'atteinte à la santé psychique de la recourante. Le lien de causalité était partiel et pouvait être estimé à 50%. Toutefois, à partir de 2011, les facteurs étrangers étaient devenus prépondérants dans le maintien de la pathologie douloureuse. Le Dr P\_\_\_\_\_ est d'avis que la recourante peut difficilement travailler à plus de 50% à sa place actuelle. Cependant, en utilisant la réserve thérapeutique, la capacité de

travail pourrait être augmentée à 60-70% dans les trois mois dès le début de la prise du traitement antidépresseur, lequel a été refusé jusqu'alors par la recourante.

Après discussion, les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ont considéré que la capacité de travail de la recourante avait évolué comme suit : 50% du 1<sup>er</sup> mai 2011 (date de la reprise de l'emploi) au 1<sup>er</sup> octobre 2016, sans diminution de rendement, et 65% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016, sans diminution de rendement. Il ressort toutefois des rapports d'expertise que les médecins précités éprouvaient des difficultés à se prononcer sur la capacité de travail avant le 31 décembre 2011 en ce qui concerne les troubles somatiques et le 1<sup>er</sup> mai 2011 en ce qui concerne les troubles psychiques.

b/bb. Le médecin-conseil de l'intimée a formulé diverses critiques sur le fond s'agissant des rapports précités.

En premier lieu, il a considéré que l'étude citée par le Dr O\_\_\_\_\_ ne permettait pas de soutenir valablement que les troubles présentés par la recourante étaient de nature organique avérée. Toutefois, quelques lignes après, le médecin de l'intimée a relevé que le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas méconnu des connaissances médicales. La critique du Dr M\_\_\_\_\_ semble dès lors plus relever d'une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui ne suffit pas pour remettre en question la valeur probante du rapport en question et s'en écarter.

Ensuite, le médecin-conseil de l'intimée s'est étonné de l'appréciation de la capacité de travail retenue par le Dr O\_\_\_\_\_. Pour lui, soit la profession habituelle de la recourante est adaptée, soit elle ne l'est pas. Force est toutefois de constater, dans ce contexte, que le Dr O\_\_\_\_\_ a distingué la capacité de travail dans l'activité habituelle, de 60%, de celle existant dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles, évaluée à 70%. En d'autres termes, il a estimé qu'il existait des activités plus adaptées que l'activité habituelle, permettant une capacité de travail supplémentaire de 10%. La critique du Dr M\_\_\_\_\_ est donc sans fondement.

En troisième lieu, le Dr M\_\_\_\_\_ s'étonne que l'expert orthopédiste retienne une diminution de la capacité de travail plutôt que du rendement. Il y a toutefois lieu de constater que le Dr O\_\_\_\_\_ a exclu toute diminution de rendement si l'activité habituelle était exercée à 60%. Il a ainsi implicitement admis une diminution de rendement dans une activité exercée à un taux supérieur. En d'autres termes, le degré d'incapacité de travail retenu tient déjà compte d'une éventuelle diminution de rendement. Cette critique du Dr M\_\_\_\_\_ est donc elle aussi dénuée de tout fondement.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a également évoqué des incohérences, voire des contradictions, entre les appréciations orthopédique et psychiatrique. Il dit peiner à comprendre qu'une même atteinte - la symptomatologie algique rachidienne - soit expliquée, d'une part, par une atteinte musculaire séquellaire de la voie d'abord chirurgicale

et, d'autre part, par des troubles douloureux somatoformes. Sur ce point, les experts se sont expliqués par courrier du 5 décembre 2016. Ils ont notamment relevé que, dans le cas de la recourante, une lésion organique a été mise en évidence par le Dr O\_\_\_\_\_, expliquant qu'en raison d'une nette surcharge psychogène, en lien avec l'accident, la perception de la douleur était aggravée. Ces explications sont cohérentes avec les taux de capacité de travail retenus par les experts : sur le plan purement orthopédique, l'incapacité de travail due à l'atteinte organique a été de 30% depuis le 31 décembre 2011, mais la douleur a été amplifiée par la surcharge psychogène de telle manière qu'elle a en réalité entraîné une incapacité de travail de 50%. En cas de prise du traitement antidépresseur, l'incapacité de travail résiduelle a été évaluée à 30 à 40%. Les experts sont arrivés à la conclusion que la combinaison des deux atteintes entraîne en réalité une incapacité de travail de 35%, ce qui correspond au demeurant à la jurisprudence en la matière (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 822/04 du 21 avril 2005 consid. 4.4 et les références citées, qui prévoit que lorsque les médecins indiquent une fourchette à l'intérieur de laquelle se situe la capacité de travail résiduelle, on se réfère généralement à la valeur médiane). La Chambre de céans ne voit dès lors pas en quoi ces deux diagnostics seraient contradictoires, l'un venant au contraire compléter l'autre.

Enfin, le Dr M\_\_\_\_\_ reproche aux experts de ne pas distinguer de manière claire et distincte les conséquences des troubles psychiques et somatiques sur la capacité de travail. Dans ce contexte, il convient de rappeler qu'une causalité partielle suffit pour que l'assureur-accident soit tenu de prester. Ainsi, le fait que l'accident n'est pas la seule cause des troubles psychiques n'est pas suffisant pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle. Quant à la causalité adéquate, il s'agit d'une question de droit, à laquelle seul le juge, à l'exclusion des médecins, peut répondre.

Au vu de ce qui précède, il n'existe aucun motif valable de ne pas reconnaître pleine valeur probante aux conclusions de la seconde expertise judiciaire.

c. Par souci d'exhaustivité, la Chambre de céans rappelle que, dans son ordonnance d'expertise du 30 juin 2015, elle a considéré que le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ correspondait en tous points aux réquisits jurisprudentiels sur la forme et le fond et qu'à lui aussi, une pleine valeur probante devait être reconnue. Pour mémoire, l'expert retenait le diagnostic différentiel de traumatisme crânio-cérébral de degré léger ou commotion cérébrale ; la recourante avait certes pu présenter des céphalées post-traumatiques pendant six mois après l'accident, mais le *statu quo sine* avait été atteint dès le 30 novembre 2009. Depuis lors, elle souffrait de céphalées de tension, dont le lien avec l'accident était seulement possible. Sur le plan neurologique, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement.

7. En l'espèce, le lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles somatiques et psychiques n'étant pas contesté, il y a lieu d'examiner le lien de causalité adéquate.

a. S'agissant des troubles somatiques, la causalité adéquate se recouvre avec la causalité naturelle (voir ATF 134 V 109 consid. 2.1). Son existence doit donc être reconnue en l'espèce.

b. Concernant les troubles psychiques, il convient d'examiner le lien de causalité au regard des critères mentionnés *supra*.

À titre liminaire, force est de constater que le cas de la recourante doit être examiné en application des critères définis à l'ATF 115 V 133, en tenant compte des seuls troubles physiques consécutifs à l'accident assuré. En effet, l'intensité du traumatisme crânio-cérébral subi n'a pas atteint le seuil de la contusion cérébrale pour que les critères de l'ATF 117 V 359, applicables notamment en cas de traumatisme crânio-cérébral, trouvent application (voir rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 28 juin 2013, dans lequel le diagnostic différentiel de traumatisme crânio-cérébral de degré léger ou commotion cérébrale a été posé).

Cela étant précisé, il y a lieu de qualifier l'accident. Il ressort du dossier de l'intimée que la recourante participait, dans le cadre de son activité professionnelle, à une séance de roulage moto sur le circuit d'Hockenheim en Allemagne (pièce 35 SUVA), lorsqu'elle a continué tout droit dans un virage (pièce 10 SUVA) à une vitesse d'environ 100 km/h (pièce 35 SUVA). Sa moto est partie dans le bac à sable et sa roue avant a planté (pièce 10 SUVA). La recourante a chuté (pièce 35 SUVA) et la moto est tombée sur son dos (pièce 10 SUVA), ce qui a entraîné une fracture des vertèbres D7 et D8.

Au vu du déroulement de l'accident et de la jurisprudence en la matière, il convient de classer l'accident assuré dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Pour rappel, la chute de la passagère d'une moto roulant à 50-60 km/h avait été qualifiée d'accident de gravité moyenne *stricto sensu* au moins. Or, dans le cas d'espèce, la recourante roulait à environ 100 km/h., ce qui est près du double, et la moto est selon toute vraisemblance tombée sur son dos.

c. L'accident devant être considéré comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves, la réalisation d'un seul des critères jurisprudentiels est suffisante.

c/aa. La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On

ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moins décisive lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident que si elle en garde des souvenirs clairs (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3 et les références citées).

En l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 30 mai 2009 présente en soi un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Toutefois, dans la mesure où la recourante ne se souvient pas du déroulement de l'accident, il y a lieu d'accorder une portée moins décisive à ce critère et de considérer qu'il n'est en l'espèce pas réalisé.

b/bb. Concernant la gravité des lésions physiques et leurs conséquences, elles consistent en une fracture des vertèbres D7 et D8, ayant nécessité deux interventions chirurgicales. Il s'agit, dès lors, des lésions propres à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience et au vu des précédents jurisprudentiels (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_488/2011, dans lequel le Tribunal fédéral a retenu ce critère, dès lors qu'il existait un risque accru de paralysie lors de fracture de vertèbres et, par conséquent, d'interventions chirurgicales, l'assurée souffrant notamment d'une fracture par tassement du plateau vertébral de la 12e vertèbre thoracique avec déchirure de la coiffe arrière ainsi que du ligament ayant nécessité trois opérations).

b/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Or, force est de constater, en l'espèce, que le traitement médical consistait en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques, de sorte qu'il n'était objectivement pas continu et lourd.

b/dd. Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi la recourante auraient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C\_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). La recourante ne le prétend d'ailleurs pas.

b/ee. Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour que les médecins de la recourante reconnaissent une incapacité de travail entière jusqu'au 11 janvier 2011 et à tout le moins partielle dès le 12 janvier 2011, ce qui constitue d'ailleurs une durée assez longue.

Par conséquent, au vu de ce qui précède, trois des critères prévus sont réalisés, de sorte que le lien de causalité adéquate est donné.

En d'autres termes, dès lors que les troubles dont souffre la recourante sont en lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident au-delà du 31 décembre 2009 et qu'ils entraînent une incapacité de travail, la décision de suppression est mal fondée et doit être annulée.

8. a. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1ère phrase, LPGA)

Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé en tenant compte de la diminution de la productivité de l'assuré dans la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2, 114 V 281 consid. 1d). En revanche, l'estimation médico-théorique générale de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 111 V 235 consid. 1b ; ATF 114 V 281 consid.).

b. Selon 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. Cette disposition délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

9. En l'espèce, il ressort des rapports d'expertise des 15 juin et 21 juillet ainsi que de leurs compléments des 4 août et 5 décembre 2016 que l'état de l'assurée est stabilisé sur le plan psychique depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011 et, sur le plan orthopédique, depuis le 31 décembre 2011. C'est par conséquent à cette date qu'est né un éventuel droit à une rente d'invalidité.

Conformément à l'art. 16 LAA et à la jurisprudence en la matière, l'intimée est ainsi tenue de verser des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2011, en raison des incapacités de travail suivantes :

- 100% jusqu'au 11 janvier 2011 ;
- 75% jusqu'au 30 avril 2011 ;
- 50% jusqu'au 31 décembre 2011.

Pour le reste, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour examen du droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 14 septembre 2011 est annulée en tant qu'elle supprime le droit aux prestations à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. L'intimée est condamnée à verser des indemnités journalières sur la base des incapacités de travail mentionnées *supra*. La cause est renvoyée à l'intimée pour examen du droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**Au fond :**

1. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 14 septembre 2011.
2. Condamne la SUVA à verser des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2011, en raison des incapacités de travail suivantes :
  - 100% jusqu'au 11 janvier 2011 ;
  - 75% jusqu'au 30 avril 2011 ;
  - 50% jusqu'au 31 décembre 2011.
3. Renvoie la cause à la SUVA pour instruction complémentaire et décision sur le droit à la rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.

Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le