

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 août 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Isabelle Jacques,
avocate à Lausanne,

et

COMPAGNIE D'ASSURANCES Z._____ **SA**, à [...], intimée.

**Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 2, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1
LAA ; 36 al. 1 OLAA**

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1967, divorcée et sans enfant a été victime d'un accident le 26 juin 2008 au Palais des congrès de [...].

Le 30 juin 2008, l'employeur de l'assurée, la société P. _____ SA, a rempli une déclaration de sinistre LAA à l'attention de la Compagnie d'Assurances Z. _____ SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée). La description de l'événement a été libellée comme suit : "[t]apé le talon et tordu la cheville en sautant d'une plateforme de présentation (50 cm)". Il était également noté que la partie du corps atteinte était le pied/cheville droit. Quant aux lésions subies, elles consistaient en une déchirure du ligament aponévrose plantaire et d'une entorse de la cheville. Il était précisé que les premiers soins avaient été prodigués au Centre médical A. _____ à [...] et que l'assurée avait interrompu son travail suite à cet accident.

Il résulte notamment des réponses données au questionnaire de l'assureur et rempli par l'assurée le 5 août 2008 ce qui suit :

"Etant déléguée médicale, j'ai participé à un congrès suisse de gynécologie à [...] avec ma société. Notre stand était sur une estrade. J'ai sauté [de] cette estrade d'environ 50 cm de haut. (...) Le samedi j'ai été en urgence [au Centre médical A. _____ qui m'[a] fait un mauvais diagnostic (déchirement des ligaments). Après trois semaines de douleurs, le Centre médical Z. _____ voit une fracture du calcanéum!"

Dans un rapport médical du 26 août 2008, le Dr R. _____, médecin chef de traumatologie au Centre médical Z. _____, a posé le diagnostic de fracture de l'éperon calcanéen droit. Il a précisé notamment que l'évolution était lentement favorable et qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'existence d'un préjudice permanent chez l'assurée.

Il ressort d'un rapport médical du 12 décembre 2008 établi par le Prof. S. _____ et les Drs P. _____ et J. _____, du Département de

l'appareil locomoteur du Centre médical Z._____ que l'assurée avait séjourné du 28 novembre 2008 au 2 décembre 2008 au sein de cet hôpital pour la prise en charge d'une algoneurodystrophie du pied droit et un reconditionnement musculaire. Sur le plan de l'anamnèse et du diagnostic, ce rapport indique en outre que l'assurée était en bonne santé habituelle, et qu'elle avait présenté une fracture par arrachement de l'éperon calcanéen du pied droit en juin 2008 sur un traumatisme diagnostiqué sur la base d'une scintigraphie osseuse et à la radiographie standard, qu'elle présentait des douleurs importantes d'allure mécanique à la mobilisation avec une mise en charge impossible et l'apparition de troubles vasomoteurs avec oedèmes, l'apparition d'une coloration rouge-violacée en position déclive ainsi qu'un pied froid, que la patiente avait été plâtrée six semaines depuis fin juillet mais que des douleurs importantes persistaient ainsi que des troubles vasomoteurs malgré l'introduction de calcitonine, Lyrica et Tramal. Ces médecins ont en outre constaté que leur patiente présentait depuis plusieurs semaines une baisse de la thymie avec des troubles du sommeil importants ainsi que des idées suicidaires, raison pour laquelle elle avait été hospitalisée dans leur service pour prise en charge de la douleur, de son état dépressif ainsi que pour une rééducation. Ils ont enfin posé les diagnostics suivants :

- à titre principal : algoneurodystrophie du pied droit sur status post-fracture-arrachement de l'éperon calcanéen en juin 2008 d'origine traumatique ; et
- à titre secondaire : déconditionnement musculaire global avec amyotrophie importante de la jambe droite sur immobilisation prolongée.

Dans un courrier du 5 juin 2009, adressé au médecin-conseil de l'assureur, la Dresse F._____, médecin associée au Département de l'appareil locomoteur du Centre médical Z._____, a notamment souligné que l'assurée avait développé un état anxio-dépressif pour lequel elle trouvait absolument nécessaire d'effectuer quelques séances de thérapie

comportementale auprès d'un psychologue spécialisé, en plus de la médication psychotrope déjà instaurée.

Par courrier du 14 août 2009, l'assureur a adressé à l'assurée un courrier l'informant avoir désigné le Centre d'expertises médicales H. _____ (ci-après : Centre d'expertises médicales H. _____) en vue d'une expertise médicale multidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Il a joint en annexe le questionnaire qu'il entendait soumettre aux médecins-experts et a invité l'assurée notamment à lui communiquer ses éventuelles questions complémentaires.

Dans un rapport médical du 19 août 2009, la Dresse F. _____ a notamment souligné que l'évolution de l'état de sa patiente était assez satisfaisante, avec une diminution progressive des douleurs et une augmentation de l'endurance à la marche et en station debout prolongée et qu'objectivement, sa cheville et son pied avaient un aspect normal, sans douleur à la palpation. Elle a toutefois précisé qu'un préjudice permanent sous la forme de douleurs occasionnelles au niveau de la cheville était à craindre.

Il ressort d'une notice d'entretien téléphonique établie par un collaborateur de l'assureur le 2 septembre 2009 que l'assurée avait décidé d'elle-même de reprendre son travail à 100% dès le 1^{er} septembre et qu'elle se sentait très bien, ayant déjà diminué tous les médicaments qu'elle prenait.

Dans leur rapport d'expertise du 2 novembre 2009, les Dresses L. _____, spécialiste en rhumatologie, et V. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du Centre d'expertises médicales H. _____, ont retenu ce qui suit :

"Status somatique

Mme est en bon état général apparent, cohérente dans ses plaintes.
(...)

(...)

L'examen des membres inférieurs : appui plantaire symétrique et physiologique mis à part sur la pulpe du gros orteil à droite. Le mollet droit est plus fin avec différences de périmètre de 1,8 cm par rapport à la gauche (mesure à 33,2. cm contre 35 cm). Le périmètre quadricipital est symétrique à 41 cm, 10 cm en dessus des pôles supérieurs des rotules. Petit empatement péri-malléolaire à droite : torsion tibiale interne, varus des genoux. Recurvatum des genoux. Douleur à la pression appuyée du calcaneum à sa face plantaire et interne.

(...)

DIAGNOSTICS

Diagnosics ayant eu une répercussion sur la capacité de travail :

- STATUS APRES FRACTURE DE L'EPERON CALCANEEN DROIT (S 92.0) COMPLIQUEE D'ALGODYSTROPHIE (M 89.0)
- TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC REACTION DEPRESSIVE PROLONGEE (F 43.21)

Depuis quand sont-ils présents ?

La fracture est survenue le 26.06.2008. Evolution d'une algodystrophie durant l'été 2008 et le début d'année 2009.

La comorbidité psychiatrique a évolué de manière progressive avec une acmé à la période de l'hospitalisation du Centre médical Z._____ dans le service de rhumatologie à la fin de l'année 2008.

Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail :

- HYPERLAXITE LIGAMENTAIRE (M 25.2) CONSTITUTIONNELLE
- TABAGISME (F 17.2)
- STATUS APRES NEUROPATHIE OPTIQUE, SANS RECIDIVE, SANS SEQUELLE (SURVENUE IL Y A UNE VINGTAINE D'ANNEES) (H 46)
- STATUS APRES ACCIDENT DE CIRCULATION DANS L'ENFANCE ET POSSIBLE DISTORSION CERVICALE (S 14.1)
- STATUS APRES AMYGDALECTOMIE

APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

(...)

Situation actuelle

Au plan somatique :

L'évolution actuelle est favorable. Mme marche normalement, avec une oscillation du tronc harmonieuse à l'alternance du pas. Son mollet reste nettement hypotrophique à droite et il persiste un discret empatement péri-malléolaire postérieur à droite. Le calcaneum reste sensible à sa palpation plantaire et interne. Il n'y a aucune raideur articulaire ni en regard de la cheville, ni en regard de la sous-astragalienne. Chez cette patiente de nature hyperlaxe, nous avons vérifié l'évolution au plan radiologique, qui s'avère

concordante avec résolution du trait de fracture et absence de signes locaux d'algodystrophie résiduelle. L'éperon est à nouveau homogène.

Le pronostic d'une fracture calcanéenne inférieure est bien meilleur qu'une fracture du corps du calcanéum, par exemple au niveau thalamique. Le risque de complication tardive est bien moins important. La fracture d'un éperon calcanéen est proche d'une désinsertion de l'aponévrose, diagnostic initialement posé.

L'algodystrophie a de toute évidence retardé l'évolution de la guérison, mais l'on peut dire qu'actuellement elle est éteinte cliniquement et radiologiquement. L'hypotrophie du mollet droit va nécessiter la poursuite du programme de reconditionnement musculaire que l'expertisée privilégie par la marche quotidienne actuellement. Afin de maintenir une bonne modulation du seuil à la douleur, nous l'avons encouragée à maintenir le Cymbalta® sur les prochaines semaines, d'autant plus qu'elle vient de reprendre sa pleine capacité de travail.

Au plan psychiatrique :

Il y a une nette relation de causalité entre l'accident et l'apparition d'une symptomatologie avec humeur dépressive dans le cadre d'un trouble de l'adaptation consécutif à cet accident et à la lente évolution. Amélioration de l'état de santé psychique après l'instauration d'un traitement anti-dépresseur sous forme de Cymbalta® 30 mg le matin.

L'assurée a repris sa capacité de travail à 100% depuis le 1^{er} septembre 2009. En conséquence, la capacité de travail est de 100% depuis cette date. Le pronostic est bon.

(...)"

Ces expertes ont également considéré que le status après fracture de l'éperon du calcanéum, compliquée d'une algodystrophie, était en relation certaine avec l'accident et avait guéri dans les temps habituels de l'algodystrophie et que la réaction dépressive de l'assurée et son trouble d'adaptation était aussi en relation de causalité naturelle, de façon plus que vraisemblable, car elle avait été découragée par les difficultés initiales diagnostiques de sa fracture, le diagnostic d'algodystrophie ayant aussi été quelque peu tardif selon le descriptif donné de l'évolution des faits. L'assurée ayant eu d'importantes douleurs, cela avait causé un handicap à la marche qui avait eu raison de son moral, au bout de quelques mois d'évolution, car elle ne voyait pas d'issue. C'était finalement depuis la prise en charge globale réalisée par la Dresse F._____, qu'elle a vu la situation évoluer favorablement. Ces

praticiennes ont également précisé ne pas avoir constaté chez l'assurée un état antérieur, étranger, concomitant ou une maladie intercurrente.

Les expertes du Centre d'expertises médicales H. _____ ont également répondu aux questions suivantes :

"8) Atteinte à l'intégrité (articles 24, 25 LAA, 22 al. 1, 36 OLAA et annexe 3 OLAA) :

a) Constatez-vous chez Mme Q. _____ une atteinte à l'intégrité physique susceptible d'être indemnisée (si non, veuillez motiver votre réponse) ?

Non. La fracture de l'éperon calcanéen ne concerne aucune articulation du calcanéum, il n'y a pas de déformation du corps, les facettes articulaires taliennes, cuboïdiennes n'ont pas été atteintes par le traumatisme. La fracture de l'éperon calcanéen n'est pas considérée comme ayant un potentiel arthrogène. Le tendon d'Achille postérieurement intact et je n'ai pas observé de signe de tendinopathie associée : fléchisseurs, péroniers.

Selon la Table 2 de la SUVA / Révision 2000, Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, la localisation fracturaire de l'éperon calcanéen n'est pas intégrée dans les lésions des dommages permanents.

Il faut en revanche tenir compte qu'il y a une atrophie relative du mollet droit qui persiste et dans une moindre mesure de la musculature intrinsèque du pied, susceptible de s'améliorer encore. Si tel n'est pas le cas à un délai d'un an du présent examen, il y a lieu de revoir la situation pour s'assurer qu'il n'y ait pas en conséquence une déformation secondaire de la statique plantaire. La récupération de l'atrophie relative du muscle solaire peut prendre plusieurs mois encore.

(...)

13) S'il subsiste des séquelles de l'accident du 26 juin 2008

a) Est-ce qu'un ttt médical est encore nécessaire et si oui lequel ? **Oui, tant que perdure l'hypotrophie musculaire avoisinante un traitement somatique éventuellement par quelques séances de physiothérapie d'appoint ou du compex, et par la prescription de Cymbalta®, et des antalgiques d'appoint si nécessaire pour cette période de pleine reprise professionnelle.**

b) Quelles améliorations peut-on attendre d'un tel ttt ? **Une récupération du conditionnement à l'effort du piétinement prolongé par exemple nécessaire pour sa présence aux**

congrès médicaux, des déplacements, et des aptitudes sportives antérieures.

c) Existe-t-il des facteurs qui ne sont pas en relation avec l'accident précité ? Si oui, lesquels et dans quelles proportions ? **Pas à notre connaissance.**

14) Dans quelles fonctions et activités l'assuré est-il limité ?

Il ne s'agit pas d'une limitation à proprement parler mais d'un conditionnement encore limité.

15) a) Quel est le degré d'incapacité de travail dans la profession de l'assurée (...) et est-elle toujours imputable aux conséquences de l'accident précité ?

Mme a repris sa pleine capacité professionnelle. Questions ci-dessous sans objet dès lors.

(...)

17) Est-il possible qu'il résulte un dommage durable et permanent suite l'accident du 26 juin 2008 ? Si oui, lequel et quand pourra-t-il être évalué ?

Il faut s'assurer de la pleine récupération de la musculature. Dans un délai d'un an à partir du présent examen, on pourra évaluer la situation sur ce point.

18) Si le ttt des suites de l'accident est terminé et que la situation est suffisamment stabilisée, nous vous prions de répondre aux questions suivantes :

a) Y a-t-il une atteinte importante et durable à l'intégrité physique/psychique ? Quel est leur pourcentage ?

Il faut admettre encore quelques prescriptions médicamenteuses et/ou de physiothérapie pour les 6 prochains mois environ. A priori ; il n'y a pas lieu d'attendre un dommage durable de l'intégrité physique et psychique.

b) Quelle réduction (en %) devrait être opérée s'il est établi qu'il y a un facteur étranger ?

Question sans objet, pas de facteur étranger décelé.

c) Pensez-vous qu'une indemnité en capital est susceptible d'aider l'assurée à se libérer des troubles psychogènes et peut-on déduire de la nature de l'accident et du comportement de l'assuré que ce dernier recouvrira sa capacité de gain s'il reçoit une indemnité unique au sens des articles précités ?

L'assurée nous paraît se libérer spontanément de ses troubles psychogènes par l'amélioration qu'elle a observée de son trouble somatique. Elle s'est montrée coopérante et motivée pour y arriver.

(...)"

Invitée par l'assureur à se déterminer sur les conclusions de l'expertise du Centre d'expertises médicales H._____, l'assurée a répondu le 11 décembre 2009, par l'intermédiaire de son conseil, ne pas avoir de remarques particulières à formuler sur ce rapport et qu'elle effectuerait les séances de physiothérapie durant en tout cas six mois, comme préconisé par l'un des experts.

Par décision du 12 janvier 2010, l'assureur a retenu notamment ce qui suit :

"(...)

1. TRAITEMENT MEDICAL (Art. 10 à 13, ainsi que 21 LAA ; art. 11 OLAA)

Au vu du dossier, le traitement médical n'est pas encore complètement terminé.

Sur le plan orthopédique/rhumatologique, les experts estiment que des séances de physiothérapies (ou du Compex) d'appoint seront encore nécessaires si l'hypotrophie relative au mollet droit tardait à s'améliorer.

A cet égard, notre compagnie prendra en charge le traitement de physiothérapie (ou du Compex) d'appoint nécessaire durant une période de 8 mois à compter du jour de l'expertise.

Sur le plan psychiatrique, les experts admettent une nette relation de causalité entre l'accident et l'apparition d'une symptomatologie avec humeur dépressive dans le cadre d'un trouble de l'adaptation consécutif à l'événement accidentel et à la lente évolution. Au jour de l'examen médical, les experts ont établi qu'il n'y avait plus de limitation psychique ou mentale.

Cependant, les experts indiquent qu'une médication antalgique ainsi qu'une médication antalgique antidépressive (Cymbalta®) devraient être maintenues en traitement d'appoint.

(...)

Notre compagnie prendra également en charge la médication antalgique et médication antalgique antidépressive (Cymbalta®) nécessaires durant une période de 8 mois à compter du jour de l'expertise.

(...)

En cas de rechute, de séquelles tardives ou de demande d'un nouveau traitement, nous vous prions de bien vouloir nous en informer immédiatement afin que nous puissions statuer rapidement sur la prise en charge y relative. L'acceptation sera subordonnée à une réévaluation précise du diagnostic par notre médecin consultant.

2. INDEMNITE JOURNALIERE POUR INCAPACITE DE TRAVAIL

(Art. 16, 17 et 19 LAA)

La capacité de travail totale a été recouvrée dès le 01.09.2009.

Les indemnités journalières relatives à l'accident du 26.06.2008 ont été versées directement à votre employeur comme suit :

100% du 29.06.2008 au 05.04.2009

70% du 06.04.2009 au 07.06.2009

50% du 08.06.2009 au 31.08.2009

3. RENTE D'INVALIDITE

(Art. 5 LPGA et 18 ss LAA)

(...).

Les atteintes à la santé actuelles n'engendrent aucune incapacité de travail dans votre profession actuelle. Par conséquent il n'existe aucun droit à une rente découlant de l'accident du 26.06.2008.

4. INDEMNITE POUR ATTEINTE A L'INTEGRITE

(Art. 24, 25 LAA, 22 al. 1^{er}, 36 OLAA et annexe 3 OLAA)

Au sens de l'art. 24 alinéa 1 LAA, si par suite de l'accident l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (article 36 alinéa 1 OLAA ; ATF 124 V 37). Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (article 36 alinéa 1 OLAA).

L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (article 25 alinéa 1 LAA).

Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Le montant maximum du gain annuel assuré était de CHF 126'000.00 en 2008.

Le degré minimal requis pour l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité est de 5% (RAMA 1988 n° U 48 p. 236 ; ATF 116 V 156).

Sur le vu du dossier médical en notre possession, les médecins experts ainsi que notre médecin-conseil estiment que les séquelles de l'accident du 26.06.2008 ne justifient aucune atteinte à l'intégrité."

Par courrier du 27 janvier 2010, l'assurée a fait opposition à cette décision en soutenant qu'elle était prématurée dans la mesure où s'il n'était pas contesté qu'elle avait recouvré sa pleine capacité professionnelle, une hypotrophie musculaire perdurait qui devait faire l'objet d'une rééducation. En outre, l'assurée a souligné qu'il ressortait du rapport du Centre d'expertises médicales H. _____ du 2 novembre 2009 que des améliorations pouvaient être encore attendues en ce qui concernait une récupération du conditionnement à l'effort du piétinement prolongé et des aptitudes sportives antérieures et qu'il fallait s'assurer de la pleine récupération de la musculature, ce qui pourrait être évalué dans un délai d'un an à partir de l'examen et qu'a priori, il n'y avait pas lieu d'attendre un dommage durable à l'intégrité physique et psychique. Elle en a conclu que son état de santé n'était pas complètement stabilisé et qu'une atteinte à l'intégrité n'était pas exclue, même si elle ne paraissait pas probable en l'état. Elle a finalement précisé avoir consulté le Dr T. _____ qui avait prescrit la poursuite de la médication en vigueur à l'époque de l'expertise ainsi que des séances de physiothérapie. Le traitement étant toujours en cours, il était ainsi trop tôt pour arrêter une décision concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

Dans un rapport médical LAA du 11 mars 2010, le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne, a notamment indiqué que l'évolution était favorable avec un sevrage des antidépresseurs et une reprise progressive de l'activité sportive. Dans un rapport du 14 juin 2010, ce même praticien a notamment indiqué que les anti-dépresseurs étaient arrêtés tout en précisant que la cheville droite resterait sans doute douloureuse en cas d'effort soutenu et qu'il convenait que les réserves à

long terme pour l'évolution de la cheville (arthrose par exemple) soient précisées par un avis orthopédique.

Par courrier du 20 septembre 2010, l'assureur a fait part à l'assurée d'une prise de position informelle suite à son opposition du 27 janvier 2010. Il ressort de ce courrier notamment que l'assureur a consulté son médecin-conseil, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et que ce dernier lui a indiqué oralement que, conformément au rapport d'expertise du Centre d'expertises médicales H._____ du 2 novembre 2009, il était également d'avis que les suites étaient favorables à l'assurée mais qu'il subsistait néanmoins chez elle une symptomatologie subjective et une symptomatologie objective, à savoir une atrophie du muscle qui, toutes les deux combinées, constituaient une atteinte à l'intégrité. L'assureur a poursuivi son courrier en ces termes :

"La mobilisation de l'articulation et l'articulation elle-même sont bonnes et la fracture de l'éperon est parfaitement consolidée actuellement, l'assurée n'a pas d'arthrose visible (peut-être présente-t-elle une très légère arthrose). Actuellement, le taux d'atteinte à l'intégrité se trouve à moins de 5%, taux minimum pour prétendre à une IPAI.

Cependant, une IPAI entre 5 à 15%, selon la table 5.2. de la SUVA, pourrait être possible dans un laps de temps d'environ 5 à 10 ans, si l'état de l'assurée venait à s'empirer et que l'arthrose devenait plus marquée.

A ce jour, l'on peut partir du principe que le traitement médical est terminé, les huit mois pendant lesquels les séances de physiothérapie étaient encore prises en charge selon la décision du 12 janvier 2010, s'étant écoulés.

Au vu de tout ce qui précède, l'assurée ne peut prétendre actuellement à une IPAI, du fait que le taux d'atteinte est inférieur à 5%. Néanmoins, il faut réserver le réexamen et la possibilité ultérieurs de versement d'une IPAI dans les 5 à 10 ans à venir, si l'état de l'assurée ainsi que son arthrose devaient empirer."

Par courrier du 17 décembre 2010, l'assurée a relevé qu'elle présentait toujours une symptomatologie consécutive à son accident sous la forme de douleurs persistantes, d'une atrophie du muscle et d'une arthrose que le médecin-conseil de l'assureur avait qualifiée de légère, que ces trois atteintes séquellaires combinées constituaient une atteinte à

l'intégrité déjà supérieure à 5% qui devait conduire à une indemnisation et qu'il convenait que soit mise sur pied une expertise visant à déterminer le taux actuel de son IPAI.

Dans un rapport médical du 25 janvier 2011, le Dr T._____ a indiqué que la persistance d'une douleur occasionnelle ne nécessitait pas de prise médicamenteuse, lors d'efforts importants mais également lors de temps froid et parfois sans raison. Il a ajouté que localement le status était normal, qu'il n'y avait pas de traitement en cours et qu'il n'avait pas de propositions à formuler quant à d'autres traitements, radiographies ou recherches médicales, notamment. Il a mentionné que l'assurée avait repris son travail à 100% dès le 1^{er} septembre 2009. En ce qui concerne la crainte d'un dommage permanent, il a suggéré de prendre l'avis d'un orthopédiste pour une arthrose à long terme.

Par courrier du 25 février 2011, l'assureur a soumis à l'assurée trois noms de spécialistes à même de procéder à une expertise orthopédique dont celui du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce courrier mentionne également ce qui suit :

"Le questionnaire destiné à l'expert vous a déjà été soumis par courrier du 12 janvier 2011 et n'ayant pas eu de commentaires de votre part, nous partons du principe que son contenu est accepté".

Les passages suivants ressortent du rapport d'expertise du Dr H._____ établi le 2 juillet 2011 :

"(...)

Membres inférieurs :

Axe des membres inférieurs sans déviation en valgus/varus clinique.

<u>Périmètres :</u>	D	G
A 15 cm du pôle supérieur de la rotule :	42.0	42.0
Au genou :	35	34
Mollet à 11cm de la TTA :	32	32.5
Cheville :	19.5	19.5

Mobilités :

Cheville Flexion/Extension 25 35/0/15

Sous-astragaliennne : souple en pro-supination et inversion/éversion, à gauche, sensible à droite.

Testing :

Cheville

Stabilité antéro-postérieure	stable	stable
Stabilité en varus/valgus	stable	stable
Sous-astragaliennne	sensible	stable

Mesure de la force de flexion des chevilles en décubitus dorsal : (moyenne de 4 mesures pour chaque côté)

11.75kg 12.6kg

Palpation de la sous astragaliennne sensible avec douleur vive au sinus tarsi du côté D.

Examen podoscopique :

Pas de déviation de l'arrière pied en valgus ou varus.

Pas de signe de platypodie ou de pes cavus.

Appui marqué sur le premier rayon à D entraînant une callosité.

Diagnostics :

- Status post fracture de l'épine calcanéenne et algoneurodystrophie pied D.
- Status post entorse de la cheville D avec syndrome du sinus du tarse persistant à D.

Discussion :

Il y a eu errance diagnostic pour cette assurée au départ, le médecin posant celui d'entorse de la cheville (en particulier en raison de la présence d'un hématome sous malléolaire externe...) puis les symptômes persistant et le diagnostic de fracture de l'épine étant posé, ce premier diagnostic sera abandonné.

Depuis l'expertise effectuée au Centre d'expertises médicales H. _____, Mme Q. _____ a assez bien récupéré l'atrophie relative du mollet droit. La force observée reste toutefois légèrement inférieure du côté D. La diminution de la circonférence n'est pas significative.

Toutefois actuellement on observe un syndrome du sinus du tarse à D, pathologie fréquente dans les suites des entorses de cheville, qu'elles soient traitées ou non.

Cette pathologie est caractérisée par une intolérance à la marche en terrain irrégulier (pavés, pâturages...), par une sensation d'instabilité de la cheville et par la confirmation clinique d'une douleur élective du sinus du tarse alors que la stabilité passive de la tibio-

astragaliennne est satisfaisante tant en tiroir antérieur qu'en varus forcé.

A mon sens, il y a eu deux diagnostics traumatiques simultanément (selon l'anamnèse et les constatations actuelles) et l'examen par notre collègue rhumatologue (Centre d'expertises médicales H. _____) n'a pas permis de poser le diagnostic retenu actuellement de séquelles d'entorse de cheville, qui est très vraisemblablement en relation de causalité avec l'accident.

Cette pathologie motive un traitement par supports plantaires, chaussures adaptées et infiltrations par un spécialiste de chirurgie du pied.

Réponse à vos questions :

1) Atteinte à l'intégrité (art. 24, 25 LAA, 22 al. 1, 36 OLAA et annexe 3 OLAA)

a) Constatez-vous chez Madame Q. _____ une atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée ?

Non, tant pour la lésion du calcanéum que pour les suites d'entorse de cheville, le taux est inférieur à 5%.

(...)

c) Si une aggravation de l'état séquellaire est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation des atteintes à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation.

Il ne devrait pas être observé d'aggravation de l'état actuel.

2) Vos commentaires ou/et suggestions sont évidemment les bienvenus.

Nous proposons la prise en charge par l'assureur LAA, à titre de suite de l'accident du 26.6.2008, des supports plantaires et des infiltrations."

Dans un courrier du 15 août 2011, l'assurée a fait notamment part de ses déterminations suite à l'expertise du Dr H. _____ de la manière suivante :

"Sur le plan orthopédique, pour ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité, celle-ci n'est pas, selon le [Dr H. _____] susceptible d'être indemnisée car inférieure à 5%. Il y a lieu de relever que l'aggravation n'est pas prévisible au sens de l'article 36 al. 4 OLAA, toujours d'un point de vue orthopédique.

L'assurée n'entend pas contester ce point de vue.

On relèvera toutefois que le Dr H. _____ ne nie pas les séquelles pathologiques de l'accident et propose des mesures visant à traiter

les pathologies persistantes constatées par l'expert et cela en vue d'améliorer l'état de santé de l'assurée, à tout le moins d'éviter une péjoration de celui-ci.

Ma cliente part de l'idée que vous adhérez aux propositions faites par le Dr H._____.

Cela étant, et si l'on se réfère au précédent avis médical découlant du rapport pluridisciplinaire (rhumato - psychiatrie) du Centre d'expertises médicales H._____ du 2 novembre 2009, il y a lieu de poser la question suivante :

- les taux des atteintes orthopédique et rhumatologique cumulés n'atteignent-ils pas un chiffre supérieur à 5% ?"

L'assurée a ainsi réclamé que le Drs L._____ et H._____ soient interpellés aux fins d'apporter une réponse à cette question.

Par courrier du 30 août 2011, l'assureur a rejeté cette requête.

Par décision sur opposition de 29 septembre 2011, l'assureur a confirmé sa décision du 12 janvier 2010 et a nié le droit de l'assurée à obtenir une IPAI, cette question restant seule litigieuse. Il a notamment considéré ce qui suit :

"Suite à divers échanges épistolaires entre l'assurée et Compagnie d'Assurances Z._____ SA après transmission du rapport d'expertise du 2 juillet 2011, il sied de préciser que lors de la mise sur pied de l'expertise orthopédique auprès du Dr H._____ en 2011, l'assurée a été dûment informée, un délai lui a été accordé pour prendre position, modifier, compléter le questionnaire destiné au Dr H._____, opportunité d'ailleurs non utilisée.

Un délai au 15 août 2011 a été imparti à l'assurée pour formuler d'éventuelles remarques au rapport d'expertise de 2011. Par missive, elle a indiqué ne pas contester les conclusions du Dr. H._____, en d'autres termes admettre qu'aucune IPAI ne lui soit versée. Néanmoins, et contre toute attente, elle demandait qu'une question supplémentaire soit posée aux Dr. L._____ (rhumatologue) et H._____ (orthopède), soit de savoir si "les taux d'atteintes orthopédique et rhumatologique cumulés n'atteignent-ils pas un chiffre supérieur à 5% ?"

Il sied ici de préciser que l'expertise rhumatologique de 2009 (auprès du Dr L._____) et l'expertise orthopédique de 2011 auprès du Dr. H._____ concernaient le même problème orthopédique et visaient à déterminer la question d'un éventuel octroi d'une IPAI. Le fait que la terminologie du titre de l'expertise soit différente ne change rien au fait que la même partie du corps faisait l'objet de ces deux expertises.

Dans son rapport du 2 juillet 2011, en répondant à la question d'une éventuelle IPAI, le Dr H. _____ s'est basé sur l'ensemble du dossier médical, et notamment sur les conclusions du Dr. L. _____ (rhumatologue) du 2 novembre 2009.

Une réponse très claire et négative a été apportée par le Dr H. _____ au sujet du versement d'une IPAI, de sorte que la question supplémentaire souhaitée par l'assurée paraît inutile et sans fondement.

Ainsi, comme évoqué précédemment, au vu de tous les éléments qui précèdent, Compagnie d'Assurances Z. _____ SA s'est fondée à juste titre sur les conclusions des diverses expertises à sa disposition, afin de nier tout droit au versement d'une IPAI."

B. Par acte du 31 octobre 2011, Q. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut principalement à son annulation, à ce que le dossier soit renvoyé à Compagnie d'Assurances Z. _____ SA pour plus ample instruction et à ce qu'ordre lui soit donné de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comportant des volets orthopédique et rhumatologique afin de déterminer le taux cumulé des atteintes à l'intégrité dont elle souffre. A l'appui de ses conclusions, la recourante allègue que l'expertise datée du 2 juillet 2011 établie par le Dr H. _____ n'est pas probante car incomplète, ses conclusions ne pouvant être retenues pour statuer sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. En effet, selon la recourante, bien que ce praticien ait relevé qu'elle souffrait d'au moins deux atteintes orthopédiques, il n'a pas jugé utile de combiner le taux d'atteinte de ces deux pathologies pour déterminer son atteinte orthopédique globale. De plus, son expertise ne comporte aucun aspect rhumatologique alors que l'expertise du Centre d'expertises médicales H. _____ indiquait clairement : "*[i]* faut s'assurer de la pleine récupération de la musculature. Dans un délai d'un an à partir du présent examen, on pourra évaluer la situation sur ce point".

Par réponse du 30 novembre 2011, la Compagnie d'Assurances Z. _____ SA a conclu au rejet du recours, alléguant qu'aucune IPAI n'était due, le taux d'atteinte à l'intégrité de la recourante étant inférieur à 5% selon l'expertise du Centre d'expertises médicales H. _____, l'avis de son médecin conseil, le Dr X. _____, et l'expertise du

Dr H._____. Concernant cette dernière expertise, l'intimée a relevé que la recourante avait eu la possibilité de modifier, voire compléter le questionnaire soumis au Dr H._____ et qu'elle n'avait fait aucun commentaire, ayant de facto adhéré aux questions posées à l'expert. Ainsi était-il tardif et abusif, selon l'intimée, de la part de la recourante de réclamer le 15 août 2011 qu'une question supplémentaire fût posée, à savoir "les taux d'atteintes orthopédique et rhumatologique cumulés n'atteignent-ils pas un chiffre supérieur à 5% ?". Elle a estimé enfin que la requête d'expertise supplémentaire formulée par la recourante était inutile et sans fondement.

Par réplique du 9 janvier 2012, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a indiqué que le Dr H._____ avait conclu qu'aucune de ses lésions ne justifiait, prise individuellement, une IPAI, et que ce médecin ne s'était pas déterminé sur un taux d'atteinte à l'intégrité en tenant compte simultanément de la lésion du calcaneum et des suites de son entorse, respectivement du syndrome du sinus du tarse à droite. Dès lors, en l'état, l'intimée se basant sur deux taux d'atteinte à l'intégrité distincts pour refuser l'octroi d'une IPAI, sa requête portait précisément sur la mise en œuvre d'une expertise combinée tenant compte des trois diagnostics pour calculer un taux unique d'atteinte à l'intégrité.

Par duplique du 1^{er} février 2012, l'intimée a notamment relevé qu'il serait choquant que la recourante puisse obtenir un avis supplémentaire alors qu'elle avait eu l'occasion en temps utile de se déterminer sur les questions à poser au Dr H._____ et qu'elle avait sciemment décidé de ne pas user de cette possibilité. Pour le surplus, l'intimée a confirmé qu'aucune IPAI n'était due au regard des conclusions en tout point concordantes des experts sur la question.

Par déterminations du 11 juillet 2012, la recourante a requis que soit interpellé le Dr W._____, chirurgien orthopédique, ce dernier ayant constaté chez elle la présence de séquelles dues à l'accident qui justifiaient une physiothérapie intensive. Elle a indiqué en outre qu'une opération éventuelle était envisagée. Selon la recourante, il apparaissait

dès lors que son état de santé n'était pas stabilisé, subsidiairement et éventuellement que des séquelles tardives devaient être constatées.

Par détermination du 13 septembre 2012, l'intimée a requis la production par la recourante de tout rapport médical, que ce soit du Dr W. _____ ou de tout autre médecin consulté par cette dernière pouvant attester ses dires, à savoir les séances de physiothérapie intensive prescrite et l'éventuelle opération à envisager estimant qu'à défaut de tels rapports, une quelconque détérioration de l'état de son santé ne pouvait être retenue.

Par détermination du 5 octobre 2012, la recourante a indiqué qu'il était manifeste qu'elle présentait encore des séquelles consécutives à son accident du 26 juin 2008, nécessitant un traitement médical et que par conséquent son état de santé ne pouvait être considéré comme stabilisé, à l'inverse des affirmations de l'intimée. Elle a relevé ainsi que les rapports d'expertise invoqués par cette dernière pour refuser l'octroi d'une IPAI étaient par conséquent incomplets et prématurés. L'assurée a relevé par surcroît que l'intimée avait omis de préciser dans sa décision sur opposition du 29 septembre 2011 que le Dr T. _____ avait estimé que des réserves à long terme sur l'évolution de la cheville (arthrose) devaient faire l'objet d'une avis orthopédique et qu'il était dès lors étonnant que cette dernière puisse être aussi formelle quant au fait que ce praticien aurait admis que son état de santé était stabilisé au plus tard le 14 juin 2010. De plus, le Dr H. _____, dans son expertise du 2 juillet 2011, avait proposé la prise en charge d'infiltrations par l'intimée et que celle-ci y avait adhéré. Au demeurant, selon la recourante, l'intimée faisait donc preuve de mauvaise foi en affirmant que son traitement avait pris fin au plus tard le 14 juin 2010, ce dernier praticien n'ayant jamais conclu que son traitement était terminé en écrivant textuellement que "*il ne devrait pas être observé d'aggravation de l'état actuel*". A cet égard, dès lors qu'il n'avait jamais été admis ou établi que son état de santé était stabilisé, la recourante a renouvelé sa réquisition de mesure d'instruction du 11 juillet 2012 tendant à l'interpellation du Dr W. _____.

A l'appui de son écriture, la recourante a produit deux bons de physiothérapie établis par le Dr W. _____ respectivement les 2 juillet et 24 septembre 2012 et dont il ressort en particulier que ce praticien a retenu les diagnostics de sésamoïdite interne à droite, de hallux rigidus fonctionnel bilatéral et de status post Südeck cheville droite, le traitement physiothérapeutique ayant pour but de contrôler la douleur et l'inflammation (mobilisation sous-talienne), une amélioration de la mobilité articulaire et de l'élasticité (stretching FHL-pyr-TFL-adducteurs), une amélioration de la proprioception et de la stabilité (proprioception en unipodal), une tonification musculaire (gainage avec tonification transverse) et une amélioration de la marche et de la coordination. La recourante a également produit une photo de son pied et de sa cheville droite.

Par détermination du 8 novembre 2012, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a soutenu que l'état de santé de la recourante était stabilisé et qu'elle était légitimée à se déterminer sur l'octroi ou non d'une IPAI, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration de l'état de santé de la recourante. En particulier les mesures préconisées par le Dr H. _____ dans son expertise du 2 juillet 2011, à savoir les supports plantaires et les injections locales, n'étaient pas susceptibles d'améliorer cet état au degré requis de vraisemblance prépondérante. Elle a précisé qu'afin de pouvoir se déterminer quant à la pertinence des nouvelles pièces produites par la recourante, elle avait soumis l'intégralité du dossier médical comprenant également les trois nouvelles pièces produites à l'un de ses médecins-conseils, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

L'intimée a produit l'avis médical établi le 30 octobre 2012 par le Dr X. _____. Ce praticien a donné les réponses suivantes aux questions ci-dessous :

- "1. Les bons de physiothérapie des 02.07.2012 et 24.09.2012 sont-ils à même de modifier ou influencer l'appréciation faite jusqu'à ce jour de l'état de santé de l'assurée considéré comme stabilisé ? (Endzustand)

Non. Les diagnostics "Hallux Rigidus" et "Sésamoidite" ne sont pas dus à l'accident.

2. Un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir certain. Le traitement envisagé par le Dr. H. _____ dans son expertise du 2 juillet 2011, à savoir des infiltrations, est-il susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assurée au degré requis de vraisemblance suffisante ou n'apportera-t-il uniquement une amélioration passagère et lointaine ?

La prescription des supports respectivement les injections locales ne vont pas influencer d'une manière significative l'état de santé de l'assurée dans le futur".

Par courrier du 30 novembre 2012, la recourante a notamment fait valoir que le rapport du médecin conseil de l'intimée n'apparaissait pas pertinent, dès lors qu'en l'absence d'un rapport médical du Dr W. _____, il ne disposait pas de toutes les données nécessaires.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud, son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

2. a) Dans le cas présent, est litigieuse la question de savoir si l'assurance intimée était fondée à nier à la recourante le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), en raison des suites de l'accident du 26 juin 2008 lors duquel elle s'est blessée au pied droit.

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références citées; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), en l'espèce la décision sur opposition du 29 septembre 2011. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1, 117 V 287 consid. 4 et les références citées; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1).

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

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

b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; TF 8C_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5, 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi 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 (TFA U 391/2000 du 9 mai 2001, consid. 2.a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des

améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TFA U 244/2004 du 20 mai 2005, consid. 3.1).

c) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité, ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Exceptionnellement, l'indemnité peut être allouée postérieurement à la fixation de la rente quand il n'est pas encore possible de déterminer, à ce moment déjà, si les autres conditions du droit à l'indemnité sont remplies (ATF 113 V 48). L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelle, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

d) Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle

définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 p. 227). Selon l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références citées). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1 ; TF 8C_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2 ; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

e) Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 352 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

4. En l'occurrence, la recourante soutient en substance que son état n'est pas stabilisé et considère que la décision de l'intimée en ce qu'elle a trait à l'IPAI est par conséquent prématurée.

Dans son rapport médical du 19 août 2009, la Dresse F._____ a indiqué qu'objectivement, la cheville de la recourante et son pied avaient un aspect normal, sans douleur à la palpation, précisant toutefois qu'un préjudice permanent sous forme de douleurs occasionnelles au niveau de la cheville était à craindre. Cette praticienne ne s'est toutefois pas prononcée sur une IPAI en faveur de la recourante.

Dans leur rapport d'expertise du 2 novembre 2009, les Dresses L._____ et V._____, du Centre d'expertises médicales H._____, ont posé comme diagnostic au niveau somatique ayant eu une répercussion sur la capacité de travail de la recourante celui de status après fracture de l'éperon calcanéen compliquée d'une algodystrophie. A ce titre, les examens pratiqués ont montré une différence de 1.8 cm du périmètre du mollet droit par rapport au gauche. Toutefois, la Dresse L._____ a constaté que la recourante marchait normalement, avec une oscillation du tronc harmonieuse à l'alternance du pas, son mollet restant toutefois nettement hypotrophique à droite avec la persistance d'un discret empatement périmalléolaire postérieur à droite, que le calcanéum restait sensible à la palpation plantaire et interne mais qu'il n'y avait aucune

raideur articulaire ni en regard de la cheville, ni en regard de la sous-astragaliennne. Sur le plan radiologique, l'évolution s'avérait concordante avec résolution du trait de fracture et absence de signes locaux d'algodystrophie résiduelle, l'éperon étant à nouveau homogène. En outre, cette spécialiste a précisé que l'algodystrophie avait de toute évidence retardé l'évolution de la guérison, mais que l'on pouvait dire qu'elle était éteinte cliniquement et radiologiquement. S'agissant d'une éventuelle IPAI, cette experte a constaté qu'aucune atteinte à l'intégrité physique n'était susceptible d'être indemnisée car la fracture de l'éperon calcanéen ne concernait aucune articulation du calcanéum, qu'il n'y avait pas de déformation du corps et que les facettes articulaires taliennes et cuboïdiennes n'avaient pas été atteintes par le traumatisme, la fracture de l'éperon calcanéen n'étant pas considérée pour le surplus comme ayant un potentiel arthrogène, que le tendon d'Achille était intact et qu'aucun signe de tendinopathie associée n'avait été observé au niveau des fléchisseurs et des péroniers. Cette praticienne a enfin précisé que selon la Table 2 de la SUVA / Révision 2000, "Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs", la localisation fracturaire de l'éperon calcanéen n'était pas intégrée dans les lésions des dommages permanents mais qu'il fallait en revanche tenir compte de l'atrophie relative mais persistante du mollet droit et, dans une moindre mesure, de la musculature intrinsèque du pied, susceptible de s'améliorer, la récupération de l'atrophie relative du muscle solaire pouvant prendre encore plusieurs mois. Ce médecin a enfin estimé que l'évolution de la situation sur ce point devait être revue dans un délai d'un an après son examen.

Dans son rapport du 14 juin 2010, le Dr T._____, médecin traitant de la recourante, sans se prononcer sur une éventuelle IPAI, a indiqué que la cheville droite de sa patiente resterait sans doute douloureuse en cas d'efforts soutenus et qu'il convenait de préciser les réserves à long terme pour l'évolution de sa cheville (arthrose par exemple), avis qu'il a confirmé dans son rapport du 25 janvier 2011, tout en précisant que les douleurs occasionnelles ne nécessitaient pas une

prise médicamenteuse et qu'il n'avait alors pas d'autres traitement ou recherches médicales à proposer.

Dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2011, le Dr H. _____ a tout d'abord constaté que le mollet droit de la recourante avait un périmètre de 0.5 cm inférieur au gauche, cette diminution de la circonférence n'étant pas significative. En revanche aucune différence n'a été constatée au niveau de la cheville. Il a toutefois mis en évidence une différence de force entre les deux jambes. Comme diagnostics, il a posé celui de status post fracture de l'épine calcanéenne et algoneurodystrophie du pied droit ainsi que celui de status post entorse de la cheville droite avec syndrome du sinus du tarse persistant à droite, cette dernière pathologie motivant un traitement par support plantaire, chaussures adaptées et infiltrations par un spécialiste de la chirurgie du pied. Ce spécialiste en orthopédie n'a finalement pas constaté chez la recourante l'existence d'une atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée.

5. a) S'agissant de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, il résulte du dossier que, à tout le moins lorsque la décision sur opposition litigieuse a été rendue le 29 septembre 2011, son état était stabilisé. En effet, à ce moment-là en tout cas, il n'y avait pas lieu d'attendre une amélioration sensible de son état de santé notamment dans la perspective d'une amélioration ou d'une récupération de sa capacité de travail, celle-ci étant de 100% depuis le 1^{er} septembre 2009 (ATF 134 V 109 consid. 4.3 précité). En outre, on relèvera que le Dr T. _____, dans son rapport du 14 juin 2010, mentionne sans ambiguïté ne pas avoir pas d'autres traitement ou recherches médicales à proposer et que la situation de la recourante ne nécessite plus de suivi médicamenteux. On rappellera ici qu'il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 précité, TFA U 244/2004 du 20 mai 2005, consid. 3.1 précité). Tel est le cas en l'espèce, au stade de la vraisemblance prépondérante, même si des supports plantaires et des injections locales ont été préconisés par le Dr H. _____ dans son rapport d'expertise du 2 juillet

2011. Sur ce point, la Cour de céans fait sien l'avis du Dr X._____, médecin-conseil de l'intimée, auquel cette dernière renvoie dans ses déterminations du 8 novembre 2012, et dont il ressort en substance que ces traitements ne peuvent avoir d'influence significative sur l'état de santé de la recourante. Dans ces conditions, à l'inverse de ce que soutient la recourante, il n'est pas prématuré de se prononcer sur une l'IPAI éventuelle.

b) Sur cette question, le rapport d'expertise du Centre d'expertises médicales H._____ du 2 novembre 2009 exclut de manière claire une atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée en relation avec le status après fracture de l'éperon calcanéen de la recourante en précisant que la localisation fracturaire de cet éperon n'était pas intégrée dans les lésions des dommages permanents selon la Table 2 de la CNA, révision 2000, "Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs". Ce rapport recommande toutefois de réexaminer la situation musculaire de la jambe droite de la recourante à un an.

Le Dr H._____, quant à lui, n'a pas observé d'aggravation de l'état de santé de la recourante dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2011, soit quelque 18 mois après l'expertise du Centre d'expertises médicales H._____. A l'inverse a-t-il constaté que la recourante avait récupéré l'atrophie musculaire relative du mollet droit, la force observée restant toutefois légèrement inférieure de ce côté. Ce médecin a certes posé le diagnostic supplémentaire de status post entorse de la cheville droite avec syndrome du sinus du tarse persistant à droite. Il a toutefois estimé que tant pour la lésion de calcanéum que pour les suites de l'entorse de la cheville de la recourante, le taux d'atteinte à l'intégrité était inférieur à 5%.

Au regard de ce qui précède, force est de constater que les experts consultés sont unanimes sur l'absence totale d'atteinte à l'intégrité en ce qui concerne le status après fracture de l'éperon calcanéen. On relèvera en outre que le 2e diagnostic posé par le Dr H._____ (entorse de la cheville avec syndrome du sinus du tarse

persistant à droite) n'en entraîne pas non plus à lire la Table 2 de la CNA et l'avis de ce médecin. En effet, à l'inverse de ce qu'allègue la recourante, il ressort de l'expertise du Dr H. _____ que ce dernier a fixé le taux d'IPAI en tenant manifestement compte non seulement de tous les aspects orthopédiques mais aussi des aspects rhumatologiques (et plus spécifiquement musculaires) puisque les examens cliniques qu'il a pratiqués sur la recourante ont aussi porté sur cette problématique. Ainsi a-t-il considéré que le taux de 5% n'était pas atteint compte tenu de toutes les séquelles présentées par la recourante.

Concernant l'expertise du Centre d'expertises médicales H. _____ et celle du Dr H. _____, la Cour de céans considère qu'elles remplissent chacune les réquisits jurisprudentiels pour leur conférer pleine valeur probante et sont en outre largement concordantes. Dans ces conditions, la Cour ne voit pas de raison de s'en écarter d'autant plus qu'aucun autre rapport médical au dossier antérieur à la décision litigieuse ne vient contredire cette appréciation, en particulier ceux de la Dresse F. _____ et du Dr T. _____.

Dans ces conditions, il apparaît clairement que la recourante n'a pas droit à une IPAI que l'on cumule ou que l'on traite séparément les deux diagnostics, le seuil des 5% pour son octroi n'étant pas atteint.

c) Comme rappelé ci-dessus, selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Toutefois, cette règle ne vise que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, même si la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé pouvait être considérée comme une circonstance établie, si cette aggravation n'est pas

quantifiable elle ne peut être prise en considération (ATFA du 22 septembre 2000, U 173/00).

Ainsi il ne saurait être tenu compte en l'état de la circonstance évoquée par l'intimée selon laquelle une atteinte à l'intégrité entre 5 et 15% selon la table 5.2 de la CNA, pourrait intervenir dans un laps de temps d'environ 5 à 10 ans si l'état de l'assurée venait à s'empirer et que l'arthrose devenait plus marquée. Comme l'a indiqué à juste titre l'intimée dans son courrier du 20 septembre 2010, si une telle aggravation survenait, une révision serait alors possible.

d) Quant aux séances de physiothérapie prescrites par la suite par le Dr W. _____ et les nouveaux diagnostics qu'il pose à savoir celui de "sésamoïdite interne à droite" et de "hallux rigidus fonctionnel bilatéral", la Cour de céans relève qu'il s'agit d'éléments postérieurs à la décision litigieuse qui ne peuvent entrer en ligne de compte dans le cadre de la présente procédure.

6. Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de complément d'instruction sous la forme d'une expertise ou de procéder à l'audition du Dr W. _____, comme le demande la recourante, dont la requête doit dès lors être rejetée, ces mesures d'instruction n'étant pas en mesure de modifier l'appréciation de la Cour de céans.

7. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 29 septembre 2011 par l'intimée confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de

dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 29 septembre 2011 par la Compagnie d'Assurances Z. _____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Isabelle Jacques, avocate (pour Q. _____),
- Compagnie d'Assurances Z. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :