

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Berberat et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représentée par Me Georges Reymond,
avocat à Lausanne,

et

H._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1, 24 et 25 LAA.

E n f a i t :

A. a) C._____ (ci-après : l'assurée), née en 1952, était employée en tant que professeur d'anglais à 40,90% auprès du Gymnase [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse G._____, membre du S._____ SA et ayant pour partenaire [...] (ci-après : H._____) pour les prestations de longue durée au sens de l'art. 70 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20).

Le 3 janvier 2004, l'assurée descendait une piste à ski, sur de la neige dure et gelée, lorsque l'arrête de l'un de ses skis a heurté un gros caillou qui dépassait en hauteur. Sous l'effet de ce choc, ses skis se sont croisés et elle a été projetée en avant. Elle s'est réceptionnée sur la neige dure et glacée avec le côté gauche du visage, finissant sa chute quelques mètres plus loin. L'intéressée a été transportée le jour même à l'Hôpital régional de R._____, où il a été constaté que le front, la mâchoire et la région orbitale gauches étaient tuméfiés et douloureux à la palpation mais qu'il n'y avait aucune lésion osseuse au vu des radiographies effectuées, le diagnostic retenu étant celui de lésions traumatiques superficielles de la tête. L'assurée a quitté l'hôpital le jour suivant (cf. rapport de cet établissement du 19 février 2004; cf. rapport final du S._____ SA du 19 janvier 2005). Son employeur a par la suite dûment annoncé l'accident en question auprès de la Caisse G._____ (cf. déclaration d'accident LAA du 16 janvier 2004).

Après cet événement, l'intéressée tentera à diverses reprises de reprendre son travail totalement ou partiellement, avant de cesser finalement son activité pour le 30 avril 2007 ou le 30 juin 2007, selon les versions.

Le 12 janvier 2004, l'assurée a consulté son médecin généraliste traitant, le Dr D._____. Ce dernier a décidé de mettre en œuvre un scanner cérébral. Dans le rapport y relatif du 13 janvier 2004, le

Dr N._____, radiologue, a conclu à une fracture comminutive antérieure et du plancher du sinus maxillaire gauche avec hémato-sinus, étant précisé qu'il n'y avait pas de lésion suspecte de nature post-traumatique au niveau du parenchyme cérébral. Aux termes d'un rapport du 16 février 2004, le Dr D._____ a fait état d'une fracture par enfoncement du massif facial gauche et d'un traumatisme crânio-cérébral simple. Le 1^{er} mars 2004, ce médecin a précisé que l'évolution était lentement favorable avec une diminution des vertiges et du status algique, tout en notant des céphalées persistantes et des troubles de la concentration. Le 17 juillet 2004, le Dr D._____ a signalé la persistance d'algies faciales sévères, avec céphalées et vertiges post traumatiques, ainsi qu'une fatigabilité intellectuelle marquée; il a également mentionné une discrète amélioration au fil du temps.

A teneur d'un rapport du 4 octobre 2004 faisant suite à un scanner cérébral, le Dr N._____ a constaté que les résultats de l'examen pratiqué étaient dans les limites de la norme pour l'âge.

Dans un rapport du 22 novembre 2004, la Dresse M._____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, a observé une hyperesthésie au niveau des nerfs V1, V3 à droite et V2 à gauche ainsi qu'une irrégularité de la crête malaire et du cadre orbital gauche. Elle a diagnostiqué un status sur fracture du malaire gauche, une fracture de type Le Fort II peu déplacée ainsi qu'une contusion cervico-cérébrale. Le 3 décembre suivant, la Dresse M._____ a mentionné une aggravation des céphalées avec vertiges, suite à une surcharge professionnelle (burn out). Elle a également résumé les antécédents de l'intéressée, laquelle s'était en particulier enchâssée sous un camion quinze ans plus tôt et avait été victime d'un coup du lapin il y avait de cela trois ans. A titre de diagnostics, il était notamment fait mention d'une fracture de type Le Fort II avec malaire gauche, d'un traumatisme crânio-cérébral ainsi que d'une surcharge psychique et physique. La Dresse M._____ a ajouté qu'une thérapie neurale de régulation du système neurovégétatif avait été mise en œuvre et qu'un traitement par biorésonance allait être débuté.

Un examen radiologique de la colonne cervicale face/profil et transbuccale a été effectué le 31 janvier 2005. Dans son rapport y relatif, la Dresse Z._____, radiologue, a notamment constaté un petit pincement discal C4-C5, sans réaction osseuse. Elle a conclu à une importante rectitude cervicale avec attitude scoliotique à convexité gauche, mais n'a pas observé de lésion traumatique cervicale identifiée.

Le 11 mars 2005, la Dresse M._____ a fait état d'une nette amélioration de l'état général et d'une correction progressive avec renforcement de l'état psychique par thérapie cognitivo-comportementale.

Par rapport du 14 mars 2006, le Dr W._____, neurologue, a indiqué que l'assurée avait subi un accident de vélo en 1977 laissant de façon séquellaire une hyperesthésie hémifaciale gauche, puis qu'elle avait été victime d'un accident automobile grave l'année suivante, avec distorsion cervicale accidentelle, et d'une fissure claviculaire en 1979. L'intéressée avait développé dans les suites de l'accident automobile de 1977 [sic] des cervico-céphalalgies intermittentes avec épisodes d'hypotension orthostatique. Le Dr W._____ l'avait vue en décembre 1989, alors qu'elle se plaignait depuis six mois de céphalées sourdes, postérieures, en casque et constrictives, associées à un sentiment d'instabilité non latéralisée et une impression vertigineuse non rotatoire, avec des fourmillements au niveau de la face antérieure des avant-bras. Du point de vue clinique, ce neurologue avait noté un syndrome cervical modéré, des points d'insertion douloureux au niveau des trapèzes bilatéralement, ainsi qu'une discrète hyperesthésie et hyperalgésie au niveau de l'hémiface gauche. Cela étant, le Dr W._____ a précisé que l'on retrouvait à l'heure actuelle un syndrome cervico-vertébral gauche modéré ainsi qu'une hyperesthésie et une hyperalgésie au niveau de l'hémi-face gauche, peut-être plus prononcée que ce qu'elle n'était lors de l'examen de 1989. Il a ajouté que l'assurée présentait en outre des cervico-céphalalgies associées à des troubles neuropsychologiques, qu'il préconisait d'investiguer.

A teneur d'un compte-rendu d'examen neuropsychologique du 12 juin 2006, K._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, a relevé que les plaintes de l'assurée concernaient surtout des états nauséux avec vertiges lors d'efforts intellectuels, particulièrement en lecture avec fléchissement de la tête. L'intéressée avait également remarqué quelques difficultés locutoires, une perte du sens de l'orientation spatiale, des oublis et troubles de la mémoire, une fatigabilité, des douleurs crâniennes. Le neuropsychologue K._____ a de surcroît observé que, pendant l'examen, l'assurée s'était plainte de nausées - notamment lors des épreuves de concentration soutenue - et de sensations de compression crânienne avec douleurs. Il a par ailleurs exposé ce qui suit :

"L'examen neuropsychologique met en évidence les signes objectifs d'une souffrance cérébrale qui évoquent une atteinte fronto-temporale bilatérale.

Ces signes concernent surtout la mémoire de fixation à court terme à la fois pour des données spatiales et verbales. (le symptôme spatial serait atypique dans le cas d'une souffrance simplement globale). Nous relevons également des difficultés spécifiques dans l'intégration auditive, au niveau de la reproduction de rythmes et de la répétition de messages verbaux reçus en situation dichotique. L'attention soutenue avec effort pendant 20 minutes montre une variation progressivement pathologique. D'une manière générale, la mémoire de travail et la vitesse de traitement montrent un décalage net par rapport aux capacités verbales et non verbales, qui, elles, résistent mieux à l'affaiblissement des performances ("intelligence cristallisée" ou capacités mentales de base).

Les fonctions de raisonnement et de mémoire à long terme sont précisément intactes, si l'on ne tient pas compte des déficits de la mémoire à court terme, des faiblesses de l'intégration auditive, du léger déséquilibre de la balance inhibition-impulsivité, de l'attention soutenue fragile, avec fatigabilité. Les ressources sont donc suffisantes pour permettre à la patiente de « rebondir » en maîtrisant ces faiblesses, Le cas échéant en modifiant l'activité professionnelle qui représente, avec ces conditions particulières, un grand facteur de stress.

Les signes obtenus en situation expérimentale correspondent aux signes cliniques qui ont accompagné les séances d'examen. Il s'agit de ralentissements du travail intellectuel, quelques fois, au contraire, de réponses impulsives. Dans l'ensemble, les résultats montrent une bonne congruence et l'indice de sincérité aux échelles neuro-comportementales est bon.

Dans la situation professionnelle réelle de la patiente, il faut compter avec l'accumulation toujours possible des conséquences neuropsychologiques du trauma. [...]"

Aux termes d'un rapport du 30 août 2007 consécutif à un CT-scan du massif facial, le Dr T._____, radiologue, a conclu à une petite irrégularité de la paroi antérieure du sinus maxillaire gauche, à distance du trou sous-orbitaire, pouvant témoigner de remaniement post-traumatique consolidé. Il a également observé l'absence de lésion osseuse sur le trajet du nerf sous orbitaire.

Une compression du nerf V2 à gauche ayant été révélée au niveau du versant intra-orbitaire, dans le plancher de l'orbite, le Prof. X._____, de la Division de chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier F._____), a réalisé le 24 octobre 2007 une décompression intra-orbitaire du trajet de ce nerf.

Par rapport du 6 novembre 2007, la Dresse V._____, nouveau médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics de compression du nerf crânien V2 intra-orbitaire suite à une fracture de l'os malaire gauche en 2004 et de status après traumatisme crânio-cervical. Elle a précisé qu'objectivement, l'assurée présentait une hypoesthésie du territoire du nerf V2 et un syndrome irritatif créant des dysesthésies douloureuses exacerbées à la moindre mobilisation cervicale ainsi qu'au froid. Elle a réservé une éventuelle disparition de la symptomatologie suite à la décompression de ce nerf effectuée récemment.

Dans un questionnaire de la Caisse G._____ du 3 avril 2008, le Dr P._____, chef de clinique maxillo-faciale auprès du Centre hospitalier F._____, a indiqué que l'évolution était favorable suite à l'intervention du 24 octobre 2007, avec une nette diminution des douleurs mais avec la persistance d'une branche du nerf V2 douloureuse. Il a relevé que le pronostic était difficile à évaluer et qu'il fallait s'attendre à un dommage permanent consistant en d'éventuelles céphalées résiduelles.

L'assurée a été reçue le 7 juillet 2009, à sa demande, à la consultation du Dr J._____, neurologue. Sans avoir pu prendre connaissance du dossier médical, ce dernier a fait part de ses

observations dans un rapport du 10 juillet suivant. Il a retenu les diagnostics de status post accident de ski avec traumatisme crânien et facial le 3 janvier 2004, d'algie faciale gauche à prédominance en V2, de status post fracture faciale, de céphalées de type tensionnelles (diagnostic différentiel : post traumatiques) et de troubles neuropsychologiques d'origine indéterminée. Il a indiqué que les douleurs faciales post-traumatiques et également des céphalées post-traumatiques qui se transformaient au fil du temps en des céphalées de type tensionnelles pouvaient apparaître à la suite d'un traumatisme. Sans imagerie cérébrale de la phase aiguë, il était toutefois difficile d'estimer la sévérité du trouble crânio-cérébral. Le Dr J._____ a observé par ailleurs que même si l'intervention du Prof. [...] [recte : X._____] en 2007 avait nettement amélioré les douleurs faciales, les troubles neurologiques avaient néanmoins persisté et ne s'étaient, selon l'assurée, pas améliorés. Cette dernière était toutefois très réticente à la prise de médicaments, ce qui constituait un obstacle pour la soulager et lui permettre de diminuer sa fatigabilité dans le cadre de son syndrome douloureux chronique complexe.

b) Entre-temps, soit le 22 janvier 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Dans ce contexte, le Prof. X._____ a notamment indiqué, le 13 mars 2008, que l'assurée avait été opérée en date du 24 octobre 2007 pour une décompression du nerf V2 gauche dans le but d'éliminer une névralgie post traumatique. Un mandat d'expertise a ultérieurement été confié au Centre [...] (ci-après : le Centre I._____) de [...], où l'assurée a été examinée par le Dr E._____, neurologue, le Dr A._____, psychiatre, et la neuropsychologue Y._____. Dans leur rapport du 25 juin 2008, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

*"4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
[...]*

- Status après accident de ski (3.1.2004) ayant entraîné une fracture malaire et un hématosinus, un TCC mineur avec commotion cérébrale et une probable distorsion cervicale simple.
- Syndrome post-commotionnel/post-distorsion cervicale avec troubles neuropsychologiques modérés

- Trouble anxieux dépressif mixte (F41.2).

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail* [...]

- Hyperesthésie faciale gauche après décompression du V2 gauche suite au traumatisme facial (3.1.2004)"

Sous l'angle neurologique, les experts ont précisé que l'examen ne mettait en évidence aucune anomalie significative, hormis une légère limitation de la mobilité de la nuque avec provocation de quelques douleurs occipitales et une possible discrète hyperesthésie faciale gauche. Sur le plan neuropsychologique, les troubles constatés étaient modérés et se trouvaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 janvier 2004, quand bien même plusieurs indices suggéraient la participation de facteurs psychiques, non organiques, au tableau. Enfin, le trouble anxieux et dépressif mixte – très probablement en relation de causalité avec l'accident et ses conséquences psychiques – était d'intensité modérée et, cumulé aux troubles douloureux et cognitifs modérés imputables aux suites de l'accident, il renforçait légèrement ces derniers dans la mesure où il diminuait lui aussi les capacités cognitives et augmentait les sensations douloureuses (tensions musculaires, seuil douloureux abaissé). Compte tenu de ces éléments, les experts ont arrêté à 30% l'incapacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ainsi que ses empêchements sur le plan ménager.

Par décision du 29 janvier 2010 confirmant un projet du 19 mars 2009, l'OAI s'est fondé sur l'expertise susdite pour allouer à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 30 avril 2006.

Par acte du 9 mars 2010, l'assurée a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours à l'encontre de cette décision.

c) Sur mandat du S. _____ SA, l'assurée a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire à la Clinique L. _____, Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Après avoir pris connaissance

des différents documents médicaux transmis à cette fin - dont le rapport d'expertise du Centre I. _____ du 25 juin 2008 - et examiné l'assurée, la Dresse B. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), et Q. _____, neuropsychologue, ont notamment exposé ce qui suit dans leur rapport d'expertise du 18 août 2011 :

"ANALYSE PAR DIAGNOSTICS D'ORL

DIAGNOSTICS : Status après fracture du sinus maxillaire et du malaire gauche. Status après décompression du nerf V2 à gauche en 2007.

Avec lien de causalité au moins vraisemblable (>50%) avec l'événement du 3 janvier 2004

[...]

4. EXAMEN CLINIQUE LORS DE L'EXPERTISE

[...]

Autres examens ORL

L'explorée signale avoir été bilantée auprès du Docteur P. _____, suite à la description de sensations de vertiges et d'hyperacousie. Selon ses dires, les tests réalisés n'ont rien décelé de particulier. A l'époque, elle décrivait l'hyperacousie douloureuse, mais le bilan audiométrique était considéré comme normal. Elle a également bénéficié d'une vidéonystagmographie (VNG) dont l'examen s'est avéré normal. L'investiguée déclare ne pas avoir bénéficié de traitement ni de physiothérapie concernant cette symptomatologie. Ainsi, l'experte ne retient pas le diagnostic de vertiges et ne retrouve pas de séquelle de ce type.

[...]

6. ARGUMENTS POUR AVOIR RETENU LE DIAGNOSTIC

Plaintes et symptômes actuels

Madame C. _____ se plaint essentiellement de séquelles liées à la compression du nerf V2 malgré une tentative de décompression trois ans après l'accident. Certains symptômes persistent comme une hypoesthésie du territoire du nerf V2, des douleurs exacerbées par le froid, une hypersensibilité de cette zone, ainsi que des douleurs au niveau de l'arcade dentaire supérieure gauche. L'expertisée se plaint de dysesthésies et de paresthésies persistantes en rapport avec la prise en charge vraisemblablement tardive de cette fracture du malaire gauche, hyperesthésie étant pour sa part antérieure à l'accident. La fracture du malaire gauche est responsable de lésions irréversibles au niveau du nerf V2 bien qu'une amélioration à 80% des douleurs à ce niveau ait pu être observée selon les dires de l'assurée.

Les symptômes objectivés sont les douleurs à type [...] de décharges électriques au niveau du territoire du nerf V2 lors du contact avec le froid, une hyperesthésie et des dysesthésies dans le

territoire cutané de la joue gauche, et des douleurs au niveau de l'arcade dentaire supérieure gauche. D'un point de vue esthétique, il existe une amyotrophie du muscle buccinateur, responsable d'une asymétrie au niveau des deux joues.

[...]

10. EVOLUTION PREVISIBLE

Argumentaire

Les fractures du sinus maxillaire et du malaire gauche étant déjà consolidées, l'évolution prévisible ira vers le maintien de cette guérison. L'état est donc stabilisé depuis la fin de l'année 2007 et un traitement complémentaire n'apportera pas d'autre amélioration plus notable que celle constatée après la libération du nerf.

L'accident de 2004 a créé une fracture peu déplacée du malaire gauche, avec plicature et incurvation vers le bas du plancher de l'orbite, la compression nette étant relevée dans le versant intra-orbitaire.

Pour ces raisons, même s'il existait une hyperesthésie hémifaciale gauche depuis 1977 et qu'il a été cité que celle-ci n'était pas significativement modifiée par la chute de 2004, la composante irritative et l'opération qui en a découlé résulte de la chute à ski de 2004. La composante déficitaire, pour sa part, est liée plus vraisemblablement à l'accident de 1977.

Malgré la décompression du nerf V2 trois ans après l'accident, il persiste encore actuellement des douleurs à type de décharges électriques au niveau du territoire du nerf V2 lors du contact avec le froid ainsi qu'une hyperesthésie et des dysesthésies dans le territoire cutané de la joue gauche.

[...]

Taux d'atteinte à l'intégrité (taux défini en tenant compte de ce qu'il pourra devenir à l'avenir) selon les tables de la SUVA : 10%.

ANALYSE PAR DIAGNOSTICS DE NEUROROPSYCHOLOGIE

DIAGNOSTIC : Troubles cognitifs modérés.

Sans lien de causalité au moins vraisemblable (>50%) avec événement du 3 janvier 2004

[...]

6. ARGUMENTS POUR AVOIR RETENU LE DIAGNOSTIC

Plaintes actuelles et symptômes

- Troubles attentionnels sévères.
- Troubles exécutifs légers.
- Déficit de gestion des interférences.
- Fatigabilité accrue.

[...]

Interprétation

L'assurée présente visiblement des troubles cognitifs modérés, incluant des difficultés importantes au niveau des épreuves attentionnelles et de gestion des interférences, ainsi que des faiblesses sur le plan exécutif (initiation, flexibilité).

[...]

Si les difficultés sont légères à modérées, les répercussions fonctionnelles de ces difficultés semblent très importantes. Néanmoins, la cohérence du tableau, sa stabilité depuis 2006, les difficultés modérées dans certaines tâches, mais la réussite de plusieurs épreuves demandeuses sont des arguments qui vont à l'encontre d'une hypothèse de surcharge cognitive. Les plaintes de l'assurée sont par ailleurs cohérentes avec le résultat des tests effectués. Les nombreuses plaintes de l'assurée évoquent ainsi plutôt un seuil de tolérance très bas aux difficultés cognitives, une hypersensibilité émotionnelle à ses propres erreurs, où chaque difficulté est repérée et consignée. Il existe donc une composante de personnalité amenant l'assurée à enregistrer et consigner minutieusement ses limitations, afin de pouvoir les rapporter en détails.

Si une partie du tableau clinique est compatible avec les suites d'un TCC, une IRM, si elle n'a pas été réalisée, voire une scintigraphie PET ou SPECT, permettrait de conforter l'hypothèse de l'origine lésionnelle des troubles. Les troubles cognitifs observés à l'examen neuropsychologique sont probablement actuellement majorés par la fatigue dont se plaint l'assurée ainsi que de ses douleurs (notamment les céphalées). En effet, l'assurée décrit une covariation entre les problématiques algiques et de fatigue d'une part, et les difficultés cognitives d'autre part.

La question de la causalité a déjà été abordée par le passé, et peut être retenue de suite après la chute et pour plusieurs mois ; au-delà, il existe d'autres composantes ayant des conséquences sur le tableau clinique, telle qu'en témoigne par exemple la recrudescence des céphalées avec vertiges lors d'une surcharge de travail, ayant amené les médecins à poser la question d'un burn-out ou la persistante fatigue.

[...]

10. EVOLUTION PREVISIBLE

Argumentaire

L'état étant stabilisé de longue date, les traitements proposés permettraient peut être d'apporter une amélioration, laquelle serait de l'ordre plus d'un confort dans son quotidien. A noter que l'assurée est réticente à tout traitement médicamenteux et qu'aucun suivi psychiatrique adapté ne semble avoir été mis en place. A savoir toutefois que le traitement par certains types d'antidépresseurs tricycliques à dose filée pourrait être envisagé, permettant d'augmenter le seuil de tolérance à la douleur et de diminuer les algies, ayant ainsi une action positive sur la fatigue.

11. LIMITATIONS FONCTIONNELLES PROPRES A CE DIAGNOSTIC

Sans restriction	De façon restreinte
-------------------------	----------------------------

Capacité de concentration : [] [x]
Capacité de compréhension : [x] []
Capacité d'adaptation : [] [x]
Rythme de travail : [] [x]
Autres, si oui lesquelles : [] [x]
Fatigabilité.

Maîtrise du chemin de travail

Aptitude à conduire un véhicule automobile : [] [x]

Dans la mesure où des résultats de tests neuropsychologiques permettent de prédire la capacité de conduite, il nous semble en effet important que l'expertisée maintienne les limitations qu'elle affirme suivre actuellement : conduite sur des trajets très courts, généralement connus, et sans tâche interférente.

DISCUSSION ET SYNTHESE PLURIDISCIPLINAIRE

Les expertes se trouvent en face de Madame C. _____, âgée de 58 ans, mère de famille, ayant exercé en qualité de Professeur d'anglais à [...] depuis 1989. Dans ses antécédents traumatologiques, on retrouve au moins deux accidents importants dont une chute à vélo en 1977 ayant été responsable d'une hyperesthésie de l'hémiface gauche et un accident grave en voiture. Par contre, elle n'a pas d'autres antécédents médicaux particuliers.

Le 3 janvier 2004, elle a été victime d'une chute à ski, entraînant un TCC avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle. Cet accident a occasionné une fracture du malaire et une fracture comminutive antérieure et du plancher du sinus maxillaire gauche, comme le confirmera ultérieurement un scanner cérébral. Par ailleurs, une fracture peu déplacée de type LE FORT II a été mentionnée, mais n'est pas retenue par l'experte ORL, une fracture de ce type étant bilatérale, alors que l'assurée présente une fracture unilatérale, pour laquelle il convient de parler plutôt d'hémi LE FORT II.

La suite a été marquée par des algies faciales sévères avec hyperesthésie du nerf maxillaire et par des céphalées temporo-frontales gauches (ces dernières existaient depuis 1989, mais ont été exacerbées par l'accident du 3 janvier 2004). Le traitement, d'abord conservateur, a été complété trois ans après l'accident initial, par une décompression intra-orbitaire du trajet du nerf crânien V2 à gauche devant une perte de la sensibilité du territoire de ce nerf. Une amélioration de l'ordre de 80% a été notée par l'assurée après cette cure chirurgicale.

Un examen neuropsychologique datant de juin 2006 a mis en évidence des signes objectifs d'une souffrance cérébrale. En avril 2008, une expertise interdisciplinaire a été effectuée dans le cadre de l'ASSURANCE-INVALIDITE. Les experts ont posé comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un status après accident de ski ayant entraîné une fracture malaire, un hématosinus, un TCC mineur, avec commotion cérébrale ainsi qu'une probable distorsion cervicale simple. L'hyperesthésie faciale

après décompression du nerf crânien V2 gauche a été retenue comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail.

Actuellement, sur la base de l'anamnèse et de leur examen respectif, les expertes ont retenu les diagnostics de status après fracture du sinus maxillaire et du malaire gauche, de status après décompression du nerf V2 à gauche et de troubles cognitifs modérés.

[...]

1. SYNTHÈSE

Signes cliniques et paracliniques principaux

Sur le plan ORL, les symptômes cliniques encore présents sont des douleurs à type de décharges électriques au niveau du territoire du nerf V2 lors du contact avec le froid. Sont également présentes une hyperesthésie et des dysesthésies dans le territoire cutané de la joue gauche, et des douleurs au niveau de l'arcade dentaire supérieure gauche. D'un point de vue esthétique, il existe une amyotrophie du muscle buccinateur, responsable d'une asymétrie au niveau des deux joues.

Sur le plan neuropsychologique, on observe des troubles attentionnels importants, ainsi que des difficultés à gérer les interférences et des difficultés exécutives. [...] En outre, une fatigabilité accrue apparaît.

Etat actuel, interactions et évolution prévisible

Pour les seules suites de l'accident, il n'existe plus d'amélioration notable à attendre, l'état étant globalement stabilisé depuis 2007, à l'issue de la libération chirurgicale.

A l'heure actuelle, les déficits cognitifs observés sont multi-causals, ils sont modérés et touchent les domaines exécutif et attentionnel. L'amélioration de la problématique cognitive est possible, mais dépend à la fois d'une diminution de la fatigue, des douleurs et d'une rééducation neuropsychologique.

En ce qui concerne les plaintes de fatigue et les céphalées, un bilan orthopédique avec radiographies actuelles pourrait être réalisé, un petit pincement discal dégénératif en C4-C5 ayant été cité en 2005.

Taux global d'atteinte à l'intégrité

A la suite de l'accident du 3 janvier 2004, le taux d'atteinte à l'intégrité est de 10% sur le plan ORL en raison des troubles sensitifs du nerf V2 à gauche."

Par décision du 11 novembre 2011, H. _____ a reconnu le droit de l'assurée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 10'680 fr. sur la base d'une perte d'intégrité de 10%, telle qu'arrêtée aux termes du rapport d'expertise du 18 août 2011 en lien avec les troubles sensitifs du nerf V2 à gauche.

L'assurée, sous la plume de son mandataire, a formé opposition à l'encontre de cette décision par acte du 14 décembre 2011. Pour l'essentiel, elle s'est prévalu d'une perte d'intégrité de 40% à raison de 10% pour des troubles de locution, de 10% pour ses problèmes de mémoire et de concentration et de 20% pour les troubles sensitif du nerf V2. Cela étant, elle a estimé pouvoir prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 42'720 fr.

Par décision sur opposition du 1^{er} février 2012, H._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 11 novembre 2011. Dans sa motivation, l'assurance a considéré que l'intéressée n'apportait aucune constatation médicale nouvelle susceptible de modifier le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixé à 10% par les experts de la Clinique L._____. En particulier, H._____ a observé que les experts avaient certes constaté des troubles cognitifs modérés dans les domaines exécutif et attentionnel mais qu'en raison de l'origine multi-causale de ces déficits cognitifs, le lien de causalité naturelle avec l'événement du 3 janvier 2004 n'avait pas été retenu. Quant aux troubles de locution évoqués par l'assurée, il y avait lieu de relever que selon le rapport d'expertise, les autres fonctions cognitives - dont le langage - étaient globalement préservées, le discours de l'intéressée étant cohérent et informatif, sans manque de mot. Dès lors que les constatations médicales réfutaient le caractère accidentel prépondérant des problèmes cognitifs observés, c'était donc à juste titre qu'aucune atteinte à l'intégrité n'avait été retenue à cet égard.

d) Dans le cadre de la procédure judiciaire l'opposant à l'OAI, l'assurée a vu son recours partiellement admis par arrêt du 16 février 2012 (AI 94/10 - 59/2012), la décision de l'office étant annulée et la cause renvoyée à ce dernier pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Les considérants de l'arrêt cantonal renaient notamment que si les conclusions des experts du Centre I._____ s'avéraient convaincantes sur le plan médical, de plus amples mesures d'investigation étaient en revanche nécessaires afin de déterminer le préjudice économique de l'intéressée.

B. **a)** Agissant par l'entremise de son conseil, C._____ a recouru le 5 mars 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 1^{er} février 2012, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à H._____ pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante conteste le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité arrêté à 10% par l'intimée. Elle considère que cette dernière n'a pas tenu compte de ses problèmes d'équilibre, de ses difficultés à opérer des choix et de son hyper fatigabilité, que le lien entre ses troubles cognitifs et son accident est «*plus que vraisemblable*» et que l'origine multi-causale des déficits cognitifs observés est irrelevante. Par ailleurs, elle fait valoir que ses problèmes de locution engendrent une perte d'intégrité de 10% et que ses troubles de mémoire et de concentration peuvent induire une perte d'intégrité allant jusqu'à 20%. Quant aux autres fonctions cognitives, l'intéressé allègue que les experts de la Clinique L._____ ont uniquement estimé qu'elles semblaient préservées, sans se montrer «*si affirmatifs que ça*». Enfin, se référant au litige l'ayant opposée à l'OAI, la recourante soutient que le dossier constitué par cet office contenait essentiellement les mêmes pièces que le dossier d'H._____ (à l'exception du rapport d'expertise de la Clinique L._____ du 18 août 2011), qu'il n'en a pas moins été jugé insuffisant aux termes de l'arrêt cantonal du 16 février 2012 au point de justifier le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, et que, dans ces conditions, on voit mal comment il pourrait en aller autrement dans le cadre de la présente affaire. A l'appui de ses dires, la recourante produit notamment une copie de l'arrêt cantonal du 16 février 2012.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 19 avril 2012. Pour l'essentiel, elle reprend l'argumentation développée dans la décision querellée. Elle ajoute, s'agissant du litige entre la recourante et l'OAI, que seule l'appréciation du cas sur le plan économique a été contestée par les juges cantonaux, à l'exclusion du dossier médical constitué par l'office. Or, la question du préjudice économique dans le cadre d'une rente d'invalidité ne peut être

comparée à l'examen du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui n'est basé que sur des pièces médicales.

Par réplique du 9 mai 2012, la recourante se prévaut de deux courriers des 17 janvier et 6 juillet 2006 de la Division du médecin cantonal du Service de la santé publique du canton de Vaud, concernant des mesures d'aménagement de son horaire et de son poste de travail envisagées dans le cadre de son dernier emploi eu égard à son état de santé. A titre de mesure d'instruction, elle requiert l'audition de trois témoins et, arguant d'une diminution de son intégrité de 10% en lien avec ses problèmes de locution et de 20% en raison de ses troubles de mémoire et de concentration, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale tendant à établir l'ampleur de ces atteintes.

Se déterminant le 29 mai 2012, l'intimée considère que les mesures d'instructions requises par la recourante ne sont pas susceptibles de modifier l'appréciation des faits et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'y procéder. L'assurance ajoute que les nouvelles pièces produites par l'intéressée concernent des faits anciens, relatifs notamment à la capacité de travail de cette dernière en 2006, et ne remettent pas en question les conclusions du rapport d'expertise du 18 août 2011.

b) A la requête du juge instructeur, le dossier de l'assurance-invalidité a été versé en cause le 13 mars 2013. Il en résulte notamment que, le 24 octobre 2012, l'assurée a débuté un stage d'orientation professionnelle auprès du Centre U._____, pour une durée de trois mois. Dans ce contexte, le Dr O._____, nouveau médecin généraliste traitant, a établi deux certificats médicaux les 30 octobre et 2 novembre 2012, attestant une entière incapacité de travail du 26 au 29 octobre 2012 puis du 1^{er} au 30 novembre 2012. En outre, les intervenants du Centre U._____ ont observé que l'assurée se fatiguait très vite en très peu de temps, qu'elle pouvait se concentrer un maximum de quinze minutes sur une activité, qu'elle devait ensuite s'accorder une pause pour récupérer mais que sa fatigue, loin de diminuer, allait plutôt en s'accroissant, ce qui occasionnait chez elle des migraines et des nausées, voire une envie de

vomir; en outre, des pertes d'équilibres ont été constatées. Puisant de plus en plus dans ses réserves physiques et psychiques, l'assurée s'est finalement trouvée à bout de force et, lors de son dernier entretien avec les intervenants du centre, a fait part de son incapacité à poursuivre la mesure malgré toute sa bonne volonté. Dite mesure a par conséquent été interrompue dès le 5 novembre 2012 afin de ne pas péjorer davantage l'état de santé de l'intéressée et de préserver son équilibre psychique demeuré fragile (cf. rapport du Centre U. _____ du 6 novembre 2012). Interpellé par l'OAI le 29 novembre 2012, le Dr O. _____ a précisé que le stage susmentionné avait dû être interrompu en raison de troubles paniques, d'épisodes d'anxiété généralisée et d'insomnie.

Par acte du 10 avril 2013, H. _____ renonce à déposer des déterminations supplémentaires, faute de nouveaux éléments médicaux.

Prenant position le 4 juillet 2013, la recourante se prévaut notamment des circonstances ayant conduit à l'interruption de son stage d'orientation professionnelle et estime qu'au vu de sa situation médicale - physique et psychique - alarmante, c'est de manière arbitraire que l'intimée a retenu une perte d'intégrité de 10%, cette perte s'élevant d'après elle au moins à 40%.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut accorder plus que le recourant n'avait demandé ou réformer la décision attaquée au détriment du recourant (cf. art. 61 let. d LPGA; cf. art. 89 et 99 LPA-VD). Le tribunal n'est pas non plus lié par la motivation du recours ou de la décision attaquée.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle la recourante peut prétendre du fait de l'accident du 3 janvier 2004.

3. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf.

ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

Au cas d'espèce, cela signifie que les documents en mains de la Cour de céans qui sont postérieurs au prononcé de la décision entreprise – s'agissant en particulier du dossier d'assurance-invalidité – doivent être pris en considération en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher le litige.

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. SVR 2009 UV n° 3 p. 9; cf. TF 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges,

troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (cf. ATF 134 V 109 consid. 9).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références).

En matière de causalité adéquate, des règles spécifiques s'appliquent selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (cf. ATF 117 V 359 consid. 6 et 117 V 369 consid. 4; cf. ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (cf. ATF 129 V 177 consid. 4.2.), ou encore d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (cf. ATF 134 V 109 et 117 V 359).

En particulier, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable. Il a jugé qu'il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate (cf. ATF 134 V 109 consid. 7 à 9). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification

des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. Cependant, il a modifié en partie les critères à prendre en considération (cf. ATF 134 V 109 consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé); la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé); l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); l'intensité des douleurs (formulation modifiée); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé); les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé); l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

A noter que pour l'examen de la causalité adéquate, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident lorsque l'état de santé de l'assuré a été de manière précoce et durablement affecté par des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5).

5. a) L'art. 24 al. 1 LAA énonce que l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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. A teneur de l'art. 25 al. LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations 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.

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (cf. Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance accidents, du 18 août 1976, in FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (cf. ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (cf. Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], 2^{ème} éd., Bâle 2007, n° 229 p. 915). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. TF 8C_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

c) L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32, 209 consid. 4a/bb p. 210; 113 V 218 consid. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la CNA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire ce peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

d) Selon la jurisprudence, des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration. Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en oeuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (cf. TF 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.2.2 et la jurisprudence citée). D'après cette jurisprudence, il n'y a pas lieu de prendre en considération la manière dont l'accident a été vécu mais il convient de se fonder sur l'événement accidentel lui-même. Par ailleurs, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles

psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (cf. *ibid.*).

Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en oeuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate, pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (cf. *ibid.*).

e) L'art. 36 al. 3 phr. 1 et 2 OLAA prévoit qu'en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage; l'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. La jurisprudence a reconnu la légalité de cette disposition réglementaire, également dans le cas où les atteintes à l'intégrité sont dues à différents accidents (cf. TF 8C_917/2010 précité consid. 5.4.).

6. Le juge apprécie librement les preuves (cf. art. 61 let. c LPGA). Toutefois, 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec les références citées; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

7. En l'espèce, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise de la Clinique L. _____ du 18 août 2011, l'intimée a considéré que la recourante pouvait prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 10%, compte tenu des troubles sensitifs du nerf V2 à gauche.

La recourante, pour sa part, a estimé que le taux d'indemnisation de 10% retenu par l'intimée était insuffisant et que ce taux devait au moins être fixé à 40%, eu égard notamment aux troubles d'ordre neuropsychologique dont elle était affectée depuis l'accident du 3 janvier 2004.

a) Il est constant que l'accident du 3 janvier 2004 a provoqué une atteinte objectivable du point de vue organique, à savoir des fractures du massif facial ayant en particulier abouti à une compression du nerf crânien V2 traitée chirurgicalement le 24 octobre 2007.

A cet égard, dans le rapport d'expertise de la Clinique L._____ du 18 août 2011, l'oto-rhino-laryngologiste B._____ a retenu les diagnostics de status après fracture du sinus maxillaire et du malaire gauche ainsi que de status après décompression du nerf V2 à gauche en 2007, atteintes induites par l'accident du 3 janvier 2004; elle a également signalé un hémi Le Fort II, l'assurée ayant subi une fracture unilatérale et non pas bilatérale du maxillaire gauche. L'experte a exposé que la décompression du nerf V2 trois ans après l'accident avait permis une amélioration de 80% de la symptomatologie mais qu'il persistait malgré tout des douleurs à type de décharges électriques au niveau du territoire du nerf V2 lors du contact avec le froid, ainsi qu'une hyperesthésie et des dysesthésies dans le territoire cutané de la joue gauche, de même que des douleurs de l'arcade dentaire supérieure gauche. Cela étant, elle a estimé que les troubles sensitifs du nerf V2 à gauche entraînaient une diminution de l'intégrité de 10% (cf. rapport d'expertise du 18 août 2011 pp. 27, 30 à 33 et 45).

L'appréciation de l'experte B._____ - seul médecin à s'être prononcé sur la question de la perte d'intégrité due aux troubles maxillo-faciaux de la recourante - n'est mise en doute par aucun élément au dossier et s'avère compatible avec les tables d'indemnisation établies par les médecins de la CNA. Plus spécifiquement, la table d'indemnisation n° 17, qui traite de l'atteinte à l'intégrité lors de déficits et de troubles fonctionnels des nerfs crâniens, distingue entre la perte fonctionnelle du nerf trijumeau et les névralgies du trijumeau. En l'espèce, il est constant que suite à l'événement du 3 janvier 2004, l'assurée a subi une compression du nerf V2 gauche (ou nerf maxillaire, l'une des branches du nerf trijumeau), ce qui a engendré une névralgie post-traumatique (cf. rapport du Dr X._____ du 13 mars 2008). Cela étant, la table n° 17 prévoit que le taux de l'atteinte à l'intégrité pour les névralgies du trijumeau est de 10% pour les cas de gravité moyenne (y compris déficit fonctionnel correspondant du trijumeau), de 20% pour les cas graves et de 50% pour les cas très graves, ces derniers impliquant un status après plusieurs opérations sans résultat avec des troubles persistants au point de nécessité un traitement psychiatrique. Compte tenu des effets

bénéfiques de l'unique intervention pratiquée le 24 octobre 2007, avec une amélioration de 80% de la symptomatologie, force est d'admettre que la situation de la recourante peut être assimilée à un cas de gravité moyenne engendrant une perte d'intégrité de 10%. Au reste, si la recourante a contesté ce taux dans le cadre de la procédure administrative (cf. opposition du 14 décembre 2011 p. 5), elle n'a toutefois apporté aucun élément médical concret et objectif justifiant de s'en écarter et n'a plus soulevé de griefs à ce propos dans le cadre de la procédure de recours. Dans ces conditions, la perte d'intégrité induite par les seuls troubles sensitifs du nerf V2 à gauche peut donc être arrêtée à 10%, conformément à l'opinion défendue par l'intimée.

On notera au demeurant que nonobstant les douleurs dentaires évoquées par l'experte B._____, il n'apparaît pas que des dégâts dentaires importants et durables au sens de l'art. 24 al. 1 LAA auraient été engendrés par l'accident du 3 janvier 2004 et justifieraient de ce fait une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sur ce point, on relèvera que l'annexe 3 de l'OLAA se réfère à une grave atteinte à la capacité de mastiquer et que la table d'indemnisation n° 15 de la CNA vise les dégâts dentaires évidents dans la partie apparente de la denture ainsi que le port de certaines prothèses dentaires - hypothèses dont rien au dossier ne tend à indiquer qu'elles seraient réalisées en l'occurrence.

b) Il est par ailleurs avéré que l'événement du 3 janvier 2004 a entraîné un traumatisme crânio-cérébral et que, par la suite, la recourante a présenté des troubles neuropsychologiques, sans substrat organique.

Aux termes du rapport d'expertise de la Clinique L._____ du 18 août 2011, la neuropsychologue Q._____ a considéré que la recourante présentait des troubles cognitifs modérés sans lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 3 janvier 2004. Elle a précisé que ces troubles incluaient des difficultés importantes au niveau des épreuves attentionnelles et de gestion des interférences, ainsi que des faiblesses sur le plan exécutif (initiation, flexibilité). Ces troubles étaient toutefois probablement majorés par la fatigue et les douleurs (notamment

des céphalées) signalées par l'assurée, laquelle décrivait une co-variation entre les problématiques algiques et de fatigue, d'une part, et les difficultés cognitives, d'autre part. Concernant la causalité, l'experte a observé que *«si une partie du tableau clinique [était] compatible avec les suites d'un TCC, une IRM, si elle n'a pas été réalisée, voire une scintigraphie PET ou SPECT, permettrait de conforter l'hypothèse de l'origine lésionnelle des troubles»*. Elle a ajouté que la causalité pouvait être admise de suite après la chute et pour plusieurs mois, mais qu'au-delà, il existait d'autres composantes ayant des conséquences sur le tableau clinique, ce dont témoignait par exemple la recrudescence des céphalées avec vertiges lors d'une surcharge de travail ayant amené les médecins à évoquer un burn out ou la persistante fatigue. Les déficits cognitifs observés ont ainsi été qualifiés de multi-causals et aucune diminution de l'intégrité n'a été retenue à ce titre (cf. rapport d'expertise du 18 août 2011 pp. 35, 39 à 43 et 45).

L'appréciation de l'experte Q._____ s'avère contradictoire en cela qu'elle conclut à l'interruption du lien de causalité entre les troubles cognitifs de l'assurée et l'événement du 3 janvier 2004 plusieurs mois après l'accident, mais retient paradoxalement que des examens complémentaires (IRM, scintigraphie PET ou SPECT) pourraient confirmer l'origine lésionnelle - autrement dit accidentelle - des troubles en question. En tous les cas, si de tels examens étaient nécessaires pour permettre d'évaluer objectivement la situation de la recourante, on peine à comprendre qu'ils n'aient pas été entrepris, au besoin après avoir recueilli l'accord préalable de l'assurance-accidents. A cela s'ajoute que la Cour de céans ne peut se rallier à l'opinion de la neuropsychologue, selon laquelle l'influence sur le tableau clinique d'autres composantes s'illustrant par des symptômes algiques (notamment des céphalées) et de la fatigue suffirait pour admettre l'interruption du lien de causalité entre les troubles de l'assurée et l'accident du 3 janvier 2004. A ce sujet, il convient de rappeler que dans les mois qui ont suivi l'accident, l'assurée se plaignait déjà de céphalées et de fatigabilité parallèlement à des troubles d'ordre cognitif (cf. rapports du Dr D._____ des 1^{er} mars et 17 juillet 2004) et que ces plaintes ont également été objectivées par le neuropsychologue

K._____ en 2006, lequel n'en a pas moins retenu que l'intéressée présentait des «*conséquences neuropsychologiques du trauma*» (cf. rapport du 12 juin 2006 p. 2). Or, l'experte Q._____ a considéré que, sur le plan neuropsychologique, le tableau était superposable à celui existant en 2006 (cf. rapport d'expertise du 18 août 2011 p. 40). Dans ces conditions, on peine à voir en quoi la persistance – avec plus ou moins d'intensité – de tels symptômes depuis l'événement accidentel pourrait désormais témoigner de l'interruption du lien de causalité entre les troubles cognitifs de la recourante et l'accident du 3 janvier 2004. La neuropsychologue Q._____ n'a en effet fourni aucune réelle explication à ce propos, mais a conclu de manière péremptoire à l'origine multi-causale des troubles cognitifs de la recourante, un bilan orthopédique étant pour le surplus préconisé s'agissant de la fatigue et des céphalées de l'intéressée, eu égard à un pincement en C4-C5 constaté en 2005 (cf. rapport d'expertise du 18 août 2011 p. 45). En définitive, l'experte n'a évoqué aucune circonstance concrète et objective qui permettrait de considérer que, sans l'accident du 3 janvier 2004, l'assurée aurait tôt ou tard présenté des troubles cognitifs tels que ceux observés depuis lors (retour au statu quo sine ou au statu quo ante). En ce sens, ses conclusions semblent s'écarter de la notion de causalité naturelle, question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées), pour traiter de la causalité adéquate, question de droit qu'il revient non pas au corps médical mais à l'administration – et, en cas de recours, au juge – de trancher (cf. ATF 115 V 403 consid. 4a; cf. TF 8C_604/2010 du 11 juillet 2011 consid. 5.4 in fine). On relèvera encore qu'en matière de causalité naturelle, 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b, avec les références). Partant, le fait qu'une certaine co-variation existe entre des problématiques de céphalées et de fatigue, d'une part, et les troubles cognitifs de la recourante, d'autre part, ne saurait suffire pour exclure tout

lien de causalité naturelle entre ces derniers et l'accident du 3 janvier 2004.

Au surplus, on notera que dans le cadre de l'expertise pratiquée au Centre I. _____ sur mandat de l'OAI en 2008, l'examen neuropsychologique s'était révélé bien plus nuancé en retenant que des facteurs psychiques participaient au tableau neuropsychologique mais que l'on pouvait malgré tout admettre une relation de causalité naturelle entre les troubles modérés de la recourante et l'accident du 3 janvier 2004 (cf. rapport d'expertise du Centre I. _____ du 25 juin 2008 pp. 31 et 33). S'il est vrai que l'expertise du Centre I. _____ visait à déterminer le droit aux prestations en matière d'assurance-invalidité et n'était dès lors pas centrée sur la question de la causalité propre à l'assurance-accidents, il n'en demeure pas moins que la neuropsychologue Q. _____ - qui avait connaissance de cette précédente expertise - ne pouvait passer ces éléments sous silence dans le cadre de son analyse, ce qu'elle a pourtant fait.

A la lumière de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les conclusions de l'experte Q. _____ ne sont pas convaincantes et que l'intimée n'était pas fondée, sur cette base, à nier le lien de causalité entre les troubles cognitifs de la recourante et l'événement du 3 janvier 2004 et, partant, à refuser toute indemnité pour atteinte à l'intégrité sur ce plan. Bien plus, dans la mesure où il s'agissait pour H. _____ de se prononcer sur le lien de causalité entre un traumatisme crânio-cervical et des troubles à composante non organique, l'assurance ne pouvait procéder sans tenir compte des exigences jurisprudentielles particulières concernant l'examen de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (cf. consid. 4a et 4b supra). Attendu que, dans le cas particulier, H. _____ n'a à aucun moment fait application de ces préceptes, sa position n'en est que plus discutable. En définitive, il apparaît donc qu'à ce jour, les troubles neuropsychologiques de la recourante n'ont pas fait l'objet d'un examen - médical et juridique - en

bonne et due forme permettant de déterminer s'ils induisent une atteinte importante et durable à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA, susceptible de donner lieu à une indemnisation conformément à l'annexe 3 de l'OLAA et aux tables d'indemnisation de la CNA (cf. table d'indemnisation n° 8).

c) Il convient de relever par ailleurs que, suite à l'accident du 3 janvier 2004, la recourante a également présenté des problèmes de vertiges (cf. rapports du Dr D._____ des 1^{er} mars et 17 juillet 2004; cf. compte-rendu de la Dresse M._____ du 3 décembre 2004) mais que dans le cadre de l'expertise réalisée à la Clinique L._____, la Dresse B._____ a écarté une telle atteinte, considérant qu'il n'y avait pas de séquelles de ce type, que l'assurée n'avait formulé aucune plainte à cet égard lors de l'examen clinique et que, selon les dires de cette dernière, différentes analyses - dont une vidéonystagmographie - réalisées par le Dr P._____ n'avaient rien permis de détecter de particulier (cf. rapport d'expertise du 18 août 2011 pp. 29 et 30). Néanmoins, les conclusions résultant concrètement des examens susdits demeurent inconnues en l'état du dossier, l'experte B._____ s'étant contentée des dires de l'assurée sans requérir auprès du Dr P._____ la transmission des résultats d'analyse. De surcroît, lors des mesures d'orientation professionnelle mises en œuvre par l'OAI à l'automne 2012, des pertes d'équilibre ont été constatées (cf. rapport du Centre U._____ du 6 novembre 2012). Quand bien même ces observations ont été faites dans le cadre d'un stage professionnel et n'ont pas la même valeur que des données médicales (cf. par analogie, en matière d'assurance-invalidité, TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2), il demeure qu'elles attestent la persistance de problèmes d'équilibre et vont, sur ce point, à l'encontre des conclusions de l'experte B._____. Cette problématique mérite dès lors de faire l'objet d'un complément d'instruction afin qu'il puisse être statué en toute connaissance de cause sur l'existence de problèmes d'équilibre en lien avec l'accident du 3 janvier 2004 - de tels troubles pouvant, à certaines conditions, donner lieu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. table d'indemnisation n° 14 de la CNA).

d) Il apparaît enfin que l'intimée n'a pas abordé la situation de la recourante sous l'angle psychique.

On ne saurait pourtant oublier que, dans le cadre de l'expertise réalisée au Centre I._____ en 2008, il a été retenu que la recourante souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité modérée, très probablement en lien de causalité avec l'accident et ses conséquences psychiques (cf. rapport d'expertise du 25 juin 2008 p. 33), et que cette atteinte renforçait légèrement les troubles douloureux et cognitifs imputables aux suites de l'accident car diminuant les capacités cognitives et augmentant les sensations douloureuses (cf. ibid. p. 34). Certes, l'expertise précitée a été mise en œuvre dans le cadre de l'assurance-invalidité. Il ressort toutefois du dossier de l'OAI que le rapport d'expertise du Centre I._____ a été communiqué à la Caisse G._____ (cf. échange de correspondances entre la Caisse G._____ et l'OAI des 30 avril et 8 mai 2009), étant précisé que dans le cas de figure visé par l'art. 70 al. 2 LAA où deux assureurs sont liés par un accord de collaboration aux termes duquel l'un assure les prestations de courte durée et l'autre celles de longue durée, chaque assureur doit se laisser opposer le comportement de l'autre (cf. ATF 138 V 161 consid. 2; cf. TF 8F_11/2010 du 15 mars 2012 consid. 5.2). Cela étant, quelles que fussent les modalités de la collaboration entre la Caisse G._____ et H._____, on pouvait donc attendre qu'il soit procédé aux mesures d'instruction utiles afin de tenir compte, dans le cadre de la procédure d'assurance-accidents, de la problématique psychique révélée par les experts du Centre I._____. Il appartenait plus particulièrement à H._____ de prendre clairement position sur les différentes conditions permettant d'admettre ou de nier l'existence de troubles psychiques en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 3 janvier 2004 (cf. consid. 4b supra) et, le cas échéant, d'évaluer le droit à une éventuelle indemnisation en rapport avec ces troubles (cf. consid. 5d supra; cf. également table d'indemnisation n° 19 de la CNA). L'aspect psychique a cependant été totalement ignoré en l'espèce, que ce soit sur le plan de l'instruction – s'agissant tant de la question de la causalité (on peut en particulier déplorer l'absence de toute expertise qui aurait permis d'éclaircir le point

de savoir si les troubles psychiques de la recourante ont ou non un caractère distinct et indépendant du traumatisme crânio-cérébral qu'elle a subi [cf. consid. 4b supra in fine]) que du taux d'une éventuelle atteinte à l'intégrité - ou sous l'angle de la motivation de la décision entreprise, laquelle ne saurait par conséquent être suivie.

Au demeurant, on notera encore que la problématique psychique de la recourante peut d'autant moins être ignorée qu'elle s'est récemment traduite par des troubles paniques et des épisodes d'anxiété généralisée ayant participé, d'après le Dr O. _____ (cf. rapport du 29 novembre 2012), à l'interruption de la mesure d'observation professionnelle auprès du Centre U. _____.

e) En définitive, si l'on peut se rallier à l'appréciation de l'intimée s'agissant de la problématique maxillo-faciale de la recourante, il apparaît en revanche que le dossier de la cause présente des lacunes concernant d'autres aspects de l'état de santé de l'intéressée, lesquels n'ont pas été suffisamment investigués sur le plan médical et n'ont pas fait l'objet d'un examen en bonne et due forme de la part de l'assureur-accidents.

On relèvera néanmoins par surabondance que, contrairement à ce que prétend l'assurée (cf. mémoire de recours du 5 mars 2012 p. 6 s.), les lacunes relatives au calcul du préjudice économique ayant motivé l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales du 16 février 2012 (cf. let. A.d supra) ne sont pas pertinentes pour déterminer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle l'intéressée peut prétendre.

8. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en

va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il apparaît que l'intimée s'est prononcée sur la base d'un dossier lacunaire au plan médical et a examiné de manière incomplète le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à H. _____ - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) -, cela d'autant plus qu'il n'y a pas à priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours). Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet neurologique voire otoneurologique, un volet neuropsychologique et un volet psychiatrique) au sens de l'art. 44 LPGA, puis de déterminer sur cette base si l'intéressée présente - outre ses problèmes sensitifs du nerf V2 à gauche - des troubles induits par l'accident du 3 janvier 2004 susceptibles d'être pris en considération du point de vue du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner plus avant les autres arguments invoqués par la recourante. De même, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par cette dernière.

9. a) En conclusion, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à H. _____ pour complément d'instruction.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD).

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens (cf. art. 61 let. g LGPA; art. 55 al. 1 LPA-VD), laquelle doit être arrêtée à 2'000 fr. au regard de l'importance et de la complexité du litige, à la charge de l'intimée qui succombe (cf. art. 7 al. 3 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 1^{er} février 2012 par H. _____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

IV. H._____ versera à la recourante un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Georges Reymond (pour la recourante),
- H._____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :