

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffier : Mme Parel

* * * * *

Cause pendante entre :

Q._____, à Nyon, recourante, représentée par Me Henri Bercher, avocat à Nyon,

et

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

**Art. 16, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 et 25 LAA; 36 al. 1 OLAA; 7, 8 et 16
LPGA**

E n f a i t :

Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, sans formation, a été engagée dès le 14 septembre 2007 en qualité de nettoyeuse par la société A. _____, à Luins, à raison de 42 heures hebdomadaires, pour un salaire horaire brut de 19 fr. 50 en 2007. A ce titre, elle était assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 25 octobre 2007, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation et hélicoptée au Centre hospitalier I. _____ (ci-après : I. _____), où elle a été hospitalisée jusqu'au 4 novembre 2007. L'accident a été annoncé à la CNA par l'employeur le 26 octobre 2007.

Selon le rapport du 7 février 2008 des Drs S. _____ et X. _____, neurochirurgiens au I. _____, l'accident avait provoqué une fracture de la facette supérieure droite de la vertèbre cervicale C7 avec une légère subluxation articulaire C6 et C7 droite et antélisthésis de grade I, ainsi qu'une fracture de l'apophyse épineuse de C6. La récupération était bonne sur le plan neurologique. La subluxation avait cependant augmenté au point de nécessiter une opération, laquelle a été effectuée le 8 avril 2008. Elle a consisté en une spondylodèse dorsale cervicale de C5 à D1 et en une discectomie avec mise en place d'une cage et plaque au niveau C6-C7. L'évolution a été décrite comme favorable.

L'assurée a été mise au bénéfice d'une incapacité de travail à 100 % dès l'accident. Celle-ci a perduré depuis lors. L'employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 31 mai 2008.

Dans un rapport du 20 juin 2008 signé des Drs S. _____, J. _____, neurologue, et W. _____, médecin assistant auprès du Centre universitaire romand de neurochirurgie du I. _____ (ci-après : CURN), il

est précisé en relation avec l'opération du 8 avril 2008, que l'évolution a été favorable dans les suites opératoires immédiates, caractérisée par une paralysie de la corde vocale droite, dont la récupération a été favorable avec des séances de logopédie hebdomadaires. Objectivement, les médecins relevaient que les cicatrices étaient calmes, sans signe inflammatoire, sans collection. Le status neurologique était sans particularité, en l'absence de déficit sensitivo-moteur aux quatre membres. La marche était conservée, non ataxique. La phonation était propre, sans dysphonie. Une reprise des activités professionnelles en tant que femme de ménage était pour l'heure contre-indiquée.

Le 7 juillet 2008, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations.

Selon le rapport du 22 décembre 2008 consécutif à une consultation du 8 décembre précédent, le Dr S._____ a relevé que sa patiente se plaignait de la persistance d'une douleur au niveau cervical. L'examen neurologique était dans la norme et la phonation normale. Un CT-Scan cervicodorsal montrait un bon alignement de la colonne. Le matériel était en place avec une fusion pas tout à fait complète entre C5 et D1. Le Dr S._____ estimait l'évolution favorable et pronostiquait une diminution à venir de l'importance de la douleur.

L'assurée a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : la CRR) du 3 février au 3 mars 2009. Dans un rapport du 6 avril 2009, le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, a posé les diagnostics de cervicalgies persistantes, d'atteinte radiculaire C7 discrète droite, de fracture de la facette supérieure droite de C7, avec subluxation de C6-C7, de spondylodèse cervicodorsale de C5-D1, par double voie antérieure et postérieure, et de paralysie transitoire de la corde vocale droite postopératoire. Ce médecin a relevé ce qui suit dans son appréciation du cas :

«A son admission la patiente se plaint de douleurs à type de pressions dans la nuque, avec irradiations au membre supérieur droit, d'une sensation dysesthésique dans la pulpe de l'index à droite et d'une sensation de manque de force dans le membre supérieur droit. Elle dit avoir retrouvé une voix normale.

L'examen trouve une nette limitation de la mobilité active cervicale. Il y a un très léger déficit moteur sur le grand pectoral droit, le réflexe tricipital droit est aboli, et il y a une hypoesthésie algique de la pulpe des 2^{ème} et 3^{ème} doigts de la main droite.

Le CT cervical initial montre la fracture facettaire supérieure droite de C7 avec subluxation C6-C7. Selon le rapport, le dernier CT cervicodorsal du 03.12.2008 montre un bon alignement de la colonne, le matériel est en place et la fusion n'est pas tout à fait acquise entre C5-D1.

Compte tenu des paresthésies de l'index droit décrites par la patiente, une consultation neurologique est effectuée le 11.02.2009, qui met en évidence une atteinte radiculaire C7 très discrète, ne justifiant actuellement pas de prise en charge spécifique. Des investigations (EMG, éventuellement imagerie cervicale), ne devraient être envisagées qu'en cas d'évolution non favorable, ou d'aggravation.

Mme Q. _____ a été prise en charge en physiothérapie individuelle et en groupes, avec une ponctualité et coopération élevées. En fin de séjour, elle déclare mieux bouger sa nuque, ce qui l'aide dans les relations interpersonnelles. Il persiste une sensation de poids, qui n'a pas été aggravée par la physiothérapie. Objectivement on confirme les dires de la patiente. Celle-ci semble avoir retrouvé confiance en soi et en sa nuque (Cf. rapport de physiothérapie).

Mme Q. _____ poursuivra un programme d'autorééducation quotidienne, dans le but d'augmenter la mobilité cervicale. Plus tard, des exercices de tonification de la ceinture scapulaire devraient être réalisés.

Sur le plan médicamenteux, nous avons poursuivi le traitement de Tramal, bien toléré, et qui soulage modérément la patiente.

Un contrôle chez le Dr S. _____, médecin associé, neurochirurgien au I. _____, devrait être organisé au mois de juin 2009, avec un CT et des RX fonctionnelles de la colonne cervicale effectuées au préalable.

Sur le plan professionnel, le dernier travail de la patiente a été le nettoyage dans une entreprise. Mme Q. _____ n'a plus de contrat de travail actuellement. La situation médicale n'étant pas encore stabilisée, nous prolongeons l'incapacité de travail pour un mois et la situation devrait être réévaluée par le médecin-traitant et le Dr S. _____.»

Dans un rapport du 28 septembre 2009 consécutif à une consultation de la veille, le Dr S. _____ a rapporté que sa patiente se plaignait d'une douleur moins importante au niveau cervical. L'examen neurologique était toujours normal. Un nouveau CT-Scan de même que des radiographies fonctionnelles de l'extérieur montraient une fusion complète entre C5 et D1 avec l'alignement, qualifié de bon au niveau de la colonne, sans mouvement entre C5 et D1. L'assurée rapportait des

douleurs importantes avec l'activité physique, ce que le Dr S._____ pouvait imaginer. Il ne prévoyait par ailleurs pas de revoir l'assurée à sa consultation.

Le 26 janvier 2010, répondant à une demande de renseignements du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), le Dr S._____ a mentionné que l'évolution était excellente, que les limitations fonctionnelles consistaient en une diminution des mouvements cervicaux, qu'une activité de femme de ménage était exigible selon l'importance de la douleur et que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était d'environ 50 %.

Le 23 mars 2010, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique au SMR, effectué par le Dr Z._____, rhumatologue FMH. Dans son rapport du 10 mai 2010, ce médecin a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques, avec un déficit sensitif et de réflexe dans le territoire C7 droit, dans les suites d'une subluxation C6-C7, traitée par spondylodèse, discopathie surajoutée et uncarthrose en C4-C5. La capacité de travail exigible a été évaluée à 0 % dans l'activité habituelle et à 65 % dans une activité adaptée, depuis début octobre 2009, soit après la consultation auprès du Dr S._____ le 28 septembre 2009. Ce médecin a ensuite retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

«Lors de l'entretien, l'assurée décrit la persistance de douleurs de la jonction cervico-dorsale, irradiant au niveau scapulaire D. Les symptômes sont quotidiens, sont clairement de type mécanique, l'assurée n'a aucune douleur lorsqu'elle est couchée, elle n'a pas de douleur nocturne.

Au niveau neurologique, il persiste une diminution de la sensibilité de l'index D, l'assurée a récupéré une voix comme auparavant.

[...]

L'assurée fait partiellement le ménage, elle n'est plus capable de passer l'aspirateur, nettoyer les vitres, changer les lits ou repasser, elle est aidée par son mari et ses enfants. L'assurée est capable de porter 3 à 4 kilos ddc, mais elle ressent alors une augmentation des douleurs cervicales.

L'assurée ne se voit pas reprendre son activité professionnelle de nettoyeuse; par rapport à une activité moins contraignante, elle ne voit pas ce qu'elle pourrait faire, déjà en station assise, l'assurée doit soutenir sa tête par un appui postérieur, sinon elle a des douleurs.

L'examen clinique montre une assurée en bon état de santé général, avec des mouvements automatiques de la nuque diminués dans toutes les directions, les mouvements ne sont pas abolis, l'assurée ne tourne plus en bloc le tronc comme c'était le cas lors de l'admission à la CRR. L'assurée utilise normalement ses 2 MS, elle est notamment capable d'amener un objet léger de D à G, au-dessus de sa tête.

L'examen de médecine interne est sans particularité, hormis une obésité de classe 1.

Au niveau neurologique, le status est superposable à celui décrit à la CRR, c'est-à-dire la persistance d'une hypoesthésie de l'index D et une hyporéflexie marquée tricipitale D, témoin d'une ancienne compression de la racine C7. L'assurée n'a pas de parésie, elle a une très bonne force de préhension bilatéralement.

L'examen articulaire périphérique est sans particularité, notamment il n'y a pas de signe de poly-insertionnisme.

Au niveau du rachis, l'assurée a des troubles statiques modérés, surtout sous forme d'une hypercyphose au niveau de la jonction cervico-dorsale, accompagnée d'une antépulsion de la tête; plus bas, l'assurée a un relâchement de sa sangle abdominale. La mobilité est modérément limitée en rotation et en flexion de façon similaire à celle du status de sortie de la CRR; nous avons, par contre, une limitation marquée en flexion latérale droite sous réserve de la participation de l'assurée; tous les mouvements sont douloureux. A la palpation, l'assurée n'a aucune douleur, la musculature postérieure a une trophicité diminuée; la musculature au niveau des épaules est conservée. L'amyotrophie des muscles postérieurs de la nuque joue très vraisemblablement un rôle dans la persistance des douleurs ressenties par l'assurée dès qu'elle se lève. La mobilité en flexion du rachis dorsal (indice de Schober) est diminuée, l'assurée n'a pas de douleur à la palpation.

Le dossier radiologique, comporte le CT de septembre 2009 et les radiographies fonctionnelles successives effectuées après l'intervention de spondylodèse le 08.04.2008. Comme mentionné par le Dr S. _____, il n'y a pas d'instabilité au niveau du montage; à notre avis, il existe une surcharge de l'étage sus-jacent à la spondylodèse, avec un léger pincement C4-C5 accompagné d'une ostéophytose antérieure, signes indirects d'une discopathie. La qualité du CT ne permet pas d'apprécier la gravité de la discopathie, il n'y a cependant pas d'hernie discale; le radiologue décrit une composante de canal cervical étroit avec un diamètre antéro-postérieur de 1 cm et la présence d'une uncarthrose à ce niveau. Entre septembre 2009 et janvier 2010, l'assurée a une amélioration de sa mobilité de son rachis cervical sur les clichés fonctionnels.

Limitations fonctionnelles :

Rachis cervical : pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de mouvements répétés de flexion/extension ou de rotations rapides; pas de travail prolongé des bras au-dessus de l'horizontal; pas de port de charges au-delà de 5 kg.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

L'incapacité de travail est totale dans l'activité de nettoyeuse ou de femme de chambre, depuis le 25.10.2007, date de l'accident. Malgré l'évolution favorable sur le plan de la stabilité du montage de la spondylodèse, les éléments anamnestiques, l'examen clinique décrit à la CRR et l'examen de ce jour effectué au SMR, rendent incompatible la reprise d'une activité professionnelle de femme de ménage.

[...]

Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, nous retenons une exigibilité de 2 fois 3 heures par jour, avec une diminution de 10 % de rendement.

Idéalement, l'assurée pourrait bénéficier d'un soutien de sa nuque avec un siège adapté en position assise. Un autre moyen prenant plus de temps mais étant plus constructif à long terme serait de reprendre la physiothérapie avec un traitement ciblé de renforcement de la musculature posturale postérieure qui est affaiblie chez l'assurée, après port de minerve.»

Le Dr Z._____ estimait finalement que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle de femme de chambre ou de nettoyeuse et de 65 % dans une activité adaptée, et ceci dès début octobre 2009, dans les suites de la consultation du 28 septembre 2009 auprès du Dr S._____.

En date du 21 juin 2010, le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical final. De son rapport, il ressort que l'assurée dit avoir encore passablement de douleurs et devoir prendre beaucoup de médicaments. Selon elle, les douleurs sont permanentes, diurnes, aggravées par les efforts, même légers, et intéressent toute la colonne cervico-dorsale.

Dans l'appréciation du cas, le Dr D._____ a relevé ce qui suit :

«Objectivement, la musculature para-vertébrale et le chef supérieur du trapèze sont souples, non douloureux à la palpation. On note une longue cicatrice à la jonction cervico-dorsale. Toute cette région est également parfaitement calme, indolore à la palpation. La mobilité du rachis cervical est modérément limitée. La mobilisation est précautionneuse mais elle s'effectue quand même librement. Les épaules sont souples. Il n'y a pas de signes du conflit ni de signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs. L'examen neurologique des membres supérieurs est dans les limites de la norme.

Le dernier bilan radiologique montre que la fusion C5-D1 est acquise.

Les constatations de l'examen radio-clinique sont donc pleinement rassurantes, contrastant avec un vécu douloureux probablement assez marqué, au vu des doses d'antalgiques que la patiente dit prendre.

S'il est possible que Mme Q._____ ne puisse plus travailler comme nettoyeuse ou comme femme de chambre, elle conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les charges de plus de 5 kg et surtout les positions statiques en flexion de la nuque prolongées. Si on se réfère à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/7.f-2004, un taux de 15 % peut être retenu, la situation étant intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (+) et des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts (++), dans le cadre d'un status après spondylodèse C5-D1.»

Dans son rapport du 25 juin 2010, la Dresse U._____, médecin auprès du SMR, a retenu à titre d'atteinte principale à la santé des cervicalgies chroniques avec déficit sensitif et réflexe en territoire C7 droit dans les suites d'une sub-luxation C6-C7 traitée par spondylodèse ainsi qu'une discopathie et uncarthrose surajoutée en C4-C5. Elle a suivi le Dr Z._____ dans son appréciation de la capacité de travail exigible dans une activité habituelle et adaptée, de même que s'agissant des limitations fonctionnelles. Elle s'est fondée sur la consultation du Dr S._____ du 28 septembre 2009 pour fixer à cette date le début théorique de l'aptitude pour des mesures de réadaptation.

Par communication du 7 juillet 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée une orientation professionnelle. L'intéressée a cependant décliné la mesure, considérant qu'elle n'était plus apte au travail.

Dans un avis du 21 octobre 2010, le Dr Z._____ a confirmé les conclusions de son examen du 23 mars 2010 faute d'éléments nouveaux survenus dans l'intervalle. Il a rappelé que les conclusions d'un médecin conseil de l'assurance invalidité pouvaient différer de celles d'un médecin conseil de la CNA, le premier tenant compte des troubles dégénératifs ostéo-articulaires associés, le second tenant compte de l'évolution attendue post-accident et dans le cas d'espèce, post-opératoire.

Appelé à se prononcer sur le rapport du Dr Z._____ du 21 octobre 2010, le Dr D._____ s'est déterminé le 26 novembre 2010 en observant préliminairement que ses constatations objectives étaient largement superposables à celles du Dr Z._____, de même que les limitations fonctionnelles retenues. Pour le surplus, le Dr D._____

considérait que l'exigibilité retenue par le Dr Z._____ se fondait largement sur les plaintes subjectives de l'assurée d'une part et que d'autre part, les chiffres avancés, soit une capacité de travail de 2 x 3 heures et une diminution de rendement de 10 % étaient arbitraires et sans justification médicale. Il observait encore la probable incompatibilité de la limitation horaire retenue par le Dr D._____ avec toute réinsertion professionnelle.

Dans un préavis du 21 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009, soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé. Il a retenu que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le 25 octobre 2007 et que dans des activités adaptées sa capacité de travail était de 65 % depuis septembre 2009. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 45'945 fr. dans l'ancienne activité et d'un revenu d'invalidité de 30'754 fr. 90, celui-ci correspondant à des activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires en 2009 (ci-après : ESS), et compte tenu d'un taux d'activité de 65 % ainsi que d'un abattement de 10 %, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 33 %, ne donnant plus droit à la rente. L'OAI a par ailleurs estimé que dès l'instant où l'assurée ne se considérait pas comme une travailleuse potentielle, seule une aide au placement pouvait lui être octroyée et ceci uniquement sur demande écrite et motivée de sa part.

La CNA, par écriture du 18 janvier 2011, comme l'assurée, ont contesté ce préavis.

Dans un avis médical du 2 mars 2011, le Dr Z._____ a rappelé les conclusions de son examen clinique, soit l'existence de troubles statiques modérés, d'une limitation de la mobilité cervicale, d'une amyotrophie des muscles postérieurs de la nuque jouant vraisemblablement un rôle dans la persistance des douleurs ressenties. Il a précisé que se surajoutaient des troubles dégénératifs au niveau de l'étage sus-jacent C4-5, un trouble dégénératif sous-jacent en D1-D2

n'étant par ailleurs pas exclu. S'agissant plus précisément de l'avis du Dr D._____, le Dr Z._____ a relevé que si le cas pouvait être considéré comme stabilisé du point de vue accident avec une consolidation postopératoire acquise, les avis pouvaient être différents concernant la capacité de travail dans la mesure où l'assurance accident appréciait les suites de l'accident alors que l'OAI devait tenir compte de l'aspect global de l'atteinte ostéoarticulaire, en prenant également en considération des troubles dégénératifs. Enfin, en relation avec le taux d'activité retenu, il a clarifié son évaluation en précisant que les deux fois 3 heures par jour consistaient en une diminution du temps de travail permettant à l'assurée de faire une pause supplémentaire à midi pour relâcher sa musculature, la diminution de rendement de 10 % correspondant à l'équivalent d'une pause de cinq minutes par heure.

En date du 18 octobre 2011, par l'intermédiaire de son conseil Me Henri Bercher, avocat à Nyon, l'assurée a produit un rapport du 22 septembre 2011 du Dr L._____, neurochirurgien à la clinique M._____, donnant suite à une demande d'examen présentée par le médecin traitant de l'intéressée, le Dr C._____, généraliste. Le Dr L._____ a relevé qu'il n'existait pas d'atteinte radiculaire évolutive, ni de syndrome sous-lésionnel, le bilan neurologique étant bien rassurant. Il adhérait à la position du médecin traitant en ce sens qu'il était impossible d'envisager pour l'assurée la reprise d'une activité professionnelle à plein temps, quelle que soit cette activité, réservant néanmoins l'orientation vers une reprise de l'activité de manière très modérée, au maximum à 30 % dans une activité adaptée. Il considérait le cas difficile car «s'il n'y avait pas d'atteinte neurologique évolutive, elle conservait des éléments purement subjectifs, douloureux, tout à fait difficiles à chiffrer et à indemniser».

Par courrier du 1^{er} novembre 2011, la CNA a signifié à l'assurée qu'elle n'avait plus besoin de traitement médical spécifique et qu'en conséquence, il était mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2011, la prise en charge des contrôles médicaux encore nécessaires ainsi que de la médication antalgique étant réservée.

Ce courrier a été suivi d'une décision du 3 novembre 2011 reconnaissant à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, soit 16'020 francs. En revanche, la CNA, constatant que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de l'assurée de manière importante, a considéré que les conditions requises pour l'octroi de prestations de rente n'étaient pas réalisées.

Ensuite d'un complément d'information médicale requis par la CNA auprès du I. _____ le 20 octobre 2011, la Drsse N. _____, médecin assistante auprès du Service de neurochirurgie, a répondu en date du 15 novembre 2011 que l'évolution était neurologiquement bonne, sans déficit neurologique, que subjectivement, la patiente se plaignait de cervicalgies, sans brachialgies. Le traitement actuel consistait en physiothérapie ainsi qu'en antalgie par Tramadol. S'agissant de la reprise du travail, ce médecin estimait que du point de vue neurologique et neurochirurgical, il n'existait pas d'entrave à un travail à 100 %. Elle considérait par ailleurs qu'il ne fallait pas s'attendre à ce qu'un dommage demeure.

Par acte de son conseil du 29 novembre 2011, l'assurée s'est opposée aux décisions mettant un terme aux indemnités journalières et refusant une rente d'invalidité. Elle a également contesté le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En substance, elle s'est prévaluée des constatations des Drs Z. _____ du 23 mars 2010 et U. _____ du 25 juin 2010 ainsi que de l'avis du Dr S. _____ du 29 janvier 2010 pour soutenir que la permanence et l'intensité des douleurs empêchaient toute activité physique. Selon elle, l'aménagement de son taux d'activité de 65 % et les limitations fonctionnelles empêchaient l'accès à une place de travail dans une activité adaptée, d'autant qu'elle était aveugle d'un oeil, parlait mal le français et ne bénéficiait d'aucune formation. Enfin, elle estimait que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne devait pas être inférieure à 40 % dans la mesure où les fractures cervicales étaient comptées de 10 à 25 % selon leur gravité, le status après spondylodèse permettant de surcroît une augmentation jusqu'à 15 %, de même que des déficits neurologiques éventuels, dont certains étaient présents en

l'espèce. Elle a ainsi conclu, outre à son audition personnelle à domicile, à ce que soit ordonnée la reprise du versement des indemnités journalières jusqu'à fixation de la rente, le réexamen de la quantification de l'invalidité - qui ne devrait pas être inférieure à 60 % - et la réévaluation à 40 % de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Ensuite de cette opposition, le Dr D. _____ a procédé à un nouvel examen médical final en date du 27 janvier 2012. Au terme de l'examen clinique, il s'est livré à une appréciation dont la teneur est la suivante :

«Actuellement, la patiente, qui est venue avec sa belle-fille, dit qu'il n'y a pas de changement. Elle souffre toujours passablement de la nuque avec des douleurs qui irradient vers les épaules et la colonne dorsale. Les douleurs sont permanentes, aggravées par la mobilisation. Durant la journée, hormis la cuisine, la patiente ne fait pas grand-chose. Si elle sort pour se promener, elle voit ses douleurs s'aggraver. En revanche, elle n'a pas de douleurs nocturnes et au repos, allongée, elle est asymptomatique.

Objectivement, la musculature para-vertébrale et le chef supérieur du trapèze sont tout à fait souples, non douloureux à la palpation. On retrouve une longue cicatrice à la jonction cervico-dorsale, bien coaptée, également tout à fait calme. La mobilité du rachis cervical reste assez limitée et la mobilisation précautionneuse, mais les mouvements combinés n'entraînent aucune douleur dans les membres supérieurs. Les épaules sont parfaitement souples. Il n'y a pas de signe du conflit, ni de signe d'atteinte de la coiffe des rotateurs. La mobilité active est complète. Les réflexes bicipitaux sont vifs et symétriques. Les réflexes tricipitaux ne sont pas obtenus. La trophicité musculaire est excellente et la force est conservée à tous les niveaux. La patiente ne décrit aucun trouble de la sensibilité aux membres supérieurs.

Il y a donc une nette discordance entre l'importance du handicap subjectif, tel qu'il est vécu, et les constatations objectives de l'examen radio-clinique qui sont encore une fois pleinement rassurantes.

Dans ces conditions, il n'y a aucune raison pour limiter la capacité de travail en termes d'horaire et de rendement si l'activité est adaptée.

Pour ce qui est de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'appréciation doit se fonder principalement sur les limitations fonctionnelles et non sur des douleurs résiduelles qu'il n'est pas possible de mesurer.

Madame Q. _____ a subi une spondylodèse C5-D1, dont la fusion est acquise, sans engendrer de trouble statique segmentaire, qui lui laisse une mobilité convenable et aucun trouble neurologique résiduel, irritatif ou déficitaire, n'est observé.

Le taux de 15 % est donc approprié.»

Dans un courrier du 5 avril 2012 sollicitant un avis auprès d'un confrère, le Dr C. _____ a décrit chez sa patiente une rotation cervicale limitée à 40/40, mentionné que la palpation de la musculature paravertébrale était sans particularité, la palpation occipitale indolore, les angulaires de l'omoplate sans particularité de même que la musculature interscapulaire et qu'il n'existait pas de déficit moteur, ni sensitif. L'évolution de sa patiente «était stable», sur le plan neurochirurgical et antalgique. L'antalgie n'était cependant pas satisfaisante, l'assurée craignant d'augmenter les doses de médicaments.

Par décision du 20 février 2012, notifiée par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009. Dans son argumentation, l'OAI s'est référé aux mêmes motifs que ceux de son préavis du 21 décembre 2010.

Par arrêt du 3 juillet 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision de l'OAI du 20 février précédent.

Dans sa décision sur opposition du 9 août 2012, la CNA a considéré sur la base du dernier examen clinique du Dr S. _____ du 28 septembre 2009 que l'évolution postopératoire avait été favorable, que la poursuite d'un traitement médical spécifique n'était pas envisagée et que dans la mesure où l'OAI avait opté pour une éventuelle aide au placement plutôt pour des mesures de réadaptation professionnelle, il se justifiait de mettre un terme à la prise en charge des frais médicaux et au versement d'indemnités journalières au 30 novembre 2011. La CNA a défendu l'existence d'une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, ceci sur la base de l'état clinique objectif, observant pour le surplus que les médecins ayant suivi l'assurée avaient pris en considération l'état subjectif et les plaintes exprimées par l'intéressée pour retenir une diminution de cette capacité de travail. A l'appui de sa décision sur opposition, la CNA a encore produit cinq rapports d'enquête économique (ou descriptifs de postes de travail, ci-après : DPT) dont elle estimait qu'ils démontraient

l'existence sur le marché général du travail d'emplois très légers adaptés à l'état de santé de l'assurée. Il s'agissait d'emplois de sertisseuse en bijouterie, d'employée de conditionnement, d'ouvrière sur matière plastique, de collaboratrice de production et de fabricante d'instruments de mesure (DPT n° 6479, 352217, 7423, 5787 et 8451). Sur la base de ces rapports, elle a observé que de telles places de travail mettaient en évidence un gain réalisable annuel moyen de 50'671 fr. 20, soit un revenu supérieur aux 48'048 fr. que l'intéressée aurait pu percevoir en 2011 auprès de son employeur si elle n'avait été victime d'un accident. En conséquence, le sinistre assuré n'avait généré aucune perte de gain, étant encore précisé que même en retenant le gain minimal annuel de 47'231 fr. 20 ressortant des descriptifs de postes de travail, la perte de gain était proche de 1.7 %, soit de loin inférieure au pourcentage de 10 % permettant l'octroi d'une rente d'invalidité. Enfin, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a relevé qu'en l'absence d'élément médical essentiel propre à mettre en doute l'estimation du Dr D._____, et notamment dans la mesure où l'assurée se fondait sur des douleurs résiduelles, impossibles à mesurer, et non sur des limitations fonctionnelles effectives, il convenait d'accorder à l'estimation médicale précitée une entière valeur probante et de confirmer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. Cela étant, la CNA a rejeté l'opposition (ch. 1 du dispositif).

B. Par acte du 10 septembre 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition du 9 août 2012. Elle fait notamment valoir qu'elle souffre de douleurs cervicales invalidantes aussitôt qu'elle se trouve en position verticale, que sa capacité de port de charges est insignifiante et qu'elle ne supporte aucune position immobile autre que la position couchée, faisant grief à l'assureur social de ne pas avoir tenu compte de douleurs par définition non objectivables et dont il ne trouve pas la cause. Elle s'est notamment fondée sur les constatations du Dr L._____ pour étayer son propos. Elle reproche également à la CNA de n'avoir procédé à aucune évaluation pratique s'agissant de sa capacité de gain, observe que seules 7 des 117 activités professionnelles entrant en ligne de compte se trouvent dans un

rayon géographique de proximité tout en précisant qu'elle n'est pas au bénéfice d'un permis de conduire et que son état de santé ne permet de lui imposer un déplacement. Enfin, elle fait grief à l'assureur de ne pas avoir procédé à d'autres investigations, notamment à son domicile. Elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 9 août 2012, à l'octroi d'une rente d'invalidité au sens des articles 18 et suivants LAA qui ne soit pas inférieure à 60 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %. Parallèlement, elle a requis l'octroi de l'assistance judiciaire ainsi que la comparution personnelle de trois témoins, dont son médecin traitant.

L'assistance judiciaire a été octroyée à l'assurée par décision du 2 octobre 2012.

La CNA a conclu au rejet du recours par réponse du 7 janvier 2013, observant préliminairement, au vu des conclusions de la recourante, que celle-ci admettait implicitement qu'il se justifiait de mettre un terme à la prise en charge des frais médicaux et au versement d'indemnités journalières au 30 novembre 2011. Cela étant, la décision attaquée était entrée en force sur ce point. L'intimée relève que sur la base des constatations médicales objectives au dossier, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est entière et observe que l'approche de l'exigibilité des Drs Z._____, C._____ et L._____ n'est pas correcte dans la mesure où ceux-ci se fondent largement sur l'état subjectif et les plaintes exprimées, ce qui revient à apprécier la capacité de travail sur le sentiment que l'assurée s'en fait. La CNA conteste le caractère utopique des perspectives d'emploi allégué par la recourante et rappelle l'obligation pour l'assurée de réduire le dommage. Enfin, s'agissant de l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée observe que la recourante n'apporte aucun argument médical concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé de l'appréciation du Dr D._____.

Dans sa réplique du 28 février 2013, la recourante relève que la décision sur opposition litigieuse ne traitait que des questions du refus

de rente d'invalidité et d'augmentation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce alors que son opposition initiale était spécifiquement dirigée contre la fin des indemnités journalières également. En conséquence, elle revendique tant des indemnités journalières jusqu'à perception d'une rente que des prestations médicales sans limite temporelle. Elle observe par ailleurs que l'intimée n'a pas pris en compte les douleurs, ni les avis médicaux divergents concernant le caractère totalement invalidant de dites douleurs et qu'elle n'a pas à supporter l'incapacité des médecins experts à objectiver ses douleurs et à en identifier la source. Elle réserve encore la production d'un rapport consécutif à la mise sur pied d'une consultation au Centre de la douleur de l'Hôpital de H._____.

A l'appui de cette motivation, la recourante a produit copie d'un fax du 30 juin 2011, émanant du Service de neurochirurgie du I._____, adressé au DrC._____, signé par la Dresse N._____ ainsi que par un autre praticien, dont le nom n'apparaît pas mais qui pourrait être le Dr S._____. Ce document faisait suite à une consultation du 27 juin 2011. Leurs auteurs mentionnaient notamment que l'assurée se plaignait depuis toujours de cervicalgies sans brachialgies augmentées à l'activité, que s'agissant du statut neurologique, l'intéressée ne présentait pas de déficit sensitivo-moteur, pas de signes de myélopathie, que la mobilité cervicale était réduite d'environ 25 % dans tous les axes et les cicatrices calmes. D'un point de vue neurologique et neurochirurgical, il n'existait pas de restrictions à un travail à temps plein. Concernant l'antalgie, les douleurs ressenties par la patiente n'étaient pas rares suite à de telles interventions. Même à distance, elles pouvaient tout à fait entraver un fonctionnement normal. Il n'était pas prévu de rendez-vous de contrôle.

La CNA, dans sa duplique du 8 avril 2013, a maintenu ses conclusions en rejet du recours, observant notamment que le nouveau document médical produit est parfaitement superposable aux autres considérations médicales présentes au dossier.

Par déterminations signées de son conseil le 29 avril 2013, l'assurée a soutenu que son recours ne devait en aucun cas être compris comme une renonciation aux indemnités journalières et à la prise en charge de frais médicaux. Pour le surplus, les mesures d'instruction requises prouveraient l'intensité des douleurs et leur caractère invalidant.

C. Lors de l'audience d'instruction complémentaire et de jugement du 12 décembre 2013, la recourante a déclaré ce qui suit :

«Je n'ai jamais eu d'incapacité de travail ou suivi de traitement avant l'accident, qui est survenu un mois et demi après mon engagement. J'ai des douleurs dès que je me lève. Elles sont très fortes. Elles n'existent pas si je suis allongée. Je peux marcher entre trois quarts d'heure et une heure au maximum, mais avec difficulté en raison du poids et de la douleur. Cette douleur se situe sur les vertèbres qui ont été opérées et s'étend sur le haut du dos. Le mouvement avec les épaules, avec les bras et en rotation de la tête augmente la douleur. Et c'est à cause de cela que je ne peux rien faire.»

V. _____, ami de la recourante, entendu comme témoin, a déclaré ce qui suit :

«Je suis un ami de la recourante depuis peu avant son accident. J'ai fonctionné comme interprète pour elle lors de consultations médicales et auprès de son conseil. Avant son accident, la recourante était une femme active et dynamique. Elle travaillait dans une entreprise de nettoyage. Elle était heureuse dans son travail et aimait son métier. Elle a beaucoup souffert des suites de son accident et se plaignait beaucoup. Elle avait encore plus mal jusqu'à ce qu'elle doive être opérée. Sa vie sociale a changé après l'accident. Nous nous voyons beaucoup moins depuis l'opération, plus précisément, c'est elle que je ne vois plus car elle ne sort pratiquement plus. Quand je rends visite à sa famille, c'est ses proches que je vois faire le ménage et pas elle. A ma connaissance, elle n'a pas de loisirs. Devant moi, elle se plaint de douleurs. Récemment, pour l'anniversaire de ma fille, elle est rentrée après une heure, une heure et demie parce qu'elle avait mal.»

B. _____, époux de la recourante a également été entendu comme témoin; il a déclaré ce qui suit :

«Avant l'accident, mon épouse travaillait, elle faisait tout. Elle travaillait dans une entreprise de nettoyage. Toujours avant l'accident, elle s'occupait du ménage, des courses, de la cuisine, étant précisé que notre fils vit avec nous, dans notre quatre pièces. Depuis l'accident, elle passe l'essentiel de ses journées couchée sur

le canapé ou le lit et s'agissant des activités précitées, elle ne fait plus que préparer le repas de midi pour notre fils. Pour la vaisselle, chacun de nous la place dans le lave-vaisselle mais c'est moi qui le vide car mon épouse ne peut pas. Mon épouse ne peut pas marcher beaucoup. Elle se lève avec difficulté avec le dos plié. Elle dit qu'elle ne supporte pas les douleurs dans le dos. Elle aimait son travail d'avant l'accident et a toujours été une travailleuse. Je pense que si elle pouvait travailler, elle irait travailler. Mon épouse ne suit plus de physiothérapie. Je ne sais pas depuis quand elle a cessé. Elle a arrêté parce que la physiothérapie aggravait les douleurs. Mon épouse a porté une minerve entre l'accident et l'opération. Je ne pense pas qu'elle ait porté un appareil après l'opération.»

Le Dr C._____, libéré du secret médical par sa patiente, a fait les déclarations suivantes :

«Ma patiente m'a consulté pour la première fois trois à quatre semaines après sa sortie du I._____. Je n'ai que peu d'informations sur sa situation antérieure et je n'ai notamment pas connaissance d'un traitement antérieur au Portugal. Elle s'est présentée à moi avec une minerve thermo-moulée en disant que ça n'allait pas. Elle prenait deux fois 20 mg de Tramal par jour et du Dafalgan. J'ai adapté la médication antalgique. Un rendez-vous avait déjà été pris en neurochirurgie au I._____. Elle exprimait des douleurs sous forme d'un poids constant, exacerbées par les mouvements. Il existait une paresthésie au cinquième doigt qui a disparu avec le temps. Le Dr [...] a constaté que le déplacement était instable et a préconisé une opération, qui a été finalement agendée en avril 2008 (spondylodèse). Il me paraît important de relever que ma patiente est ainsi restée plusieurs mois avec ce déplacement instable. Quand bien même sur le plan radiologique, la situation était décrite satisfaisante après l'opération, ma patiente ne l'était pas. J'observerais également qu'à l'exception de la physiothérapeute de la CRR, aucun des praticiens intervenus n'a évalué numériquement les douleurs rapportées par ma patiente. La physiothérapeute de la CRR a quant à elle observé une douleur de 4/10 avant physiothérapie et de 7-8/10 après physiothérapie. J'estime pour ma part la douleur à 7-8/10, malgré la prescription actuelle de deux fois 150 mg de Tramadol, plus deux comprimés en réserve. Le Dr L._____ a été consulté à ma demande pour évaluer également la situation. Personnellement, je considère que la patiente ne peut plus exercer en qualité de femme de ménage comme avant. Elle ne pourrait effectuer qu'un travail plus léger d'une durée de deux heures. Toute activité impliquant la force comme porter ou tirer un aspirateur est exclue. La description de ses douleurs par ma patiente pourrait faire penser à un "coup du lapin", en revanche l'absence de contraction musculaire ne permet pas de retenir ce parallélisme. Il me paraît assez juste que les douleurs décrites puissent être analogues à celles constatées en présence d'un "coup du lapin". Il existe une réduction de la mobilité des cervicales de 40 degrés dans les deux sens. Il n'y a pas d'atteinte neurologique séquellaire. S'agissant du statu quo de la situation clinique objective, je le situe acquis courant 2011 début 2012. S'agissant des douleurs, elles ont toujours été exprimées par la patiente de façon régulière depuis la première consultation, étant

précisé que j'ai augmenté l'antalgie et que ma patiente ne se plaint pas. Il faut aller chercher l'information. S'agissant de ses limitations fonctionnelles, elle doit éviter les mouvements répétitifs de bras pratiqués de manière soutenue. J'estime également qu'il convient de limiter les positions assises et recommanderais celles-ci en chaise ergonomique pour éviter que la patiente ait les bras ballants. Elle a suivi deux fois 9 séances de physiothérapie, sans constat de progrès. Je n'ai pas d'arguments pour retenir un état dépressif chez ma patiente.»

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision attaquée (cf. art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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. Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; Meyer/von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif in Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, pp. 443 ss).

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).

b) La décision sur opposition de la CNA du 9 août 2012 traite sous considérant 3a de l'arrêt du versement des indemnités journalières au 30 novembre 2011. Dans son recours, l'assurée n'a certes pas expressément conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières. Dans le cadre de la procédure administrative, elle s'est en revanche opposée à l'arrêt de leur versement, de même que dans les écritures consécutives à son recours. En de telles circonstances, ce serait faire preuve de formalisme excessif que de considérer que la décision sur opposition est exécutoire sur la question du terme mis aux versement des indemnités et de la prise en charge des frais médicaux pour le seul motif que la recourante n'a pas pris de conclusion littérale sur ce point dans le cadre de son acte de recours.

Au demeurant, la question de savoir si les conditions cumulatives subordonnant le droit à la rente sont ou non réalisées est intrinsèque au litige. Par conséquent, s'il devait s'avérer que l'une ou l'autre de ces conditions n'était pas réalisée, la recourante pourrait prétendre au rétablissement du versement des indemnités et à la prise en charge du traitement médical.

3. Sont donc litigieux non seulement le refus de la rente d'invalidité ainsi que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité mais encore le terme mis au versement des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais médicaux autres que les rendez-vous de contrôle ou la prescription d'antalgiques.

4. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), 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 LPG) 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).

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPG). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPG).

Pour mémoire, 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 (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 arrêt du 3 août 2010 consid. 5, 8C_90/2010 arrêt 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 arrêt 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 arrêt du 20 mai 2005, consid. 3.1).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à

l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 op. cit., consid. 3b/cc et les références).

c) En l'espèce, il apparaît que les séquelles de l'accident du 25 octobre 2007 étaient stabilisées au moment où l'intimée a pris sa décision.

A cet égard, il convient plus particulièrement de s'intéresser aux suites de la dernière intervention chirurgicale du 8 avril 2008. Sur ce point, le Dr S._____, qui a pratiqué l'opération, a observé à sa consultation du 27 septembre 2009 une fusion complète entre C5 et D1 avec l'alignement, qualifié de bon au niveau de la colonne, sans mouvement entre C5 et D1. Il ne prévoyait pas de nouvelle consultation. Quant à l'examen neurologique, il était toujours normal, comme à la précédente consultation du 8 décembre 2008. Il doit en être déduit que l'état de santé de la recourante était stabilisé s'agissant des atteintes vertébrales consécutives à l'accident, y compris sur le plan neurologique. Le contenu des rapports ultérieurs du Service de neurochirurgie du 30 juin 2011 et du 15 novembre 2011, qu'ils soient signés du Dr S._____ ou de la Dresse N._____, ne fait que confirmer cette stabilisation. Dans son avis du 2 mars 2011, le Dr Z._____ considère lui aussi que le cas [de la recourante] pouvait être considéré comme stabilisé du point de vue accident. Quant au Dr L._____, il précise dans son rapport du 22 septembre 2011 qu'il n'existe pas d'atteinte radiculaire évolutive, ni de syndrome sous-lésionnel et qualifie le bilan radiologique de bien rassurant. Cet examen clinique objectif est lui aussi significatif d'une stabilisation. Ces avis médicaux permettent d'entériner l'appréciation du Dr D._____ du

21 juin 2010 lorsqu'il qualifiait de pleinement rassurantes les constatations issues de l'examen clinique et radiologique de l'assurée. Au demeurant le médecin traitant de la recourante qualifie lui aussi de stable l'état de sa patiente, puisque lors de l'audience du 12 décembre 2013, il a déclaré situer le statu quo acquis courant 2011, début 2012. Certes, la recourante fait valoir l'existence de douleurs persistantes en station debout, qui augmentent lorsqu'elle bouge les épaules, les bras et tourne la tête, qu'elle situe sur les vertèbres qui ont été opérées en s'étendant sur le haut du dos. Elle fait valoir que c'est en raison de ces douleurs, qu'elle ne peut rien faire et qu'elle passe sa vie allongée. Or, à lire le Dr S._____, de telles douleurs ne sont pas rares suite à de telles interventions et même à distance, peuvent entraver un fonctionnement normal. En conséquence, le fait que les douleurs perdurent à ce jour n'est pas révélateur d'un état de santé non stabilisé. La physiothérapie à laquelle s'est soumise la recourante à raison de deux fois neuf séances selon son médecin traitant, n'a pas permis la disparition des douleurs. Lors de son témoignage, le Dr C._____ a relevé que seule la physiothérapeute de la CRR avait procédé à une quantification des douleurs, qu'elle situait à 4/10 avant physiothérapie et à 7-8/10 après physiothérapie. Il en va de même de la médication antalgique selon le médecin traitant de la recourante, qui a déclaré estimer la douleur à 7-8/10, malgré la prescription actuelle de deux fois 150 mg de Tramadol, plus deux comprimés en réserve. Cela étant, s'il apparaît ainsi que les douleurs - installées de longue date - persistent malgré les traitements entrepris, ce seul fait ne saurait être déterminant dans la mesure où la situation demeure inchangée au regard de l'examen clinique objectif et radiologique. En tout état de cause, les mesures thérapeutiques proposées n'ont pas permis d'améliorer sensiblement l'état de santé de la recourante, les douleurs ressenties étant manifestement réfractaires à tout traitement. Partant, nonobstant la persistance des douleurs, on ne peut que conclure à une stabilisation des séquelles de l'événement traumatique du 25 octobre 2007.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, avec l'intimée, que l'état de santé de la recourante était effectivement stabilisé à tout le moins à la date du 30 novembre 2011.

Quant à la seconde condition de l'art. 19 al. 1 LAA, soit que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, elle est elle aussi réalisée, étant rappelé que l'OAI a renoncé à proposer de telles mesures dès l'instant où la recourante se considérait inapte au travail.

d) S'agissant de l'exigibilité médicale, la CNA s'est basée sur l'examen clinique du Dr D._____ pour retenir chez la recourante une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, soit une activité n'impliquant pas le port de charges de plus de 5 kg, ni de positions statiques prolongées en flexion de la nuque. La CNA a considéré pour le surplus que l'état subjectif et les plaintes de l'intéressée ne pouvaient fonder une diminution de la capacité de travail.

Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D._____ ne diffèrent guère de celles décrites par le Dr Z._____. La restriction en matière de port de charges est notamment identique. Quant aux limitations fonctionnelles ressortant du rachis cervical, elles sont certes décrites de façon plus exhaustive par le Dr Z._____. Il n'en demeure pas moins que le Dr D._____ retient également une diminution de la mobilité de la tête, ce qui est déterminant et permet de déduire une certaine similitude entre les appréciations de ces deux médecins. Quant à la Dresse U._____, elle reprend l'avis du Dr Z._____ en termes de limitations fonctionnelles. Le Dr C._____ a déclaré à l'audience du 12 décembre 2013 que sa patiente présentait une réduction de la mobilité des cervicales de 40 degrés dans les deux sens. A titre de limitations fonctionnelles, il a indiqué qu'elles consistaient à éviter les mouvements répétitifs des bras pratiqués de manière soutenue et à limiter les positions assises; il a recommandé à cet égard l'emploi d'une chaise ergonomique pour éviter que la recourante ait les bras ballants (recommandation déjà

émise par le Dr F. _____ de la CRR dans son rapport du 6 avril 2009). Enfin, le Dr L. _____ ne s'est pas prononcé sur cette question spécifique.

En ce qui concerne le taux d'activité exigible, le Dr D. _____ retient expressément une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les Dr S. _____ et N. _____ estiment tous deux, dans le cadre de leurs rapports du 27 juin et du 15 novembre 2011, soit les plus récents, que du point de vue neurologique et neurochirurgical, il n'existe pas de restriction à une activité à plein temps. Quant au Dr Z. _____, il estime, rejoint en cela par la Dresse U. _____, à 65 % la capacité de travail de la recourante.

Il sera observé en premier lieu que dans ses arrêts de principe du 2 septembre 2005 et du 28 août 2007 (ATF 131 V 362 consid. 2.2; 133 V 549 consid. 6), le Tribunal fédéral a considéré que l'évaluation de l'invalidité par l'assureur-accidents ou l'assurance invalidité n'a pas de force contraignante pour l'autre assureur.

A cela s'ajoute que l'OAI a retenu à titre d'atteintes principales à la santé deux atteintes supplémentaires, en l'occurrence une discopathie et une uncarthrose surajoutée en C4-C5, lesquelles sont indépendantes de l'accident. Ainsi, l'évaluation de la capacité de travail par l'OAI prend en compte des facteurs extérieurs à l'accident, en l'occurrence des troubles dégénératifs, ce qui peut expliquer, au moins partiellement, la divergence entre les taux de capacité de travail retenus par les deux assurances.

Par ailleurs, les appréciations des Drs D. _____ et Z. _____ sont largement superposables s'agissant de l'examen clinique et radiologique. Leur examen, comme au demeurant celui du Dr L. _____, n'a notamment pas mis en évidence de substrat organique objectivant l'importance des douleurs, sous réserve de l'observation du Dr Z. _____ quant à une amyotrophie des muscles postérieurs de la nuque jouant vraisemblablement un rôle dans la persistance des douleurs ressenties, lesquelles pouvaient néanmoins être réduites par une reprise de la

physiothérapie (avis partagé par le Dr F._____) ou l'utilisation d'un siège ergonomique soutenant la tête de l'assurée (avis partagé par les Drs F._____, C._____). Or, il ressort des déclarations de la recourante et des témoins à l'audience du 12 décembre 2013 que l'intéressée a cessé toute physiothérapie et ne fait pas usage d'un siège ergonomique. Cela étant, c'est à juste titre que la CNA, suivant en cela l'avis de son médecin d'arrondissement, a refusé de tenir compte de l'existence et de la persistance de ces douleurs, étant rappelé que l'assuré a l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 88 consid. 4c), ce que la recourante n'a pas fait.

Au surplus, la Cour de céans relève que l'argumentation du conseil de la recourante tendant à vouloir que soit appliquée la jurisprudence du Tribunal fédéral au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109) à la situation de médicale de sa mandante (intensité des douleurs) ne saurait être suivie. Il suffit de constater qu'elle n'est pas étayée par les éléments de fait nécessaires à son examen (déroulement de l'accident, degré de gravité, circonstances concomitantes, gravité ou nature particulière des lésions, erreur dans le traitement médical ayant entraîné des complications etc.). Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner cette question plus avant.

Enfin, ni le Dr L._____ ni le Dr C._____ ne motivent leur évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Interpellé, le médecin traitant de la recourante a déclaré qu'en raison des douleurs ressenties par la recourante, seule une activité «plus légère» que celle de femme de ménage, à raison de deux heures quotidiennes, était envisageable.

Pour le surplus, il apparaît que le Dr D._____ a établi son rapport en connaissance du dossier médical, notamment radiologique, de l'assurée, qu'il a procédé à deux examens cliniques et qu'il a décrit l'état de santé ainsi que son influence sur la capacité de travail de manière claire et motivée. Cela étant, on ne voit pas que son appréciation

contreviendrait aux règles applicables en la matière. Une pleine valeur probante doit par conséquent être reconnue à ses conclusions, qui emportent l'adhésion de la Cour de céans.

En définitive, c'est dès lors à juste titre que la CNA, considérant que l'état de santé de la recourante était stabilisé, lui a reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

5. Cela étant, il reste à examiner le calcul du préjudice économique de la recourante et, partant, son taux d'invalidité.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGa; cf. TF 8C_125/2010 arrêt du 2 novembre 2010 consid. 2; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesver-waltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGa (applicable en vertu du renvoi de l'art. 18 LAA). Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C_771/2011 arrêt du 15 novembre 2012 consid. 4.2). C'est dès lors en vain que la recourante fait valoir que seules 7 des 117 activités professionnelles relevées par l'intimée sont géographiquement proches de son domicile et qu'elle ne dispose pas de permis de conduire. Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle son état de

santé ne permet pas de lui imposer un déplacement ne repose sur aucun examen clinique objectif.

b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité, en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; cf. ATF 128 V 29 consid. 1; cf. TF 9C_195/2010 arrêt du 16 août 2010 consid. 6.2; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222; cf. TF 9C_254/2010 arrêt du 29 octobre 2010 consid. 4.2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. TF 9C_651/2008 arrêt du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1). En l'espèce, la recourante n'a pas discuté le revenu sans invalidité de 48'048 fr. qu'elle aurait réalisé en 2011 auprès du même employeur, sur la base d'un salaire horaire de 22 francs.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. TF 8C_287/2010 arrêt

du 18 novembre 2010 consid. 3). Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT établies par la CNA, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; cf. TF 8C_809/2008 arrêt du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 arrêt du 25 juin 2008 consid. 3.2).

En l'occurrence, à défaut d'activité exercée par la recourante depuis son accident, la CNA était fondée à recourir aux DPT pour établir le revenu d'invalidé de cette dernière. Il est incontestable que les cinq DPT retenues par la CNA sont compatibles avec son état de santé, dans la mesure où il s'agit de travaux légers ne requérant pas le port de charges de plus de 5 kg ou de sollicitations particulières du rachis cervical. En outre, elles satisfont aux conditions formelles posées par la jurisprudence (cf. ATF 129 V 472). C'est dès lors à juste titre que la CNA s'est référée aux cinq DPT produites pour déterminer le salaire d'une personne d'âge moyen affectée des mêmes séquelles accidentelles que la recourante et dont l'activité serait exigible en plein. Quant au revenu d'invalidé fixé sur cette base pour l'année 2011, soit une rémunération annuelle de 50'671 fr. 20, il n'est pas critiquable. La recourante ne le soutient d'ailleurs pas.

c) En comparant le revenu d'invalidé au revenu sans invalidité, on aboutit au constat qu'il n'existe pas de perte de gain, respectivement que celle-ci n'est que de quelque 1,7 % dans l'hypothèse d'une prise en compte du revenu annuel DPT le plus bas, soit 47'231 fr. 20. Par conséquent, en l'absence d'une invalidité de 10 % au moins (art. 18 al. 1 LAA), la recourante n'a pas droit à une rente.

6. Reste à examiner le bien-fondé du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée.

a) 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'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 (cf. TF 8C_459/2008 arrêt 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 professionnelles, 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 (cf. TF 8C_703/2008 arrêt du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

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 (cf. ATF 133 V 224 consid. 2).

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 (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

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 (cf. ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). 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 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 (cf. TF 8C_459/2008 arrêt du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C_365/2007 arrêt 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.

b) En l'espèce, l'intimée retient une atteinte à l'intégrité de 15 % en relation avec l'accident du 25 octobre 2007 sur la base des observations de son médecin d'arrondissement, lequel se réfère à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. La recourante conclut quant à elle à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %.

La table 7 du barème prévoit en matière de fractures cervicales, y compris spondylodèse (ch. 1), des taux variant en fonction de l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles. Sur la base de cette échelle ainsi que des propres déclarations de la recourante, on peut d'ores et déjà exclure une indemnité de 40 %. En effet, ce taux n'est envisageable qu'en présence de douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit ou au repos et en l'occurrence, l'assurée a toujours expliqué que les douleurs disparaissaient avec le repos et étaient

inexistantes la nuit. Elle l'a encore confirmé à l'audience du 12 décembre 2013.

Pour le surplus, il sera rappelé que de l'avis du Dr D. _____ comme de celui des Drs S. _____, N. _____ et Z. _____, la stabilité de la spondylodèse consécutive à l'accident est acquise et que le status neurologique est dans la norme. Demeure une diminution de la mobilité cervicale que le Dr D. _____ a qualifiée de convenable alors que les Drs S. _____ et N. _____ évaluent cette réduction à 25 % dans tous les axes. Certes, le médecin traitant de la recourante a indiqué en audience que sa patiente présentait une réduction de la mobilité des cervicales de 40 degrés dans les deux sens. Son avis de généraliste, non documenté, n'est toutefois pas suffisant pour infirmer l'appréciation des spécialistes qui ont examiné la recourante. Cela étant, il y a lieu de retenir que la limitation fonctionnelle du rachis cervical peut être qualifiée de faible. Le Dr D. _____ sera par ailleurs suivi lorsqu'il qualifie la situation d'intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (+) et des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts (++), telles que décrites dans l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles, étant rappelé que selon la recourante, les douleurs au repos sont inexistantes lorsqu'elle est couchée et présentes en position assise si elle ne soutient pas sa tête par un appui postérieur. En conséquence, la Cour de céans ne peut que constater que le DrD. _____ a correctement pris en compte les limitations et douleurs fonctionnelles ressortant de l'examen clinique et se rallie à son appréciation fixant à 15 % le taux de l'atteinte à l'intégrité.

S'agissant de l'argumentation de la recourante selon laquelle le taux devrait être augmenté de 5 à 15 % selon ch. 4 de la table 7 du barème, elle ne saurait être suivie. En effet, le taux doit être fixé exclusivement selon ch. 1 de la table 7 du barème, lequel englobe la spondylodèse alors que l'augmentation du chiffre 4 concerne certes un status après spondylodèse mais cumulativement à une laminectomie.

Au final, la recourante ne parvient donc pas à démontrer en quoi il faudrait s'écarter de l'appréciation du Dr D._____. Par conséquent, le taux d'atteinte à l'intégrité indemnisable de 15 % retenu par la CNA, sur la base de l'estimation de son médecin d'arrondissement, doit être confirmé.

7. La recourante a encore fait grief à l'intimée de n'avoir procédé à aucune évaluation pratique s'agissant de sa capacité de gain ainsi que de ne pas avoir procédé à d'autres investigations notamment à son domicile.

Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, 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 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 arrêt du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimée s'est satisfaite des éléments objectifs ressortant des examens cliniques de la recourante pour évaluer sa capacité gain. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 arrêt du 6 mai 2003 consid. 2.2) .

8. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Reste à examiner la question des frais judiciaires et des dépens.

a) La procédure en matière de LAA étant gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA).

b) La recourante succombant, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Quant à l'intimée, obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, elle ne peut se voir allouer des dépens à la charge de la recourante (ATF 128 V 124, consid. 5b; TF 8C_563/2009 arrêt du 31 mai 2010, consid. 4).

c) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'occurrence, Me Henri Bercher a chiffré à 12 heures et 15 minutes le temps consacré à ce dossier. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté, vu notamment les écritures et l'ampleur du dossier. C'est ainsi un montant de 2'205 fr. (12 heures 15 x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires, plus TVA à 8% d'un montant de 176 fr. 40. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En

l'occurrence, il convient d'allouer à Me Henri Bercher le montant de 76 fr. 05 qu'il réclame à titre de débours. En définitive, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'457 fr. 45.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue par la CNA le 9 août 2012 est confirmée.
- III. L'arrêt est rendu sans frais, ni dépens.
- IV. Une indemnité d'office de 2'457 fr. 45 (deux mille quatre cent cinquante-sept francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris, est allouée à Me Henri Bercher, conseil de Q._____.
- VII. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Henri Bercher, avocat à Nyon (pour la recourante),
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :