

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Merz et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à
Lausanne,

et

I._____, à Lausanne, intimée.

Art. 7, 8, 16 LPGA ; 6, 18 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1953, travaillait pour le compte de D._____ en qualité de téléphoniste-réceptionniste depuis le 3 janvier 2007. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de G._____, membre du TP._____, pour le traitement médical et l'indemnité journalière, et auprès d'I._____ (ci-après : I._____ ou l'intimée) pour les prestations de longue durée. Selon la déclaration d'accident du 23 juillet 2009, le 21 juillet 2009, à 18 heures, alors qu'elle se trouvait sur le lac Léman, elle a ressenti une grande douleur dorsale à la suite d'une forte secousse sur un petit bateau à moteur. Elle a alors été conduite en ambulance au Centre hospitalier F._____ (ci-après : F._____) et a été dès cette date en incapacité de travail.

L'assurée a séjourné du 21 au 29 juillet 2009 à l'Hôpital S._____. Le 3 août 2009, les Drs L._____, spécialiste en chirurgie du rachis, B._____ et X._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé le diagnostic de fracture-tassement du mur antérieur de la vertèbre L1. Ils ont prescrit un traitement conservateur par immobilisation dans un corset plâtré pendant deux mois, puis le port d'un corset 3 points, pendant un mois supplémentaire, avec contrôle radioclinique régulier. Ils ont également mis en place un traitement de prophylaxie thrombo-embolique.

Invitée à décrire de façon détaillée dans quelles circonstances elle avait subi une lésion corporelle, l'assurée a notamment indiqué ce qui suit sur le formulaire du 3 août 2009 à l'attention de G._____ :

« J'étais accompagnée d'une collègue et de son ami, P._____. Nous sommes sortis sur le lac en canot à moteur, à [...], le 21 juillet 2009. M. P._____, qui avait bu, a, par fanfaronnade, pris une vague à pleine vitesse. J'ai été projetée en l'air et suis retombée sur ma banquette. »

Le 21 août 2009, G._____ a confirmé la prise en charge du cas (indemnités journalières et frais de traitement).

Dans leur rapport médical du 30 septembre 2009, les Dr L._____ et X._____ ont indiqué que le traitement conservateur par corset plâtré se terminait et que le relais était pris par l'instauration d'un corset 3 points pendant un 3^{ème} mois. Une rééducation par physiothérapie avec renforcement de la musculature intrinsèque du dos et des abdominaux transverses serait entreprise après le prochain contrôle prévu fin octobre 2009. L'arrêt de travail était prolongé jusqu'à la prochaine consultation.

S'adressant à G._____ le 6 octobre 2009, les Dr L._____ et X._____ ont constaté des douleurs invalidantes au niveau de la jonction dorsolombaire avec impossibilité de se lever et de marcher, qu'ils ont estimées en lien de causalité avec l'accident du 21 juillet 2009. Ils n'ont toutefois pas relevé de troubles neurologiques au niveau des membres inférieurs. Ils ont attesté une totale incapacité de travail en tous cas jusqu'au mois de novembre 2009, précisant que le traitement serait probablement terminé à la même date.

Un inspecteur du TP._____ s'est rendu le 16 octobre 2009 au domicile de l'assurée. Il a relevé que l'intéressée avait expliqué qu'elle ne pouvait pas encore rester en position assise et que la limitation de son travail (de téléphoniste-réceptionniste) était totale. L'évolution était décrite comme très lente, mais favorable. L'assurée était encore immobilisée par le port d'un corset 3 points.

Dans un rapport de densitométrie osseuse par DXA [dual X-ray absorptiometry] du 20 novembre 2009 au Dr V._____ du F._____, les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, et Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, ont conclu à la présence d'une ostéopénie sur la colonne lombaire selon les critères de l'OMS.

L'assurée a été convoquée le 8 décembre 2009 pour un examen auprès du médecin-conseil de G._____, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du même jour, le Dr R._____ a retenu ce qui suit, sous la rubrique « appréciation du cas » :

« Status plus de 4 mois après fracture-tassement antérieur de L1.

Le traitement fut conservateur, avec contention plâtrée de 4 mois, puis physiothérapie.

Consolidation fracturaire avec un angle de Cobb de 16°.

Le status actuel est plutôt rassurant, chez une patiente qui a une bonne attitude de protection rachidienne. Le syndrome lombovertébral est modéré. Le tonus musculaire para-vertébral est bon.

Compte tenu de ces éléments, une reprise du travail devrait pouvoir intervenir d'ici la fin du mois, ne serait-ce qu'à 50%. Une reprise en plein pourrait être envisagée courant janvier-février 2010. »

Par courrier du 11 décembre 2009, G. _____ a fait savoir à l'intéressée qu'à la suite de l'examen du 8 décembre 2009, le Dr R. _____ estimait qu'une reprise partielle d'activité, à un taux de 50% au moins, devrait être possible d'ici la fin de l'année [2009], une reprise en plein étant envisageable d'ici début février 2010 au plus tard.

Selon la note téléphonique de G. _____ du 21 janvier 2010, l'assurée a repris le travail à 50% le 4 janvier 2010.

Dans un rapport du 2 février 2010 au Dr C. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, les Drs V. _____ et J. _____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics d'ostéopénie lombaire et de carence en vitamine D. Les médecins ont indiqué que l'assurée se plaignait toujours de dorsalgies, que son cas avait été rediscuté dans le cadre d'un colloque et que, compte tenu des circonstances de l'accident, le traumatisme inadéquat n'avait finalement pas été retenu. Ils ont suggéré de procéder à un suivi des β -Crosslaps annuel et à un nouveau contrôle deux ans plus tard. En outre, un traitement de calcium et de vitamine D a été proposé à l'assurée, ainsi qu'une augmentation de l'activité physique et l'arrêt du tabac.

L'assurée a repris le travail à plein temps dès le 1^{er} février 2010.

Dans un rapport du 2 mars 2010 au Dr C._____, les Drs L._____, et A._____ ont constaté qu'après une bonne évolution, la patiente souffrait d'une recrudescence des douleurs. Indiquant que l'intéressée avait été vue à leur consultation les 18 décembre 2009 et 18 février 2010, ils ont précisé les éléments suivants :

« En date du 18.12.2009, nous constatons une nette amélioration des douleurs avec toutefois persistance de celles-ci, notamment en fin de journée, accompagnées d'une sensation de fatigue. Le status était alors tout à fait dans la norme et le bilan radiologique ne montrait pas de changement par rapport au précédent contrôle.

La patiente n'avait alors plus besoin de médicament antalgique. Une reprise du travail a été agendée dès le 04.01.2010 à 50%.

La patiente a été revue à notre consultation en date du 18.02.2010. Entre-temps le médecin conseil de G._____ a remis la patiente au travail à 100% depuis le 01.02.2010.

Depuis lors, Madame Z._____ signale une recrudescence des douleurs nécessitant la reprise d'un traitement antalgique par Tramal. Les douleurs prédominent notamment en fin de journée, au niveau de la charnière dorso-lombaire.

Le status clinique lors de cette consultation reste tout à fait dans la norme.

Radiologiquement on ne trouve pas de changement par rapport au contrôle précédent, avec un angle de Cobb préservé à 12°.

Appréciation du cas :

Après une bonne évolution, on constate une recrudescence des douleurs chez une patiente suivie pour une fracture du mur antérieur de la vertèbre L1, datant du 21.07.2009.

Je remets, ce jour, une ordonnance à Madame Z._____ pour du Tramal en gouttes, mais également une nouvelle ordonnance pour un traitement physiothérapeutique et je reconduis l'arrêt de travail à 60% pour permettre un traitement de physiothérapie un peu plus intense.

Je reverrai la patiente en date du 25 mars 2010. »

Dans un rapport médical du 12 mars 2010 au médecin conseil de G._____, les Drs L._____, et A._____ ont diagnostiqué une fracture tassement de L1 avec perte de hauteur du mur antérieur d'environ 40%, sans atteinte au mur postérieur. Ils ont estimé qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait de rôle dans l'évolution du cas. Ils ont évalué la durée du traitement par antalgiques et physiothérapie à 1 à 2 mois, précisant qu'une reprise de l'activité à 100% serait réévaluée à la consultation du 25 mars 2010.

L'assurée a repris le travail à 100% dès le 5 avril 2010.

Le 8 avril 2010, les Drs L. _____ et A. _____ ont adressé un rapport médical au Dr C. _____, duquel il ressort que la patiente, venue en consultation le 25 mars 2010, présentait une nette régression des douleurs suite à la prise en charge en physiothérapie. L'intéressée avait pu reprendre une partie de ses activités, mais se sentait encore gênée par certains mouvements. La patiente était pour l'heure satisfaite du résultat, malgré des douleurs restant encore présentes occasionnellement. Cliniquement, le status était dans la norme, hormis de discrètes contractures de la musculature para-vertébrale. Le rapport mettait en évidence un résultat de 3/10 sur l'Echelle visuelle analogique (ci-après : EVA) et un score d'Oswestry de 34/100. Les médecins ont conclu à une évolution favorable et prévu un dernier contrôle trois mois plus tard. Ils ont remis une nouvelle ordonnance pour la poursuite de la physiothérapie et indiqué qu'une reprise du travail à 100% avait été prévue dès le 5 avril 2010.

Dans un rapport du 12 juillet 2010 au Dr C. _____, les Drs L. _____ et E. _____ ont posé les diagnostics de status 11 mois après post-fracture tassement antérieur de la vertèbre L1 et de gonarthrose interne bilatérale. Ils ont noté un indice EVA de 6/10 et un score d'Oswestry de 20/90. La patiente décrivait des épisodes de douleurs au niveau de la fracture, disparaissant assez rapidement. Elle signalait une prise de poids d'environ 8 kg, avec des gonalgies internes bilatérales, qui diminuaient avec la perte de poids. L'examen clinique n'avait révélé aucune douleur à la palpation de la colonne vertébrale, mais quelques contractures de la musculature para-vertébrale droite. Aucun épanchement n'avait été constaté au niveau du genou, des douleurs étant toutefois ressenties à la palpation de l'interligne interne bilatérale. Les genoux étaient stables tant dans le plan sagittal que frontal. Il n'existait au surplus pas de trouble neuro-vasculaire. Radiologiquement, on observait un pincement interne au niveau des genoux en varus des deux côtés sur les membres inférieurs totaux ; aucun tassement supplémentaire

n'était toutefois à déplorer. En définitive, les médecins donnaient une appréciation favorable de l'évolution au niveau de la fracture tassement L1. Au niveau des genoux, ils ont encouragé la patiente à perdre du poids et ont prescrit de la physiothérapie.

Le 7 octobre 2010, les Drs L. _____ et E. _____ ont établi un rapport médical à l'attention du médecin-conseil de G. _____. Les praticiens ont relevé que la patiente ne souffrait pas de douleurs au niveau osseux, mais de quelques contractures de la musculature paravertébrale droite. Elle n'était pas affectée par des troubles neurologiques. Aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait de rôle dans l'évolution du cas. Les radiographies de la colonne ne montraient pas de tassement supplémentaire et les légères douleurs des compartiments internes des deux genoux étaient sans corrélation avec la fracture L1. Le pronostic était bon, malgré le risque de voir subsister quelques douleurs résiduelles au niveau du dos. Le traitement avait pris fin le 29 juin 2010.

b) Selon une fiche téléphonique du 6 mai 2011, l'assurée a expliqué que son avocat avait demandé une expertise au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et spécialiste de la colonne vertébrale. S'agissant de l'évolution de son état, l'assurée a précisé qu'il y avait des tâches qu'elle ne pouvait plus faire, comme passer l'aspirateur, mais qu'elle ne rencontrait pas de problème particulier dans la vie de tous les jours. Par courrier du même jour à T. _____, l'avocat de l'assurée a exposé que les traitements lourds de sa cliente étaient « bouclés », qu'elle n'était plus suivie au F. _____, mais qu'elle avait toujours mal et avait décidé de consulter le Dr H. _____, estimant que ce traitement devrait être pris en charge par la caisse.

Par courrier du 12 mai 2011, T. _____ a confirmé la prise en charge d'un éventuel traitement s'il était en lien de causalité avec l'accident et était nécessaire.

Dans un rapport d'imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) de la charnière dorso-lombaire et lombaire du 16 mai 2011 à l'attention du Dr H._____, le Dr O._____, spécialiste en radiologie au Centre d'Imagerie [...], a conclu en ces termes :

« Persistance d'un petit noyau d'ostéochondromatose inflammatoire de type Modic I dans la région centro-supérieure de L1. Pas de pathologie herniaire significative discale à l'étage directement sus et sous-jacent. Protrusion discale modérée à modérément importante para-médiane droite en D10-D11. Discopathie avec des protrusions discales banales en L2-L3, L4-L5 et L5-S1. Discrète surcharge facettaire postérieure modérément inflammatoire en L4-L5 de même que les ligaments postérieurs de L2 à S1. »

Dans son rapport d'examen du 9 octobre 2011, le Dr H._____ a relevé que le mécanisme ayant entraîné la fracture de la première vertèbre lombaire était purement traumatique et résultait de l'accident du 21 juillet 2009. Aucune lésion neurologique n'avait été décelée, ni au moment de l'accident, ni au cours de l'évolution, la fracture n'ayant pas lésé la moelle épinière. Vu l'anamnèse de l'accident, le médecin estimait que la probabilité que l'hernie discale diagnostiquée par l'IRM du 16 mai 2011 soit due au seul traumatisme était très élevée, bien qu'une telle lésion soit courante, même en l'absence de traumatisme. Associée à la fracture de la vertèbre L1, l'hernie modifiait les conditions mécaniques du rachis lombaire et assombrissait le diagnostic fonctionnel. La zone fracturée concernait principalement la partie antérieure du corps de la vertèbre et devenait moins marquée lors de l'examen de la partie postérieure (aspect cunéiforme). Une radiographie effectuée le 29 juin 2010, soit après le traitement par corset pendant trois mois, avait mis en évidence un angle de cyphose locale de 20° ; cette perte de hauteur de la partie antérieure du corps vertébral était jugée définitive par le praticien. De par cette angulation permanente de 20°, la fracture avait fait définitivement perdre à la colonne vertébrale le caractère harmonieux de ses courbures, essentielles au bon fonctionnement du rachis. L'équilibre stable et économe de la colonne vertébrale de la patiente était ainsi irrémédiablement perdu. L'incidence pelvienne de 44° présente chez l'assurée rendait faibles les possibilités d'adaptation (en particulier par la mobilisation du bassin) de son organisme à la lésion traumatique. La perte

du caractère économe de l'équilibre du rachis qui en découlait commandait une mobilisation supérieure à la norme de la musculature du rachis, du bassin et des membres inférieurs, avec une compensation par les articulations des hanches et des genoux. Ce déséquilibre permanent entraînait une dépense énergétique excessive et des douleurs de l'ensemble du rachis, de la musculature du bassin et de celle des membres inférieurs, générant une fatigue généralisée et une diminution de la mobilisation. La patiente n'était ainsi notamment plus en mesure de se tenir accroupie pour charger ou vider son lave-vaisselle, d'utiliser un aspirateur ou de faire quelques pas de course pour prendre le bus. Il lui était difficile de maintenir une position assise au travail ; l'adaptation de son poste de travail s'était avérée insuffisante. Les douleurs persistantes exigeaient des pauses afin de reposer le dos ; présentes également la nuit, elles diminuaient la qualité du sommeil. Procédant à l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, le Dr H._____ a analysé le traitement prescrit par le médecin de famille (Tramadol 100 mg 1 cpr. 2x/j. - Mydocalm 1 cpr. 3x/j. - Tranxilium 5 mg 1 cpr. 1x/j.), qu'il qualifie d'important en quantité et qualité. Considérant le niveau des douleurs résiduelles sous ce traitement évalué à 4 sur 10 par la patiente, le Dr H._____ a coté les douleurs fonctionnelles à « +++ » selon les critères de l'annexe 3 de l'OLAA, à savoir « douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible ; douleurs ne diminuant que lentement, après aggravation ». Compte tenu de l'angle de cyphose de 20° obtenu et des limitations fonctionnelles retenues (consécutives à la fracture de la vertèbre, à la perte d'équilibre économe et stable du rachis, aux lésions discales des étages L4/L5 et L5/S1 [associées à des signes d'arthrose rachidienne postérieure] et à la gonarthrose de type interne [qui n'est pas la conséquence de la fracture vertébrale mais dont il faut néanmoins tenir compte, les lésions des genoux étant une importante gêne aux mécanismes de compensation des équilibres rachidiens]), le Dr H._____ a évalué l'atteinte à l'intégrité physique à 35%. Il a également jugé mauvais le pronostic de la fracture de la vertèbre L1, à moyen comme à long terme.

Le contrat de travail de l'assurée auprès de D._____ a été résilié par l'employeur le 26 octobre 2011 pour le 31 janvier 2012.

Dans une correspondance du 12 décembre 2012, T._____ a fait savoir au conseil de l'assurée qu'en collaboration avec son partenaire pour les prestations long terme I._____, elle allait soumettre l'assurée à une expertise orthopédique pour pouvoir déterminer notamment le taux de l'atteinte à l'intégrité et les éventuels traitements futurs.

Dans un rapport de radiographie de la colonne lombaire (face et profil) du 20 décembre 2012 au Dr H._____, le Dr O._____ a conclu à une fracture-tassement d'aspect ancien en L1, à une discopathie lombaire modérée pluri-étagée ainsi que dorsale inférieure et à des calcifications athéromateuses relativement marquées aorto-bi-iliaques.

Le 21 décembre 2012, le conseil de l'assurée a invité T._____ à verser à sa cliente une avance sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a également déclaré douter de l'utilité d'organiser une expertise, vu les constatations du Dr H._____.

Le 17 janvier 2013, T._____ a maintenu l'organisation de l'expertise, auprès du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main.

Dans son rapport d'expertise du 20 février 2013, le Dr N._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur déformation post-traumatique du corps vertébral de L1 et de status après fracture-enfoncement antéro-supérieure du corps vertébral de L1 le 21 juillet 2009, traitée conservativement. Il ressort notamment de la rubrique « Anamnèse actuelle » que la reprise du travail à 50% dès le début janvier 2010 s'était avérée assez pénible pendant quelques mois, de sorte que la recourante n'avait pu reprendre à 100% que dès le 5 avril 2010. La recourante avait l'impression que son état de santé n'avait plus évolué ; elle avait continué à travailler à temps complet, avec des lombalgies quotidiennes modestes, auxquelles elle s'était accoutumée en évitant

notamment certains mouvements ou positions. Les douleurs, survenant plusieurs fois par jour sous forme de lancées assez vives, étaient exacerbées aux efforts, aux stations assises et debout prolongées, en flexion du tronc et lors de secousses. A domicile, les tâches ménagères étaient possibles en prenant soin de les fractionner. Certains mouvements demandant une flexion du rachis étaient difficiles mais les activités sur un plan de travail réhaussé restaient généralement possibles sans trop de difficultés. Sur son lieu professionnel, l'intéressée avait pu aménager son poste de travail de manière à être relativement confortable ; son emploi lui permettait de se lever et changer de positions à la demande ; son rendement était globalement préservé. Alors occupée à 50% au AB._____ (ci-après : AB._____) comme secrétaire jusqu'à la fin avril 2013, elle aurait souhaité travailler à 100%, mais aucun poste à ce taux n'était disponible. Elle avait déjà entrepris des démarches pour un éventuel engagement comme employée aux ressources humaines dans une [...] à CT._____ ; le taux d'occupation n'était pas encore défini mais elle espérait pouvoir travailler à 80%, pour éviter de faire appel aux prestations du chômage.

L'expert s'est déterminé sur les questions de T._____ de la manière suivante :

« (...)

5. Des facteurs étrangers à l'accident jouent-ils un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquels, depuis quand et dans quelle mesure?

Non, il n'y a pas lieu de retenir l'intervention de facteur étranger à l'accident. La patiente avait vraisemblablement une certaine ostéopénie préexistante mais qui ne correspondait pas à une fragilisation excessive de sa colonne lombaire, l'exposant à des fractures spontanées ou consécutives à des événements ordinaires de la vie. Par ailleurs, les discopathies sus et sous-jacentes sont modestes et banales pour l'âge de sorte que ces troubles dégénératifs n'interviennent pas non plus de façon significative dans les lombalgies résiduelles.

6a. Les troubles constatés sont-ils causés, même partiellement, par l'accident du 21.07.2009 de façon certaine, probable, seulement possible ou exclue?

Le lien de causalité naturelle entre les lombalgies résiduelles et l'accident du 21.07.2009 est donné avec un degré de vraisemblance

prépondérante, bien supérieure à 50%. Il n'y a pas lieu de retenir l'intervention de facteur étranger comme susmentionné.

6b. Le cas échéant, quand le statu quo ante, resp. sine a-t-il été atteint?

La déformation post-traumatique de la vertèbre L1 est définitive et le statu quo ante respectivement sine ne seront plus jamais atteints.

7. Un traitement est-il actuellement en cours? Sinon, quand a-t-il pris fin? Un traitement peut-il encore apporter une amélioration? Si oui, lequel, par qui et de quelle durée?

Le traitement est actuellement stabilisé avec l'apprentissage d'une hygiène posturale et gestuelle antalgique et l'intervention de phénomènes d'accoutumance. Un traitement médical n'est plus nécessaire hormis des antalgiques en réserve en cas de lombalgies aiguës. L'état actuel ne va probablement plus changer à moyen ni à long terme.

8. Les suites de l'accident du 21.07.2009 sont-elles aujourd'hui gérées ou stabilisées? Si oui, depuis quelle date? Si non, dans quel délai?

Une stabilisation est intervenue depuis au moins une année avec des séquelles qui vont persister (cf. ci-dessus).

9. Les suites de l'accident laissent-elles subsister une atteinte importante et durable à l'intégrité physique ouvrant droit à une indemnité selon la LAA? Si oui, quel est le pourcentage de l'atteinte selon l'annexe 3 OLAA et les tables SUVA?

Oui, cet accident entraîne des séquelles durables de la colonne lombaire pour lesquelles un taux d'atteinte à l'intégrité doit être défini selon la table 7.2 de la SUVA.

J'ai demandé à la patiente d'apprécier elle-même l'intensité de ses douleurs fonctionnelles en lui soumettant l'échelle de + à +++ de la table 7.2 de la SUVA et en la laissant l'étudier en détails.

En toute connaissance de cause, elle retient alors ++, ce qui correspond à "des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts".

Par ailleurs, la déformation post-traumatique du corps vertébral de L1 correspond à une angulation de 20°, inchangée depuis les clichés de l'année passée et que l'on doit considérer comme définitive.

Selon la table 7.2 de la SUVA, une cotation des douleurs à ++ et une angulation vertébrale de 10-20° correspondent à un taux d'atteinte à l'intégrité de 10-20%. Dans le cas de cette patiente, je serais d'avis de prendre le haut de cette fourchette, soit 20% de la valeur du corps entier, vu que l'angulation est aussi située dans le haut de la fourchette.

Le taux d'atteinte à l'intégrité de 35% retenu par le Dr H. _____ en 2011, à une époque où les douleurs justifiaient encore l'administration d'antalgiques opiacés, n'est plus d'aucune actualité ni pertinence.

10. D'autres mesures ou investigations sont-elles indiquées?

Non.

11. Remarques?

A la fin de cette expertise médicale, j'ai constaté qu'un avis médical avait été donné par le Dr IR._____, [spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur], médecin-conseil de Y._____.

Je tiens à le signaler, étant moi-même médecin-conseil de cette compagnie d'assurance. L'expertise actuelle a été faite en parfaite indépendance et neutralité avec une excellente collaboration de la patiente.

A plusieurs reprises, celle-ci déclare ne pas rechercher à tirer des avantages excessifs de ses séquelles, mais de souffrir principalement d'un profond sentiment de reconnaissance insuffisante des responsabilités du tiers fautif. »

Par courrier du 2 avril 2013, présentant le cas à son médecin-conseil, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, I._____ a émis la remarque suivante : « Avis MC [médecin-conseil] de Y._____, Dr IR._____, assureur RC. Une fracture tassement de L1 avec angle de Cobb d'env. 16 degrés peut effectivement entraîner une gêne fonctionnelle chez un travailleur de force, mais pas chez une employée de commerce. L'AI [atteinte à l'intégrité] de 35% semble au Dr IR._____ excessive. Le Dr IR._____ propose une expertise. Il est à vérifier s'il y a réellement une péjoration objective ou alors si les plaintes sont aggravées en raison d'un problème conflictuel, en particulier au niveau professionnel ». Dans son évaluation du même jour, le Dr W._____ a relevé que l'expertise du Dr N._____ était bonne, que le cas était actuellement stabilisé, et qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 20% était justifiée.

Selon une fiche téléphonique du 22 juillet 2013, T._____ a relevé que le motif du licenciement de l'assurée était lié au fait que le cahier des charges de son poste avait été revu. Après cette réorganisation, l'assurée avait indiqué qu'elle ne pourrait plus y faire face.

Par décision du 9 avril 2013, I._____ a constaté que le résultat thérapeutique final était atteint, que des mesures supplémentaires visant à améliorer l'état de l'assurée n'étaient plus attendues et que le traitement effectué par les médecins traitants était

achevé. Se fondant sur le rapport d'expertise de Dr N._____, l'assureur-accidents a fixé la perte d'intégrité à 20% et arrêté l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 25'200 francs. Il a indiqué que les conditions pour l'octroi d'autres prestations en espèces n'étaient pas remplies, étant donné que ni une nouvelle incapacité de travail, ni une limitation durable de la capacité de gain ne résultaient de l'événement du 21 juillet 2009.

Le 8 mai 2013, par l'entremise de son représentant, l'assurée s'est opposée à la décision du 9 avril 2013. Elle a en substance contesté avoir recouvré sa capacité de travail, considérant être atteinte d'une invalidité durable et permanente liée aux séquelles de l'accident. Estimant présenter une invalidité économique d'au moins 50%, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise afin d'évaluer sa capacité de travail résiduelle. Se référant au taux de 35% obtenu par le Dr H._____, consulté en sa qualité de spécialiste de la colonne vertébrale, elle a également contesté le taux d'atteinte à l'intégrité de 20% retenu par le Dr N._____.

Le 3 juillet 2013, I._____ a demandé à l'Office régional de placement de l'Ouest lausannois (ci-après : l'ORP) la production du dossier de l'assurée.

Par décision sur opposition du 17 septembre 2013, notifiée le 9 octobre suivant, I._____ a rejeté l'opposition de l'assurée. L'assureur LAA a notamment relevé qu'il ressortait du dossier de l'ORP que :

- durant les 22 entretiens intervenus à l'ORP du 31 janvier 2012 au 18 juin 2013, l'assurée n'avait fait état de ses douleurs qu'à deux reprises, les 9 février 2012 et 18 mars 2013, en précisant la première fois qu'elle ne pouvait pas rester debout trop longtemps et la seconde fois qu'elle risquait de se faire opérer du dos,
- selon le questionnaire d'aptitude au placement du 9 février 2012, l'assurée n'avait pas annoncé d'incapacité de travail de durée indéterminée, ni d'incapacité de travail en lien avec une demande auprès de l'assurance-invalidité, ni même une capacité de travail restreinte à certaines activités,

- elle s'était inscrite au chômage en indiquant rechercher un emploi à 100% (formulaire du 31 janvier 2012),
- elle avait indiqué qu'une divergence d'opinion politique était à l'origine de son licenciement, la responsable des RH souhaitant de plus engager une amie (procès-verbal [ci-après : PV] de l'entretien du 9 février 2012),
- elle avait rencontré son ancien employeur, qui souhaitait lui offrir un nouvel emploi (PV de l'entretien du 20 août 2012),
- elle avait été employée depuis le 14 janvier 2013 par CT._____, à 50%, mais elle souhaitait obtenir un 100% et continuait donc ses recherches d'emploi pour compléter son taux d'occupation (PV du 12 février 2013),
- elle avait effectué un nombre très important d'offres d'emploi pour des postes à 100%,
- elle avait suivi un cours de rédaction professionnelle du 13 mai au 17 juin 2013 avec assiduité et en effectuant tous les travaux (rapport de fin de cours),
- le certificat de travail du AB._____ n'indiquait pas d'incapacité de travail durant la période travaillée (du 4 juillet au 31 décembre 2012 et du 14 janvier au 31 mars 2013),
- les rapports d'emploi temporaire d'insertion mentionnaient un bon déroulement de la relation de travail et un travail très bien exécuté, sans mention de douleurs dorsales,
- aucune incapacité de travail ou douleur n'a été mentionnée.

I._____ a en substance relevé que l'évaluation du Dr H._____ était ancienne et avait été effectuée à un moment où l'assurée prenait quotidiennement des antalgiques opiacés, ce qui n'était plus le cas au moment où l'expertise du Dr N._____ était intervenue, quelque 16 mois plus tard. Elle a considéré que cela expliquait la différence du taux d'IPAI retenu par les deux médecins. Disant ne pas saisir la cotation « +++ » retenue par le Dr H._____, alors même que l'assurée avait évalué son degré de souffrance à 4/10, elle a estimé que la cotation « ++ » indiquée par le Dr N._____ était fondée sur l'évaluation de l'assurée elle-même. Elle a dès lors maintenu le taux d'IPAI de 20% retenu

dans sa décision initiale. I._____ a également confirmé son refus d'octroyer une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, relevant qu'il ne ressortait pas des faits que l'intéressée subirait une diminution de gain en raison de l'accident litigieux. Les médecins avaient en effet conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité professionnelle de téléphoniste-réceptionniste. L'assurée avait toujours recherché un emploi à plein temps depuis son inscription au chômage, ne faisant état d'aucune incapacité de travail ; elle avait indiqué au Dr N._____ vouloir augmenter son taux d'occupation à 100%, ou tout au moins à 80%, et n'avait pas invoqué de péjoration de son état de santé depuis ce moment. Ses employeurs n'avaient pas observé de troubles dorsaux. I._____ a en outre observé que ce n'était qu'au stade de l'opposition que l'assurée avait allégué une incapacité de travail ou une limitation durable de sa capacité de gain, sans toutefois fournir d'élément concret. Elle y avait également invoqué un motif de résiliation de son contrat de travail lié à son état de santé, ne correspondant pas à celui annoncé aux autorités d'application de l'assurance-chômage au moment de son inscription.

B. Par acte du 11 novembre 2013, Z._____ représentée par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente LAA et d'une IPAI de 35%, et non pas 20%. S'agissant du taux de l'IPAI, elle fait en substance valoir que dans le cadre de l'affaire pénale instruite contre le pilote du bateau sur lequel elle se trouvait lorsqu'elle a subi l'accident en cause le 21 juillet 2009, des lésions corporelles graves au sens de l'art. 122 CP (Code pénal suisse du 21 décembre 1937, RS 311.0) ont été retenues. Elle en déduit que les juges pénaux, jusqu'au Tribunal fédéral, ont été convaincus de l'intensité de ses douleurs et des restrictions associées. Pour elle, le rapport du 6 mai 2011 du Dr H._____, plus détaillé, doit l'emporter sur celui du Dr N._____, ce qui conduit à retenir une IPAI de 35%, et non de 20%. Elle relève que l'expertise du Dr N._____ est fondée sur les estimations qu'elle a données elle-même, ce qui n'est pas satisfaisant, d'autant qu'elle a tendance à minimiser ses atteintes. Dans un second moyen, elle fait valoir que sa capacité de travail a été faussement sous-évaluée, alors qu'elle

n'est pas apte à tenir ses anciennes fonctions, ni de simples fonctions en bureautique. Avec son recours, elle produit plusieurs pièces, parmi lesquelles :

- un jugement de la Cour d'appel pénale du 7 juin 2012, condamnant P._____ pour lésions corporelles graves par négligence et violation des devoirs en cas d'accident,
- un recours au Tribunal fédéral de P._____ du 6 juillet 2012, concluant à la réformation du jugement du 7 juin 2012, en ce sens qu'il soit notamment libéré des accusations de lésions corporelles graves par négligence,
- un arrêt du 21 janvier 2013 de la Cour de droit pénal du Tribunal fédéral admettant partiellement le recours du 6 juillet 2012 et renvoyant la cause à l'autorité cantonale pour nouvelle décision,
- un jugement de la Cour d'appel pénale du 11 juillet 2013, admettant l'appel en ce qu'il portait sur d'autres facteurs d'accusation, mais confirmant la condamnation pour lésions corporelles graves par négligence et violation des devoirs en cas d'accident,
- un courrier du Dr H._____ au représentant de la recourante, daté de « mai 2013 », selon lequel les résultats de l'examen clinique du rachis sont inchangés depuis 2011, l'imagerie ne montrant pas de modification notable. Le Dr H._____ retient que le rythme de déroulement lombo-pelvien est perdu, avec des tensions musculaires paravertébrales pluriétagées. La trophicité musculaire paravertébrale est insuffisante ; une surcharge mécanique de l'articulation sacro-illiaque droite s'est fait jour. La position statique prolongée, assise ou érigée, est à proscrire, l'alternance de positions étant nécessaire. Un emploi de 42,5 heures par semaine n'est plus exigible au vu de la pathologie lombaire, qui impose une réduction de 30% en horaire, sans exigence de rendement. Les horaires doivent être étalés de façon harmonieuse sur la semaine. Le port de charge ne doit pas dépasser 5 kg, sans travaux en porte-à-faux, ni au-dessus des épaules. La position à genoux est proscrite. Le Dr H._____ estime que les conséquences de la fracture de la vertèbre L1 en 2009 sont définitives.

Dans sa réponse du 16 décembre 2013, I. _____ a conclu au rejet du recours.

Le 22 janvier 2014, la recourante a produit un rapport du Dr H. _____ du 12 janvier 2014. Le médecin y maintient ses conclusions, estimant que son rapport du 9 octobre 2011 a été lu de manière superficielle par I. _____, qui l'a critiqué par des affirmations non-étayées. Il estime également qu'il ne revient pas à l'assurée de procéder à l'appréciation médicale des effets d'un traitement médical sur la cotation de la douleur.

Se déterminant le 5 février 2014, l'intimée a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent, qui est celui du domicile de l'assuré (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).

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).

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.

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 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, sont litigieux le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé aux termes de la décision sur opposition rendue le 17 septembre 2013 par l'intimée, ainsi que le point de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; cf. TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré 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. TF 8C_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2, in : SVR 2011 UV n° 4 p. 12 ; 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.3 et 129 V 177 consid. 3.1 avec les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 et les références).

4. 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 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 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. 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_2013 du 15 août 2013 consid. 6.1 ; 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1 ; 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2 ; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. La table 7 traite de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Elle prévoit l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en fonction, d'une part, de l'appréciation des douleurs fonctionnelles et, d'autre part, du degré de déformation en cas de fractures cervicales, dorsales ou lombaires, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose. L'appréciation des douleurs fonctionnelles s'échelonne en 4 degrés, de la manière suivante :

- « 0 » = pas de douleurs notables, limitation fonctionnelle minimale et rare, survenant surtout aux efforts importants

- « + » = douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (1 à 2 jours)
- « ++ » = douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts
- « +++ » = douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation.

b) Même si la qualification pénale joue un rôle important lorsque le comportement à l'origine de l'éventualité assurée est une infraction réprimée par le droit pénal, le juge des assurances sociales n'est lié par les constatations et l'appréciation du juge pénal ni en ce qui concerne la désignation des prescriptions enfreintes, ni quant à l'évaluation de la faute commise. Mais il ne s'écarter des constatations de fait du juge pénal que si les faits établis au cours de l'instruction pénale et leur qualification juridique ne sont pas convaincants, ou s'ils se fondent sur des considérations spécifiques du droit pénal, qui ne sont pas déterminantes en droit des assurances sociales (ATF 125 V 237 consid. 6a p. 242 et les références).

c) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 51 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (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). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (cf. TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

d) En l'espèce, l'intimée retient une atteinte à l'intégrité de 20% en relation avec l'accident du 21 juillet 2009, sur la base du rapport du Dr N._____ du 20 février 2013. La recourante fait valoir quant à elle que le taux de l'atteinte à l'intégrité est de 35%, en se fondant sur l'appréciation du Dr H._____.

La recourante oppose ainsi au rapport du Dr N._____ celui établi par le DrH._____ le 9 octobre 2011, qu'elle juge plus détaillé. Elle n'établit toutefois pas en quoi spécifiquement l'avis du Dr N._____ ne serait pas pertinent. C'est en particulier à tort qu'elle affirme que le Dr N._____ a arrêté le taux de l'IPAI en se fondant sur ses seules déclarations. Il est exact que ce spécialiste a notamment tenu compte du ressenti de l'intéressée pour déterminer l'intensité de ses douleurs, ce qui n'est pas critiquable, dès lors que l'évaluation de douleurs comporte un aspect subjectif important. L'expert a toutefois vérifié l'appréciation de la recourante au travers de son examen clinique du 18 février 2013. Il a ainsi constaté qu'elle présentait quelques douleurs à la percussion des apophyses épineuses de la jonction cervico-dorsale, une percussion des apophyses épineuses diffusément douloureuse depuis la partie moyenne de la colonne dorsale jusqu'à la jonction lombo-sacrée avec une intensité maximale de la zone lombaire supérieure et des douleurs discrètes en fin de mouvement de rotation du rachis dorso-lombaire. Il a également remarqué que pour se coucher sur le dos, la recourante employait des manœuvres antalgiques auxquelles elle s'était accoutumée (cf. rapport d'expertise p. 7). Se fondant sur ses différents constats, le Dr N._____ a estimé l'appréciation de l'assurée cohérente et a confirmé le degré « ++ » sur l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles de la table 7.2 de la CNA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, correspondant à des « douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts ». On ne saurait au surplus suivre la recourante lorsqu'elle soutient que sa propre appréciation ne devrait pas être prise en compte, dès lors qu'elle a tendance à minimiser ses atteintes. Cet argument n'est ni relevant, ni étayé. Les éléments ressortant de l'anamnèse laissent plutôt apparaître une description précise et nuancée des douleurs, comme l'a d'ailleurs relevé l'expert (p. 5 du rapport d'expertise du Dr N._____).

L'expert a ensuite défini l'angle de cyphose affectant la recourante. Il a retenu une angulation de 20°. Selon la table 7.2 précitée, une angulation de cyphose comprise entre 10° et 20°, mise en regard d'une cotation des douleurs de degré « ++ », correspond à un taux

d'atteinte à l'intégrité situé entre 10 et 20%. Tenant compte du fait que l'angulation de 20° si situait à la limite supérieure de la fourchette prévue par la table CNA, le Dr N._____ a, de manière convaincante et qui plus est, favorable à la recourante, retenu le degré d'IPAI maximum de la fourchette, soit 20%. On notera à cet égard que les rapports médicaux antérieurs faisaient état d'un angle de cyphose inférieur, de 16° (rapport du 8 décembre 2009 du Dr R._____) et de 12° (rapport des Drs L._____ et Le A._____ du 2 mars 2010).

Dans son rapport du 9 octobre 2011, le Dr H._____ a retenu la même angulation cyphosique de 20°. Il a par contre estimé les douleurs fonctionnelles au degré « +++ », correspondant au degré maximal de la cotation. C'est en cela que son avis diffère de celui du Dr N._____. Le Dr H._____ a fondé son appréciation sur le traitement prescrit par le médecin traitant, qu'il a estimé important. Cette argumentation ne convainc toutefois pas. Cette évaluation de degré maximal selon la table CNA est en effet sans cohérence avec l'estimation des douleurs résiduelles à 4 sur 10 faite par la patiente elle-même, fut-elle sous traitement antalgique (cf. rapport du Dr H._____, p. 11). Le médecin ne fournit en outre aucun élément justifiant la cotation maximale choisie, si ce n'est en opérant une conjecture visant à évaluer les douleurs de sa patiente en l'absence de traitement.

A cela s'ajoute le fait que les différents médecins intervenus suite à la fracture L1 le 21 juillet 2009 ont fait état d'une évaluation favorable de l'état de la recourante, hormis quelques courts épisodes de recrudescence des douleurs. Ainsi, dans son rapport du 8 décembre 2009, le Dr R._____ a estimé que le status était plutôt rassurant et qu'une reprise du travail à 50% devrait pouvoir intervenir d'ici peu. Celle-ci est intervenue le 4 janvier 2010, puis à 100% dès le 5 avril 2010. Dans un rapport du 2 mars 2010, le Dr L._____, qui a suivi l'assurée dès sa prise en charge par l'Hôpital orthopédique le jour de l'accident, et le Dr A._____, ont déploré une recrudescence des douleurs ayant nécessité une reprise d'un traitement antalgique, qui avait pu être interrompu à la fin 2009. Ils ont alors prescrit de la physiothérapie et ont pu constater une

nette régression des douleurs dès la consultation suivante, le 25 mars 2010. Dans le rapport du 8 avril 2010 établi suite à cette dernière consultation, les Dr L._____ et A._____ précisait que l'assurée avait pu reprendre une partie de ses activités et ne ressentait des douleurs plus qu'occasionnellement, la reprise du travail à 100% étant fixée au 5 avril 2010. Dans leur rapport du 12 juillet 2010, les Dr L._____ et E._____ ont également fait mention d'épisodes de douleurs au niveau de la fracture, disparaissant assez rapidement. Leur examen clinique n'avait révélé aucune douleur à la palpation de la colonne vertébrale, mais seulement quelques contractures de la musculature para-vertébrale droite. Leur appréciation de l'évolution de la fracture était favorable. Ils ont en outre lié les gonalgies diagnostiquées le même jour à la prise de poids de l'assurée, qu'ils ont encouragée à perdre du poids. Dans leur rapport du 10 octobre 2010 à G._____, les deux mêmes médecins ont indiqué que la patiente ne souffrait pas de douleurs au niveau osseux, mais de quelques contractures de la musculature para-vertébrale droite. Ils ont précisé que les douleurs aux genoux, qu'ils ont qualifiées de légères, étaient sans corrélation avec la fracture L1. Ils ont à nouveau retenu un pronostic favorable, malgré le risque de voir subsister quelques douleurs résiduelles au niveau du dos, et indiqué que le traitement avait pris fin le 29 juin 2010. On relèvera encore que les résultats des évaluations de la douleur sur l'Echelle visuelle analogique (EVA) et de la capacité fonctionnelle selon l'index d'Oswestry opérées par les Drs L._____ et A._____ les 8 avril et 12 juillet 2010 laissent apparaître des valeurs faibles à modérés (EVA : 3/10 ; 6/10 - Oswestry : 34/100 et 30/90, un score compris entre 21 et 40% [correspondant à un handicap fonctionnel modéré en raison de douleurs dorsales]). Enfin, selon une note téléphonique figurant au dossier de l'assureur-accidents, hormis quelques tâches qu'elle n'était plus à même d'effectuer, comme passer l'aspirateur, l'assurée ne rencontrait pas de problème particulier dans la vie de tous les jours.

Ces différents éléments convergents permettent de privilégier l'appréciation de la douleur fonctionnelle posée par le Dr N._____, de niveau « ++ ».

En outre, on relèvera que même dans le cas d'une appréciation de la douleur fonctionnelle « +++ », couplée à l'angulation cyphosique de 20°, la table 7.2 CNA indique une atteinte à l'intégrité comprise entre 20 à 25 %. Ainsi, en l'absence de facteurs aggravants, c'est donc également un taux d'atteinte à l'intégrité de 20% qui s'appliquerait dans un tel cas. En arrêtant une atteinte à l'intégrité de 35%, le Dr H. _____ a non seulement retenu le degré de douleurs fonctionnel le plus sévère, mais il s'est également sensiblement écarté de la fourchette de base de la CNA. Toutefois, les atteintes invoquées par le Dr H. _____ à l'appui de son raisonnement ne suffisent pas à démontrer l'existence d'un tel facteur aggravant. Elles sont par ailleurs pour certaines sans lien de causalité avec l'accident du 21 juillet 2009 : tel est tout au moins le cas des gonalgies, qui sont sans lien avec l'accident (cf. rapports médicaux des Drs L. _____ et E. _____ du 7 octobre 2010 et du Dr H. _____ du 9 novembre 2011, p. 13). Les rapports ultérieurs du Dr H. _____ (mai 2013 et 12 janvier 2014), dans lesquels le praticien maintient sa position, ne sont pas de nature à remettre en cause l'expertise du Dr N. _____. Les avis des Drs IR. _____ et W. _____ sont superposables à celui du Dr N. _____, le premier ayant considéré l'atteinte à l'intégrité de 35% excessive et le second ayant adhéré à l'évaluation de 20% faite par le Dr N. _____ en sa qualité d'expert (cf. rapport I. _____ du 2 avril 2013). En définitive, il n'existe pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr N. _____ et qui seraient de nature à remettre en question les conclusions de son rapport d'expertise du 20 février 2013. En l'occurrence, ce médecin a procédé à un examen clinique de la recourante, dont il a pris en considération les plaintes. Son rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et après étude circonstanciée des points litigieux ; il ne contient pas de contradictions intrinsèques. Son appréciation de la situation médicale est claire et complète et les conclusions qu'il pose dûment motivées. Son rapport d'expertise du 20 février 2013 répond ainsi aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

On rappellera que la qualification retenue dans le cadre de l'affaire pénale, savoir celle de lésions corporelles graves par négligence, fondée sur des considérations spécifiques au droit pénal, n'est ici pas déterminante, dans la mesure où le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué sur la base de constatations médicales.

Au final, la recourante ne parvient pas à démontrer en quoi il faudrait s'écarter de l'appréciation du Dr N._____. Par conséquent, le taux d'atteinte à l'intégrité indemnisable de 20% retenu par l'intimée, sur la base de l'estimation du Dr N._____, doit être confirmé.

5. La recourante fait en outre valoir qu'elle devrait bénéficier d'une rente d'invalidité LAA.

a) 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 LPGA). 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 LPGA). 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 (cf. art. 16 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

b) En l'espèce, il apparaît que les séquelles de l'accident du 21 juillet 2009 étaient stabilisées au moment où l'intimée a pris sa décision. La recourante ne le conteste pas.

Seul le Dr H. _____ atteste la persistance d'une incapacité de travail (cf. rapport médical daté de « mai 2013 » produit à l'appui du recours), tout en décrivant une situation inchangée depuis 2011. Le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie du rachis ayant assuré la prise en charge de la recourante depuis le jour de son accident, fait au contraire état d'un traitement terminé et d'une reprise d'activité. Le Dr R. _____, dans son rapport du 8 décembre 2009, a estimé qu'une reprise du travail pourrait intervenir d'ici la fin décembre 2009 à 50%, puis à 100% courant janvier-février 2010. Au demeurant, la recourante a repris le travail à 50% dès le 4 janvier 2010, puis à 100% dès le 5 avril 2010. S'il est exact que son contrat a été résilié, elle a ensuite recherché une activité à plein temps. Il ressort de la décision attaquée, qui n'a pas été contestée par la recourante sur ces points, qu'elle s'est ainsi inscrite auprès de l'ORP en qualité de demandeuse d'emploi à 100%. Elle n'a fait valoir aucune incapacité de travail de longue durée ni de restrictions médicales affectant sa capacité de travail. Son aptitude au placement n'a pas été remise en cause et la recourante a été pleinement indemnisée par l'assurance-chômage. De juillet 2012 à mars 2013, elle a été employée au AB. _____, à 50%. Il ressort cependant de la décision attaquée et du rapport d'expertise du Dr N. _____ (anamnèse actuelle) que la recourante a toutefois regretté qu'aucun poste à 100% ne soit disponible, souhaitant pouvoir travailler à ce taux, ou tout au moins à 80%. Elle a donc continué activement ses recherches d'emploi à 100%. L'évolution a donc été favorable. Quant au fait que les douleurs perdurent, il a été relevé par le Dr N. _____ également, qui en a tenu compte pour arrêter le taux de l'IPAI.

Au surplus, il ne ressort ni des pièces médicales ni des éléments du dossier qu'une activité de téléphoniste-réceptionniste ou de secrétaire comme celles exercées par la recourante auprès de ses différents employeurs (D. _____ et AB. _____) serait inadaptée. En

février 2013, l'intéressée escomptait d'ailleurs entrer en fonction en qualité d'employée dans un service de ressources humaines, à un taux minimum de 80%.

Faute d'incapacité de travail dans l'activité habituelle, il n'y a donc pas lieu de procéder à une comparaison des revenus. L'assurée étant capable de travailler à plein temps dans son activité habituelle, elle n'a pas de perte de gain et ne peut dès lors prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a nié le droit à la rente sollicitée.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire, comme le requiert la recourante dans sa réplique du 22 janvier 2014. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. a et g LPGA). L'intimée n'a pas droit à des dépens, même si elle obtient gain de cause, vu que la recourante n'a pas procédé de manière téméraire (cf. ATF 126 V 151 et 127 V 205).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 17 septembre 2013 par l. _____ est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour la recourante),
- I. _____,
- 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 :