

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 janvier 2017

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

**K.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée,

---

**Art. 4 et 6 - 8 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1-2, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de deux enfants nés en 2000 et 2004, a été victime le 12 juin 2005 d'un accident non professionnel : voulant traverser la route [...] à [...], elle a été heurtée par un automobiliste pris de boisson et projetée à quelque treize mètres. L'assurée travaillait alors en qualité de conseillère en publicité à mi-temps.

L'assurée a d'abord été transportée à l'Hôpital de [...] puis en raison de douleurs aiguës à la palpation dorso-lombaire et de trois épisodes de perte de connaissance, selon rapport initial LAA complété le 14 juin 2005, elle a été transférée au service d'orthopédie / traumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) où elle a séjourné du 12 juin au 24 juin 2005. Selon un rapport médical du 19 juillet 2005, la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, a posé les diagnostics suivants :

- "• Fracture des apophyses transverses droites L2, L3 et L4.
- Fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
- Contusion occipitale.
- Contusion et hématome de la fesse droite."

Dans un rapport du 19 août 2005, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a posé les diagnostics de cupulolithiase post-traumatique gauche en voie de résolution spontanée et de status après AVP (accident de la voie publique) survenu le 12 juin 2005 avec fractures des apophyses transverses lombaires, de la tête du péroné droit et contusions de la fesse droite et occipitale. Ce médecin a également indiqué que l'examen vestibulaire clinique de l'assurée avait montré la présence d'un nystagmus fugace géotrope avec vertiges d'une durée de cinq à dix secondes lors de la manœuvre de Hallpike à gauche, permettant de poser le diagnostic de cupulolithiase post-traumatique gauche.

Le 5 octobre 2005, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et la Dresse A.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, du Département de psychiatrie du CHUV, ont établi un rapport médical posant le diagnostic de réaction aiguë à un facteur de stress important (F43.0). Ces médecins ont expliqué que l'assurée avait déclaré avoir été très choquée par l'accident d'autant plus mal vécu qu'il survenait dans un moment difficile pour elle. Il avait donc été convenu d'un soutien psychiatrique de courte durée pour surmonter le choc de l'accident et aider l'assurée à traverser cette période difficile. Cette décision avait été prise au terme d'un entretien du 15 juin 2005.

Le 10 octobre 2005, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical intermédiaire LAA dans lequel les diagnostics suivants ont été posés :

- "• Accident de la voie publique le 12.06.2005 avec:
  - o Contusion occipitale et phénomène de Whiplash.
  - o Fracture des apophyses transverses droites L2, L3 et L4.
  - o Fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
  - o Contusion de la fesse droite.
- Douleurs cervicales et céphalées persistantes post-traumatiques.
- Vertiges post-traumatiques.
- Etat dépressif réactionnel."

Le rapport précise que l'assurée présente quelques douleurs lombaires et au niveau de la jambe droite, mais que cette symptomatologie est en régression grâce au traitement de physiothérapie mis en place. En revanche, les cervicalgies, les céphalées et les vertiges sont encore très présents malgré des traitements médicamenteux et physiques et handicapent énormément l'assurée. Selon la Dresse N.\_\_\_\_\_, on pouvait craindre un dommage permanent, à savoir des douleurs cervicales, des troubles fonctionnels (type vertiges et troubles de l'équilibre), ainsi que des troubles de la concentration.

Le 12 décembre 2005, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical selon lequel l'assurée pouvait reprendre son travail à 50 % de son taux habituel de 50 %, soit deux heures par jour à partir du 14 décembre 2005 jusqu'au 24 janvier 2006, date du prochain contrôle.

Le même jour, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical au médecin-conseil de l'assureur-accidents (K.\_\_\_\_\_, ci-après: K.\_\_\_\_\_ ou l'intimée). Les diagnostics posés étaient les suivants:

- "• Troubles neuropsychologiques (à confirmer par un examen neuropsychologique) post-contusion occipitale et phénomène de whiplash.
- Status post-fracture des apophyses transverses à droite L2, L3 et L4.
- Status post-fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
- Contusion de la fesse droite.
- Vertiges post-traumatiques.
- Etat dépressif réactionnel en rémission."

S'agissant des problèmes ostéo-articulaires, la Dresse N.\_\_\_\_\_ décrivait un examen clinique pauvre qui correspondait à l'évolution favorable sur le plan subjectif. Le pronostic était bon. Quant aux problèmes neuropsychologiques qui étaient présents et qui gênaient beaucoup la patiente, ils devaient être investigués dans le service de neuropsychologie du CHUV. Sur le plan psychique, il existait une atteinte en ce sens qu'initialement, il y avait eu un état dépressif réactionnel mais la situation semblait être améliorée. La capacité de travail de l'assurée était surtout limitée par des problèmes neuropsychologiques soit des troubles de la concentration, des troubles de mémoire et une importante fatigabilité psychologique. L'état de santé actuel permettait une reprise progressive du travail avec un maximum de deux heures par jour, ce qui représentait 25 % d'une capacité totale ou 50 % du taux de travail habituel de 50 % de l'assurée. L'état de la patiente ne lui permettait pas des activités requérant de soulever ou porter des charges, d'effectuer des mouvements répétitifs avec la nuque ni de travailler en zone haute avec la nuque en hyper extension. La Dresse N.\_\_\_\_\_ considérait que l'assurée avait pratiquement récupéré sur le plan ostéo-articulaire mais que cependant, les problèmes neuropsychologiques étaient encore présents et étaient liés à la contusion cérébrale et au phénomène de whiplash.

Le 15 décembre 2005, le Dr L.\_\_\_\_\_ et la Dresse A.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'ils s'étaient essentiellement assurés de la diminution des symptômes se rapportant à la réaction aiguë à un facteur de stress. En fin de traitement, si quelques symptômes de la lignée anxio-dépressive

étaient encore présents, l'évolution globale de la thymie était apparue suffisamment bonne aux médecins pour mettre un terme à leur prise en charge. Lors d'une séance du 29 août 2005, il avait été évoqué avec l'assurée la possibilité de poursuivre un suivi psychothérapeutique dans le privé.

Dans un rapport médical du 19 août 2005, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- "- Cupulolithiase post-traumatique gauche en voie de résolution spontanée.
- Status après AVP [accident sur la voie publique] survenu le 12.06.05 avec fractures des apophyses transverses lombaires, de la tête du péroné droit et contusions de la fesse droite et occipitale."

Au terme d'un rapport médical intermédiaire du même médecin du 4 janvier 2006, il était décrit une évolution favorable compte tenu de l'absence de vertiges depuis août 2005 et d'autre part, de la fin du traitement depuis le 25 août 2005.

Le 25 janvier 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_, chef de clinique et le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique de [...], ont établi un rapport médical à teneur duquel l'assurée bénéficiait depuis le début du mois de janvier 2006, d'un soutien psychothérapeutique dont le but était de "lui permettre d'aller de l'avant malgré les difficultés rencontrées au cours de l'année 2005". Ces spécialistes retenaient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée d'intensité légère à moyenne (F43.21). Il ressortait en particulier de ce rapport que l'assurée était connue pour un antécédent d'épisode dépressif à l'âge de vingt-deux ans. Selon un certificat médical du 28 février 2006, la Dresse N.\_\_\_\_\_ attestait d'une reprise du travail de l'assurée à son taux habituel de 50 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, l'incapacité de travail ayant été totale jusqu'au 13 décembre 2005 puis de 50 %.

Le 28 février 2006 également, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical posant les diagnostics suivants :

- Troubles neuropsychologiques sous forme de troubles mnésiques séquellaires post-traumatiques.
- Status après contusion occipitale et whiplash.
- Status après fracture des apophyses transverses à droite L2, L3 et L4.
- Status après fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
- Contusion de la fesse droite.
- Etat dépressif réactionnel en rémission.”

Ce médecin a précisé également que, mis à part les troubles de la concentration et les vertiges occasionnels, l'assurée ne présentait plus de plaintes, qu'elle avait regagné sa capacité de travail à 50 % et qu'à partir du 1<sup>er</sup> mars 2006, elle pouvait remplir ses obligations professionnelles dans les mêmes conditions qu'antérieurement à son accident. Était joint à ce rapport le compte rendu d'un examen neuropsychologique du 7 février 2006, signé en particulier par la Professeur M.\_\_\_\_\_, médecin-chef de la Division Autonome de Neuropsychologie du CHUV, dont les conclusions sont les suivantes :

"Cet examen met en évidence des troubles mnésiques antérogrades en modalité visuo-spatiale (condition d'apprentissage et de récupération différée) et un ralentissement modéré à une épreuve langagière dans le cadre d'un examen par ailleurs dans les normes chez une patiente exprimant des plaintes de type post-traumatique."

Dans un rapport médical du 23 mars 2006, les Drs G.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ont confirmé le diagnostic précédemment posé. Ils expliquaient que l'assurée leur avait été envoyée au mois de janvier 2006 en raison de difficultés psychiques rencontrées suite à des bouleversements survenus dans sa vie privée plusieurs mois auparavant. Elle présentait ainsi une réaction dépressive d'intensité légère à moyenne, exacerbée par un accident de la voie publique.

Ces mêmes médecins ont indiqué, le 15 juin 2006, que la patiente n'avait plus été revue depuis le 24 février 2006.

Le 21 juin 2006, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport médical selon lequel sur le plan psychiatrique, l'assurée avait

développé un état dépressif secondaire qui avait été pris en charge médicalement et qui était en voie de disparition ; le pronostic était tout à fait favorable. Tel était également le cas sur le plan somatique. L'assurée ne suivait pas de traitement si ce n'est des séances de physiothérapie.

Le 18 octobre 2006, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a écrit que la patiente s'était plainte les dernières semaines, de douleurs cervicales et interscapulaires ainsi que d'un important état de fatigue et de difficultés à assumer ses activités ainsi que de troubles de la concentration. La Dresse N. \_\_\_\_\_ posait le diagnostic de syndrome douloureux chronique, de type fibromyalgie, post-choc traumatique. L'état de santé était compatible avec l'activité habituelle à un taux contractuel de 50 %.

Le 18 décembre 2006, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a constaté qu'après une évolution relativement favorable et une reprise de l'activité professionnelle, on assistait depuis le mois de septembre 2006 à une récurrence douloureuse. La qualité de vie est limitée avec fatigue et manque d'endurance. Les troubles de la concentration annoncés tout de suite après l'accident semblaient être encore présents. Les vertiges et les troubles de l'équilibre ont disparu. Les céphalées reviennent toutefois régulièrement. La Dresse N. \_\_\_\_\_ indiquait que des points de fibromyalgie (8 par rapport à 14 lors d'une précédente consultation de septembre 2006) étaient présents.

A teneur d'un nouveau rapport médical du 13 mars 2007, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a exposé que la situation restait instable avec une évolution qui variait tant sur le plan physique que psychologique. Elle posait les diagnostics suivants:

- Douleurs cervicales et lombaires avec limitation fonctionnelle modérée, résiduelle post-accident de la voie publique en juin 2005.
- Discrets troubles neuropsychologiques post-traumatiques."

La Dresse N. \_\_\_\_\_ précisait encore que l'on ne pouvait pas parler d'une atteinte psychique à proprement dit, les troubles dépressifs constatés dans les suites immédiates de l'accident ayant disparu. Ce qui

gênait surtout l'assurée, c'était les troubles mnésiques liés à la contusion cérébrale provoquée par l'accident.

Le 2 avril 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations AI.

Le 26 avril 2007, une physiothérapeute de la Clinique [...] a écrit qu'après une très bonne évolution, elle avait pu assister dès juillet 2006 à une rechute (douleurs, force et coordination). Dès septembre 2006, l'état de l'assurée était passablement fluctuant.

Dans un rapport médical du 18 juin 2007, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- "• Syndrome douloureux chronique post-accident de la voie publique survenu le 12.06.2005, provoquant:
  - o Fracture des apophyses transverses droites L2, L3 et L4.
  - o Fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
  - o Contusion occipitale.
  - o Contusion de la fesse droite.
  - o Douleurs cervicales et céphalées persistantes post-traumatiques.
  - o Vertiges post-traumatiques.
  - o Troubles mnésiques post-traumatiques.
  - o Très probables troubles de la personnalité (borderline?) accentués par les suites du traumatisme."

De l'avis de la Dresse N. \_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée s'améliorait. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible mais il y avait une diminution de rendement. En outre, toute activité de bureau pouvait être exercée.

A la requête de l'assurance-accidents, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique réalisée au Département ad hoc des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et médecin adjoint, dont le rapport d'expertise date du 9 juillet 2007. Il en résulte que l'expertisée ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique. Elle n'avait pas besoin de soutien psychologique mais un tel soutien pourrait être nécessaire à l'avenir, en fonction de l'évolution du syndrome douloureux chronique ou si un

véritable état dépressif venait à se déclarer. Le spécialiste a précisé qu'il était toutefois certain que les troubles mnésiques et de la concentration, ainsi que les difficultés d'organisation, affectaient la capacité de travail et réduisaient le rendement professionnel.

Une expertise neurologique a également été exécutée auprès des HUG par le Professeur I.\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et la Dresse U.\_\_\_\_\_, médecin interniste, dont le rapport date du 12 novembre 2007. Selon ces médecins, l'assurée présentait des troubles neuropsychologiques qui semblaient stables depuis la première évaluation neuropsychologique en janvier 2006. En revanche, les experts ne retenaient aucune pathologie psychiatrique hormis une réaction dépressive post-traumatique qui n'était plus retrouvée lors de l'expertise. Les troubles constatés étaient actuellement stabilisés mais limitaient l'assurée dans son activité professionnelle avec responsabilité surtout en raison des troubles neuropsychologiques. L'assurée avait atteint une stabilité dans les troubles neuropsychologiques et ses douleurs dorso-lombaires depuis février 2006. Une amélioration notable n'était plus envisageable. Selon les experts, vu les affections neuropsychologiques qui touchaient spécialement la concentration et l'attention mais aussi les capacités phasiques, une activité professionnelle avec moins de responsabilité était nécessaire. De l'avis des experts, il fallait s'attendre à une diminution de rendement de 25 %. L'activité de conseillère en publicité était mal adaptée à la capacité de l'assurée.

Etait joint à cette expertise, un compte rendu d'un examen neuropsychologique du 8 octobre 2007 dont la conclusion était la suivante:

“Après de cette patiente âgée de 37 ans, l'évaluation neuropsychologique met en évidence :

- Cliniquement, un ralentissement psychomoteur global, une fluctuation attentionnelle, la patiente étant par ailleurs nosognosique de ses difficultés, agréable dans le contact, collaborante, prolixe, s'impliquant activement dans la réalisation des épreuves,
- Un manque du mot dans les épreuves de dénomination (d'images et de personnages célèbres), sans signe positif d'aphasie,

- Des hésitations dans les tâches évaluant l'identification gauche/droite,
- Des scores limites dans les épreuves portant sur la mémoire de travail/mémoire immédiate,
- Dans un test d'apprentissage verbal, des résultats dans les normes inférieures (condition d'acquisition et de récupération différée), mais une perte modérée de l'information en différé comparativement au dernier essai de la phase d'apprentissage ; des performances dans les normes-normes inférieures à une épreuve mnésique en modalité non verbale,
- Sur le plan exécutif, un ralentissement dans un test de flexibilité mentale,
- Sur le plan attentionnel, des difficultés modérées dans un test d'attention divisée (nombre élevé d'erreurs) ; un taux pathologique de faux-positifs dans une épreuve informatisée évaluant l'attention sélective sur une longue durée,
- Au niveau comportemental et thymique, des informations anamnestiques faisant état de l'apparition d'une irritabilité, d'une tendance impulsive, d'une symptomatologie anxieuse.

Le tableau clinique témoigne de troubles affectant tant la sphère cognitive, que les aspects comportementaux et thymiques (irritabilité, impulsivité, symptômes d'anxiété). A relever que les difficultés objectivées sont de gravité modérée.

La présente évaluation montre des performances globalement superposables à celles mises en évidence à l'examen neuropsychologique de février 2006. En effet, nous retenons au premier plan une perturbation des aptitudes attentionnelles (ralentissement, difficultés dans les situations de doubles tâches) et du fonctionnement exécutif (impulsivité, manque de flexibilité mentale). Soulignons que le test de mémoire épisodique en modalité visuo-spatiale administré actuellement se situe dans les normes inférieures (Figure complexe de Rey), alors qu'un déficit sévère avait été observé à l'épreuve précédemment effectuée (15 signes).

Cette symptomatologie cognitive et comportementale est compatible avec les séquelles de l'accident dont a été victime la patiente en juin 2005. Bien que les douleurs puissent exacerber les déficits cognitifs objectivés, celles-ci ne peuvent expliquer l'ensemble du tableau.

Sur le plan psycho-social, les activités professionnelles sollicitant des capacités attentionnelles sur une longue durée, ou nécessitant des prises de décision, des aptitudes de flexibilité mentale, peuvent être altérées par les troubles mis en évidence. Par ailleurs, bien que l'on ne relève pas de signe positif d'aphasie, le manque du mot mis en évidence est significatif et peut affecter les performances de la patiente dans l'élaboration de son discours et dans la rédaction de textes, notamment dans les situations auxquelles elle [est] soumise à un certain niveau de stress."

Le 13 février 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a écrit au Dr P.\_\_\_\_\_ que l'assurée était en traitement

chez lui pour des douleurs intolérables du rachis, du bassin et du sacrum ainsi que des troubles de coordination.

Selon un rapport du 19 février 2008, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, endocrinologie-diabétologie et médecin traitant, décrit une évolution lentement favorable, mentionnant des séquelles de traumatisme crânio-cérébral (mémoire) et de la fatigue.

Sur interpellation de l'assurance-accidents, le Professeur I.\_\_\_\_\_, et la Dresse U.\_\_\_\_\_ ont indiqué le 5 mai 2008 que l'assurée pouvait sur le plan neurologique avoir une activité de 100 % mais avec une baisse de rendement de 25 %. Ils ont indiqué que cette baisse de rendement serait présente dans d'autres activités car le léger ralentissement dans le traitement de l'information et les difficultés exécutives ont des conséquences qui se retrouvent dans la plupart des activités.

Le 7 mai 2008, le conseil de l'assurée a adressé à l'assurance un mail de sa cliente par lequel celle-ci l'informait de « plusieurs pertes de connaissances (syncopes ou crises d'épilepsie dues à mon accident) ». Elle demandait la prise en charge de la thérapie de la douleur prodiguée et disait également refuser que son assurance-maladie paie pour son accident (« psy, Dr. E.\_\_\_\_\_, Physio, thérapie neurale et l'aide au ménage »).

Dans un rapport du 9 mai 2008, la Dresse V.\_\_\_\_\_, radiologue FMH, a conclu qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale de la veille était d'aspect normal et qu'il n'y avait pas d'argument morphologique pouvant expliquer la symptomatologie de l'intéressée.

Selon une notice d'entretien téléphonique du 17 juin 2008, le Dr E.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée s'était évanouie lorsqu'elle se trouvait chez sa dermatologue et qu'elle aurait fait une crise hypothermique. La dermatologue lui aurait parlé d'épilepsie et depuis lors, l'assurée aurait été axée là-dessus. L'examen neurologique pratiqué par le

médecin était normal et il n'y avait pas d'élément en faveur d'une épilepsie.

Le 19 juin 2008, la Dresse A.A.\_\_\_\_\_, physiatre, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, a établi un rapport d'examen indiquant que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans l'activité habituelle et de 75 % dans une activité adaptée. Elle posait les limitations fonctionnelles suivantes : ralentissement psychomoteur global, fluctuations attentionnelles, difficultés dans la rédaction de textes, performances limitées de la mémoire et de l'apprentissage, pas de sollicitations extrêmes du rachis.

Dans un courrier médical du 26 juin 2008, le Professeur I.\_\_\_\_\_ a notamment écrit ce qui suit :

"2. Concernant les pertes de connaissance qu'elle décrit: des crises d'épilepsie suite à un traumatisme crânien mineur sont inhabituelles et ne rentrent pas dans la causalité naturelle en premier abord, sauf s'il y a un foyer à l'EEG, compatible avec les mécanismes du traumatisme. On peut envisager une causalité, si les syncopes font suite à des vertiges sur cupulolithiase, qui est reconnue comme post-traumatique. Il ne me semble pas que ce soit le cas ici. En résumé, si l'EEG est normal, je ne mettrai pas une causalité naturelle (à reconsidérer après diagnostic)."

Une nouvelle expertise a été ordonnée, le 11 juin 2008, par la K.\_\_\_\_\_ auprès du Département de chirurgie des HUG, Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.

Le 16 juin 2008, le conseil de la recourante s'est adressé en ces termes à l'expert désigné :

"[...]

3. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 juillet 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ a exclu l'existence de facteur étranger susceptible d'influencer le processus de guérison, bien au contraire, il a constaté que Mme B.\_\_\_\_\_ était une «battante» comme l'ont démontré les diverses épreuves qu'elle a traversées. Ce spécialiste a enfin conclu qu'il n'y avait pas de troubles psychiatriques."

Dans un rapport médical reçu le 21 octobre 2008 par la K.\_\_\_\_\_, la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychothérapie, a notamment indiqué sous la rubrique « 3. Constatations et diagnostics exacts? », « Z60.0 Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ».

Le 24 octobre 2008, la K.\_\_\_\_\_ a écrit au conseil de l'assurée en relevant que selon l'expertise psychiatrique effectuée à l'Hôpital universitaire de Genève, l'assurée ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique, qu'elle n'avait pas besoin d'un soutien psychologique et qu'il n'y avait pas de trouble spécifiquement psychiatrique affectant sa capacité de travail. L'assureur-accidents relevait encore que par son courrier du 8 avril 2008, l'assurée, par son conseil, avait pris position en acceptant la prise en charge du traitement de physiothérapie mais n'avait émis aucune remarque concernant un éventuel traitement psychiatrique. Elle signalait aussi que dans son courrier du 16 juin 2008 aux HUG, le conseil de l'assurée écrivait que le Dr C.\_\_\_\_\_ avait conclu à l'absence de troubles psychiatriques. Elle en concluait que le traitement suivi par l'assurée n'était pas en lien de causalité avec l'accident.

Le 2 décembre 2008, la K.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit au conseil de l'assurée :

"[...]

Aussi, nous constatons que vous contestez tous nos propos sans apporter la preuve qu'une relation de causalité naturelle et adéquate existerait entre l'événement accidentel et les atteintes psychologique et épileptique.

#### A. Traitement psychologique

En ce qui concerne le traitement psychologique, nous pouvons vous rappeler les faits suivants. Lors de notre entretien téléphonique du 18 avril 2007 faisant suite à votre refus de pratiquer une expertise à la Clinique [...] comportant les volets orthopédique, neurologique et psychiatrique, vous avez clairement affirmé qu'un volet psychiatrique n'était pas nécessaire vu que Mme B.\_\_\_\_\_ ne souffrait d'aucun problème psychiatrique. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique du Département de psychiatrie de l'Hôpital Universitaire de Genève du 9 juillet 2007 a conclu que votre mandante ne souffre d'aucun trouble psychiatrique, qu'elle n'a pas besoin d'un soutien psychologique et qu'il n'y a pas de troubles spécifiquement psychiatriques affectant sa capacité de travail. En

outre, dans votre courrier du 16 juin 2008 à l'attention du Prof. [...] au point 3, vous avez écrit: «*dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 juillet 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_ a exclu l'existence de facteur étranger susceptible d'influencer le processus de guérison, bien au contraire, il a constaté que Mme B. \_\_\_\_\_ était une «battante » comme l'ont démontré les divers[es] épreuves qu'elle a traversées. Ce spécialiste a enfin conclu qu'il n'y avait pas de troubles psychiatriques».*

Enfin, le traitement de psychothérapie n'a débuté que le 3 juillet 2008 auprès du Dr H. \_\_\_\_\_, soit 3 ans après l'accident. Cette dernière a constaté des difficultés chez Mme B. \_\_\_\_\_ à s'adapter à une nouvelle étape de la vie. Sur la base de ces éléments, force est de constater qu'un lien de causalité naturelle n'est pas établi entre les troubles psychiatriques et l'événement du 12 juin 2005. Partant, une appréciation de la causalité adéquate n'est pas nécessaire, cette dernière étant de toute manière et selon toute vraisemblance pas donnée.

#### B. Eventuel traitement épileptique

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a expliqué que lorsque Mme B. \_\_\_\_\_ se trouvait chez la dermatologue, elle s'est évanouie. C'est la dermatologue qui lui aurait parlé d'épilepsie. Il s'agirait en fait d'une crise hypothermique. L'examen IRM effectué en date du 8 mai 2008 suite à cette suspicion de l'assurée s'est avéré par ailleurs normal. De plus, selon les informations obtenues du Prof. I. \_\_\_\_\_, le traitement effectué chez le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a actuellement pas de lien de causalité avec l'événement du 12 juin 2005.

Ces examens ont en aucun cas été mis en œuvre en rapport avec l'accident. Mme B. \_\_\_\_\_ n'a jamais été victime d'épilepsie, elle s'est simplement évanouie.

Par conséquent, vous comprendrez aisément au vu de ce qui précède que les traitements précités ne relèvent pas de notre compétence."

Le 15 décembre 2008, le Dr E. \_\_\_\_\_ a écrit à l'assurance qu'une IRM du 3 septembre 2008 a mis en évidence une discopathie L5-S1 avec possible contact extraforaminal avec la racine L5 à droite.

Le 16 mars 2009, après quelques échanges de correspondances sur la prise en charge des traitements psychiatriques et liés à l'épilepsie, la K. \_\_\_\_\_ a rendu une décision niant l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident survenu et le traitement psychologique ; elle a aussi constaté que le diagnostic d'épilepsie n'était pas établi.

L'assurée a formé opposition, le 19 mars 2009, contre la décision précitée. Sa caisse maladie ( [...]) a également formé opposition, le 26 mars 2009, à titre provisoire.

Le 13 mai 2009, l'assureur-maladie a informé la K. \_\_\_\_\_ qu'elle prendrait en charge les frais liés à l'IRM du 8 avril 2008 ainsi que les factures du traitement débuté le 3 juillet 2008 auprès de la Dresse H. \_\_\_\_\_ (psychologue).

Par décision sur opposition du 3 juin 2009, la K. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision (cf. CASSO AA 80/90 - 75/2013 du 21 août 2013).

Il résulte ce qui suit d'un rapport d'expertise du 10 juin 2009 rédigé par la Dresse Y. \_\_\_\_\_, interniste, et le Dr T. \_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG :

“3. Consta[ta]tions et diagnostics

- Syndrome douloureux chronique lié à des troubles fonctionnels du rachis cervical et dorsolombaire. Diminution des amplitudes articulaires aux étages cervical et thoracique.
- Coccodynie idiopathique
- Pincement articulaire lombaire L4-L5
- Suspicion de canal lombaire étroit constitutif
- Troubles neuropsychologiques post contusion occipitale et phénomène de whiplash.
- Status post traumatisme crânien
- Status post fracture des apophyses transverses L2, L3, et L4 droites
- Status post fracture de la tête de la fibule droite non déplacée
- Status post contusion de la fesse droite
- Status post vertiges post traumatiques
- Status post état dépressif réactionnel
- Status post cupulolithiase post traumatique gauche
- Status post maladie de Scheuermann (anamnestique)
- Scoliose dans l'enfance (anamnestique)
- Un status post deux épisodes dépressifs à l'âge de 22 ans et au début de l'année 2005.
- Status post deux accouchements par césariennes
- Status post 2 GEU avec salpingectomie unilatérale
- Status post laparoscopie pour ablation de kyste ovarien et adhésiolyse
- Status post IVG par curetage.

4. [...]

5. Appréciation générale

- a. Diagnostics : cf 3.
- b. pronostic : bon, mais reste tributaire des progrès qui peuvent être obtenus par la rééducation physique, le travail postural et l'adaptation des activités physiques et professionnelles
- c. Etat antérieur satisfaisant
- d. Troubles psychiques liés à une maladie : liés à la gestion des douleurs chroniques
- e. Limitations fonctionnelles : fatigabilité, troubles de la concentration, intolérance de la position assise prolongée, discrète diminution des amplitudes articulaires cervicales et thoraciques.
- f : Recyclage : le travail actuel semble adapté aux capacités de la patiente.

6. Les plaintes subjectives peuvent-elles être objectivées ?

- a. La scoliose thoracique peut invalider de manière modérée la patiente et peut nécessiter un travail postural et un renforcement musculaire.
- b. L'absence d'anomalie radiologique au niveau coccygien ne permet pas d'exclure une coccydynie idiopatique, entité fréquente, surtout chez les femmes.
- c. L'ostéopénie objectivable sur le bilan radiologique conventionnel peut expliquer en partie des douleurs diffuses du rachis.
- d. Les signes indicatifs du canal lombaire étroit ainsi que l'amincissement de l'espace L4-L5 peuvent expliquer des douleurs vertébrales localisées ainsi qu'un syndrome radiculaire avec douleur des membres inférieurs, troubles de la sensibilité et irradiations, bien que l'ensemble des irradiations ne peuvent être expliquées par une telle affection.

7. Facteurs étrangers à l'accident pouvant influencer le processus de guérison ou l'état de santé actuel ?

Il n'existe pas à notre connaissance de facteurs étrangers à l'accident, appartenant au domaine locomoteur, qui auraient pu, avec une vraisemblance prépondérante, influencer la capacité de travail de l'assurée.

8. Causalité naturelle

8.1 : Les troubles actuels sont-ils dus uniquement ou partiellement à l'accident du 12 juin 2005 ?

Le lien de causalité liant les lésions encourues lors de l'accident et la symptomatologie actuelle est, selon les plaintes, direct, indirect ou partiel.

- La scoliose thoracique est une affection préexistante à l'événement du 12 juin 2005. Cependant, on ne peut exclure qu'un accident à haute énergie ainsi qu'une immobilisation ou une baisse prolongée de l'activité aient contribué à la décompensation d'une affection déjà présente et jusque-là bien tolérée.
- Il a été décrit que la présence d'un canal lombaire étroit constitutif pouvait diminuer la tolérance à un traumatisme, même mineur, du rachis.

- La raréfaction de la trame osseuse peut être la conséquence d'une immobilisation de longue durée, bien qu'elle puisse être multi-factorielle.
- Les douleurs cervicales persistantes dans le moyen terme après un phénomène de « whiplash » sont fréquentes. Leur persistance pourrait être attribuée, en l'absence de lésions objectivables à l'heure actuelle, à une hypersensibilisation des canaux de la douleur (théorie de l'« imprinting » de la douleur notamment par augmentation des canaux NMDA au niveau neuronal par exemple). Cette hypothèse pourrait s'appliquer pour les douleurs diffuses du rachis bien qu'elle ne puisse être vérifiée puisque les changements se situent au niveau moléculaire.

8.2 Les syncopes signalées par l'assurée sont-elles dues uniquement ou partiellement à l'accident du 12 juin 2005 ?

Cette question n'entre pas dans le domaine de compétences de l'orthopédie à proprement parler et ressort davantage des domaines de médecine interne, de neurologie ou d'ORL. L'anamnèse parle en faveur de syncopes hypotensives ou situationnelles pour lesquelles il n'existe pas de lien évident avec l'accident, dans les limites de notre connaissance.

Par ailleurs, des épisodes d'hyperventilation avec troubles de la calcémie consécutifs seraient compatibles avec les dysesthésies intéressant les extrémités ainsi que l'impression de spasme labial.

8.3 Les troubles actuels sont-ils dus à l'accident d'une façon seulement possible ou fortement vraisemblable ?

L'absence de la symptomatologie actuelle avant l'événement du 12 juin 2005 ainsi que l'apparition immédiate des plaintes après l'accident et leur persistance dans le temps, parlent en faveur d'une causalité forte, avec cependant les réserves émises au point 8.1.

8.4 Est-ce qu'une aggravation d'une affection préexistante causée par l'accident du 12 juin 2005, peut être considérée comme guérie ? Il n'existe pas de telles affections à notre connaissance.

8.5 Les troubles de la santé causés pour le moins avec une vraisemblance prépondérante par l'accident du 12 juin 2005 seraient-ils, sans la survenue de cet accident, apparus tôt ou tard dans la proportion actuelle ?

Il n'est pas possible de déterminer avec certitude si la diminution de l'espace intervertébral L4-L5 préexistait à l'accident, ou si celui-ci a provoqué son apparition ou son exacerbation. La discopathie lombaire à ce niveau présente dans la population une prévalence et une incidence élevée, sans que les signes détectables par examen IRM soient corrélés à la symptomatologie (35% de faux positifs dans la population de moins de quarante ans).

9. Jusqu'à quand une amélioration des troubles somatiques purement objectivables a-t-elle été constatée grâce au traitement prodigué et à partir de quelle date, sur le plan thérapeutique, l'état de santé est-il devenu stable ou constant ?

- Les plaintes intéressant l'appareil locomoteur n'ont que peu évolué depuis l'accident d'après la patiente, ce qui contraste avec le rapport issu par le Dr N. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande qui rapporte le 12 décembre 2005 qu'« à six mois

post-accident de la voie publique, cette assurée a pratiquement récupéré sur le plan ostéo-articulaire » (N° de ref: [...]). Les infiltrations locales n'ont apporté aucun soulagement, mais madame B.\_\_\_\_\_ rapporte une diminution des douleurs apportées par la physiothérapie - Les vertiges se sont stabilisés dans le courant de l'année 2005, et la situation est stable, avec quelques accès épisodiques qui sont bien tolérés par la patiente.

10. Y a-t-il eu, suite à l'accident du 12 juin 2005, une aggravation passagère ou durable d'une affection de la santé préexistante ?  
Non, pas à notre connaissance.

11. Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée ? Si oui, quelles sont les mesures proposées ?  
Pronostics ?

- L'adaptation des activités, la chaleur humide, l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens et la physiothérapie sont réputés efficaces dans la gestion des douleurs rachidiennes. Compte tenu des effets bénéfiques ressentis par la patiente après les activités aquatiques (natation, aquagymnastique). Il reste à notre sens de la place pour la poursuite d'un travail postural et de renforcement musculaire.

- La coccydynie idiopathique est une affection autolimitée qui se résout le plus fréquemment de manière spontanée. Un coussin en anneau, des exercices d'étirement, les anti-inflammatoires, en sont le traitement habituel. La chirurgie est une option thérapeutique qui reste grevée de nombreuses complications, avec d'un taux d'échec élevé.

- Il n'existe pas aujourd'hui d'études cliniques avec des groupes contrôles permettant d'attester de l'efficacité des injections épidurales de stéroïdes. En l'absence de soulagement de la symptomatologie douloureuse chez Madame B.\_\_\_\_\_, nous ne préconisons pas la poursuite de tels traitements.

Pour ce qui concerne l'appareil locomoteur et en l'absence de troubles somatiques graves intéressant le rachis, le pronostic est favorable et l'on peut s'attendre à une amélioration de l'état de santé de l'assurée.

12. Devons-nous nous attendre à une aggravation de l'état de santé de l'assurée ?  
Cf. 11.

13. Evolution du traitement et pronostics ?

- Effet lentement bénéfique du reconditionnement physique
- Effet nul des injections stéroïdes
- Effet stable des anti-inflammatoires non stéroïdiens qui sont utilisés par madame B.\_\_\_\_\_ dans la gestion des crises douloureuses
- pronostic cf. 11

14. Est-ce que l'assurée nécessite un traitement de soutien afin de maintenir son état de santé ? Si oui, de quel genre, sous quelle forme et dans quel intervalle ?

Madame B.\_\_\_\_\_ devrait être encouragée à poursuivre par elle-même les activités sportives qui lui sont bénéfiques (fitness, aquagymnastique), avec toutefois un encadrement médical

épisode. Des consultations auprès d'un physiatre (médecine du sport) seraient utiles afin de diriger le reconditionnement physique et apporter des outils d'ergonomie quotidienne (coussins etc).

Un suivi par un médecin traitant sera également nécessaire afin d'évaluer par exemple, une ostéoporose éventuelle (un bilan hormonal, électrolytique ainsi qu'une minéralométrie serait souhaitable en la persistance des plaintes diffuses mais de tels examens nous paraissent aujourd'hui prématurés).

15. Qu'en est-il du traitement sous sédation effectué en salle d'anesthésie dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire ?

Cf 11. De telles injections sont à discuter en cas d'échec du traitement conservateur de la coccydynie.

16. Capacité de travail

16.1 Capacité de travail de Madame B. \_\_\_\_\_ dans son activité professionnelle de conseillère en publicité en considérant une activité à 50% ?

L'état actuel de Madame B. \_\_\_\_\_ permet une reprise du travail avec un maximum de 4 heures de travail par jour, ce qui représente 50% d'une capacité totale.

16.2 Capacité de travail de Madame B. \_\_\_\_\_ dans son activité professionnelle de conseillère en publicité en considérant une activité à temps plein ?

A réévaluer selon la résolution des douleurs chroniques.

16.3 Dans quelles activités y a-t-il une limitation ?

L'état actuel de Madame B. \_\_\_\_\_ ne permet pas de station assise prolongée ni d'effort physique important. Les troubles fonctionnels du rachis sont associés à une fatigabilité dont il est difficile de distinguer la part due aux affections de l'appareil locomoteur de celle attribuable aux troubles de la concentration et de la mémoire. Sur le plan orthopédique cependant, le pronostic reste favorable avec une reprise attendue des capacités fonctionnelles et posturales dans un horizon de quelques mois avec un traitement adapté.

17. Appréciation de l'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 12 juin 2005

Selon la table 7 du document « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA » édité par la SUVA, la patiente n'a pas subi de dégâts corporels pouvant faire l'objet d'une rente. Cependant, nous attirons votre attention sur les atteintes fonctionnelles importantes qui grèvent à l'heure actuelle les activités de la vie quotidienne, comme l'atteste un score de Oswestry (« Oswestry Disability questionnaire ») estimant à 40% les capacités fonctionnelles de Madame B. \_\_\_\_\_.

18. Remarques

L'impact psychologique de l'événement du 12 juin 2005 reste très présent chez Madame B. \_\_\_\_\_ et influence vraisemblablement la rééducation sur le plan locomoteur. L'amélioration sur le plan clinique ira probablement de pair avec l'encadrement et l'encouragement sur le projet professionnel chez une patiente dynamique qui déclare vouloir se prendre en charge."

Le Dr D.\_\_\_\_\_, dans un avis SMR du 13 août 2009, a écrit qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, le diagnostic de syndrome douloureux chronique ne pouvait être retenu. Il a relevé que la limitation à quatre heures de travail par jour était mal étayée par les limitations fonctionnelles retenues. Ce médecin a estimé qu'une activité qui respectait les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport SMR du 19 juin 2008 et permettait des changements de position était exigible pour une durée quotidienne qui n'était pas limitée à seulement quatre heures. Aucune atteinte organique vertébrale ne justifiait une telle limitation.

Dans un avis du 9 juin 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_, du SMR, a écrit que dans une activité adaptée exercée à 50 %, sur la base de 5 demi-journées par semaine, les troubles de l'attention et de la mémoire ne justifiaient pas de baisse de rendement supplémentaire.

Par décision du 12 octobre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a rejeté la demande de l'assurée. Il a retenu un statut 50 % active - 50 % ménagère. Il a estimé que l'assurée pouvait travailler à 50 % dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles (ralentissement psychomoteur global, fluctuations attentionnelles, difficultés dans la rédaction de textes, performances limitées de la mémoire et de l'apprentissage, pas de sollicitations extrêmes du rachis). Le degré d'invalidité a été fixé à 26 %.

Le 21 octobre 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, a établi un avis sur dossier qui a notamment la teneur suivante :

“1. Amélioration notable de l'état de santé

Selon le rapport neuropsychologique, l'état de santé est stabilisé depuis février 2006. La Dresse Y.\_\_\_\_\_ a admis qu'en ce qui concerne l'appareil locomoteur et en l'absence de trouble somatique grave, intéressant le rachis, le pronostic est favorable et que l'on peut s'attendre à une amélioration de l'état de santé de l'assurée.

Quelle amélioration notable de l'état de santé peut-elle être attendue des traitements proposés ? S'agit-il réellement d'une amélioration notable, soit d'une amélioration apportant une réduction partielle ou totale de l'incapacité de travail résiduelle ?

Selon le rapport d'expertise orthopédique il n'y a pas à proprement parler d'atteinte objectivable au niveau du rachis, tous les bilans réalisés ont montré des lésions ne pouvant pas expliquer en totalité la symptomatologie, ce qui fait que le diagnostic de douleurs somatoformes chroniques a été proposé (cf. expertise psychiatrique).

Il est clair que la rééducation fonctionnelle bien ciblée par un travail essentiellement de gainage et de rééquilibrage musculaire permet de limiter la symptomatologie douloureuse, pour autant qu'il n'y ait pas une douleur cliniquement non objectivable.

Cette limitation de la symptomatologie douloureuse apporte une réduction partielle voir même totale de l'incapacité de travail résiduelle.

Capacité de travail :

Quelle est la capacité de travail de l'assurée dans son activité professionnelle de conseillère en publicité en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant de 50%, degré, durée et pronostic ?

La capacité est complète à 50 % et conformément à l'expertise neuro- psychologique il faut s'attendre à une diminution de rendement de l'ordre de 25% dans le sens d'une activité proposant moins de responsabilité.

Quelles activités (p. ex. soulever/porter, position du corps/mobilité, etc.), indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, sont à ce jour encore raisonnablement exigibles de l'assurée ? Pour quelle durée de temps et avec quelle prestation (rendement) en considérant une occupation à plein temps ?

Les activités sédentaires avec changements de positions régulières, sans port de charge ni d'activité en terrain accidenté, sont tout à fait possibles et ce à 100%. Pour les activités demandant une responsabilité dans l'organisation, on doit s'attendre à une limitation du rendement conformément à l'avis neuro- psychologique de l'ordre de 25 %.

Quelle est la capacité de travail de l'assurée dans son activité professionnelle actuelle (exploitante d'un studio d'échographie en 3D impression d'échographie sur DVD, CD, photo, commerce y relatif) ?

Sur le plan orthopédique il n'y a pas de limitation pour cette activité, pour autant qu'il n'y ait pas de port de charges lourdes. En ce qui concerne le commerce, y relatif, la diminution de rendement d'ordre neuropsychologique est également à prendre en considération.

Atteinte à l'intégrité, le taux pour l'encéphalopathie post traumatique légère à modérée a été fixé à 20% par le rapport d'expertise neuropsychologique. Ce taux d'atteinte à l'intégrité a déjà été indemnisé.

Dans le rapport de l'expertise orthopédique, à la rubrique concernant l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, nous pouvons lire : selon la table 7 du document indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA éditée par la SUVA, l'assurée n'a pas subi de dégât corporel pouvant faire l'objet d'une rente. Cependant nous attirons votre attention sur les atteintes fonctionnelles importantes qui grèvent à l'heure actuelle les activités de la vie quotidienne comme l'atteste un score de Oswestry estimant à 40% les capacités fonctionnelles de l'assurée.

Quel est le taux final de l'atteinte à l'intégrité ?

(Merci de bien vouloir justifier votre réponse en nous communiquant sur quelle base ce taux a été déterminé)

L'atteinte à l'intégrité est fixée à 20%, qui correspond aux taux pour l'encéphalopathie post traumatique légère à modérée, l'assurée n'a pas subi de dégât corporel orthopédique pouvant faire l'objet d'une atteinte à l'intégrité.

En ce qui concerne le score d'Oswestry, je tiens à relever (*sic*) qu'il ne s'agit pas d'un score objectif puisqu'il n'est que la collection d'information anamnétique, ce score ne peut donc pas être comparé ni même proposé à titre indicatif, il est à noter que les études sur l'évolution de douleurs au niveau du rachis utilisant ce type de score, y associe toujours un score clinique. Ce score ne peut pas être mis en relation avec le document d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA édité par la SUVA dans la mesure où une telle atteinte n'existe pas sur le plan objectif."

Une nouvelle expertise a été diligentée par l'assurance et confiée au R. \_\_\_\_\_ (R. \_\_\_\_\_), à [...] ; elle a été exécutée par la Dresse E.E. \_\_\_\_\_, rhumatologue et interniste FMH, la Dresse S. \_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue FSP, les Drs X. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH et G.G. \_\_\_\_\_, neurologue FMH, dont le rapport du 25 mars 2013, se termine ainsi :

#### "4.2 Diagnostic

Au plan de la médecine interne générale et rhumatologique

Mme B. \_\_\_\_\_ n'a pas eu de problème de santé particulier mis à part des troubles gynécologiques avant l'accident qui nous préoccupe, survenu le 12.06.2005.

Nous retenons de l'anamnèse la notion de multiples fausses-couches; sans qu'il n'y ait eu de maladie mise en évidence. On a recherché notamment en 1994 la présence d'anticorps antinucléaires, ce qui s'est révélé négatif. Deux grossesses ont été menées à terme. Ses deux enfants, [...] et [...], sont nés par césarienne en 2000 et 2004. Mme n'évoque pas de problème gynécologique actuel.

A l'expert orthopédiste elle a signalé des troubles du dos avec une scoliose qui lui était connue mais cela n'avait jamais pris des proportions justifiant des arrêts de travail a-t-elle précisé.

Nous rappelons que l'accident du 12.06.2005 est survenu avec un choc à haute énergie, à 60 km/h, et que Mme a été projetée sur 13 mètres, selon le rapport de la gendarmerie dont nous disposons.

L'accident a provoqué des fractures des apophyses transverses de vertèbres lombaires, une fracture du péroné à droite, de fortes contusions et a nécessité un transfert au CHUV. L'impact, s'est fait au niveau de la fesse droite. Mme décrit très bien avoir été projetée sur le capot de la voiture puis projetée à distance, avec réception sur l'occiput.

Les diagnostics retenus ont été ceux de fractures des apophyses transverses droites L2, L3 et L4, d'une fracture de la tête du péroné à droite non déplacée, d'une contusion occipitale avec une plaie qui a été suturée, une contusion et un hématome de la fesse droite, sans lésion neurologique ni osseuse identifiée. Mme donne un descriptif de l'accident très précis ce qui fait retenir qu'il n'y a pas eu de perte de connaissance, du moins de longue durée, ni d'amnésie. Le Dr L.\_\_\_\_\_, le psychiatre qui l'a suivie initialement au CHUV déclare même qu'il n'y a pas eu de perte de connaissance tant Mme a pu préciser les éléments qui ont suivi immédiatement l'accident. Elle décrit s'être assoupie sur le lieu de l'accident mais se souvient qu'une infirmière, présente, l'incitait à rester réveillée. Le bilan au CHUV n'a pas montré d'hématome ni d'autre lésion au niveau intracrânien. Le score de Gasgow (*sic*) n'est pas décrit comme abaissé. Il n'y a pas eu d'évaluation neurologique ni neuropsychologique lors du séjour hospitalier qui était centré sur la rééducation de l'appareil locomoteur. Il n'y avait pas de signe d'appel neurologique ni neurologique évoqué.

La première étape de rééducation a été entravée par la présence de vertiges rotatoires. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL a identifié une cupulo-lithiase post-traumatique à gauche qui a nécessité la mise en place de manœuvres spécifiques (la manœuvre de Semont) avec un effet positif.

D'importantes cervicalgies associées à des douleurs des 4 membres ont persisté, justifiant une IRM cervicale près de 3 mois après l'accident, qui s'est révélée sans lésion significative notamment sans lésion d'ordre traumatique. A cette occasion, on a mis en évidence fortuitement la présence de nodules thyroïdiens d'aspect bénin, sans altération de la fonction thyroïdienne.

Mme a connu des difficultés psychologiques suite à son accident. Au CHUV, le service de psychiatrie de liaison a identifié une réaction aiguë à un facteur de stress important F 43.0 à 4 mois de l'accident. Ses médecins somaticiens identifiaient de manière non spécifique un état dépressif réactionnel. La Dresse N.\_\_\_\_\_, qui coordonnait sa rééducation au Département de l'Appareil Locomoteur craignait que des troubles fonctionnels ne persistent, notamment sur le plan neuropsychologique. Mme restait très fatigable et anxieuse. Aucun bilan neuropsychologique n'a toutefois été estimé nécessaire à ce moment-là.

A partir de décembre 2005, à 6 mois de l'accident, sur le plan biomécanique, notre collègue, la Dresse N. \_\_\_\_\_ trouvait un examen clinique pauvre, ne parvenant plus à objectiver les plaintes multiples de sa patiente. Elle encourageait une reprise progressive de son travail ce qui correspondait selon nous à la guérison des lésions fracturaires lombaires et du péroné, à la guérison des structures contusionnées.

C'est en raison des troubles neuropsychologiques et psychologiques persistants que la Dresse N. \_\_\_\_\_ établit une reprise très progressive du travail mais non pas au plan de l'appareil locomoteur.

Mme a tenté de reprendre à 50%, gérant son poste depuis son domicile, dès le 14.12.2005, puis au lieu de travail dès le 01.03.2006.

Le premier bilan neuropsychologique dont nous disposons est celui du CHUV, du Professeur M. \_\_\_\_\_ 3 mois après l'accident, qui relevait un examen dans les normes mis à part des troubles mnésiques antérogrades et modalité visuo-spatiale et un ralentissement modéré à une épreuve langagière. On ne retient pas d'incapacité de travail durable en relation ni de proposition thérapeutique mais l'on propose un bilan à un délai d'un an. Mme avait des plaintes diverses qui n'avaient pas d'explication telles que des difficultés de discrimination gauche/droite, des sensations de brûlures dans les mains et les pieds lorsqu'elle était surprise. Elle se plaignait de douleurs dorsales en cours d'examen.

Indépendamment de l'atteinte neuropsychologique, minime, débattue par l'experte neuropsychologue, sans que cela n'atteigne de seuil incapacitant selon le CHUV, et de l'atteinte psychologique évaluée par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans une précédente expertise, nous assistons à 6 mois de l'accident à un point d'inflexion avec une perte évidente de concordance entre l'évolution objective, sans complication, et l'évolution des plaintes subjectives qui s'enrichit. La Dresse N. \_\_\_\_\_ suspecte, à un an de l'accident, un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie post-choc traumatique sans substrat évident.

Si le Dr Z. \_\_\_\_\_, ORL-traitant évoque une évolution favorable avec absence de vertiges depuis août 2005. Mme continue de se plaindre d'une insécurité et de sensations vertigineuses en position debout qui se manifestent à notre examen actuel par une crainte d'effectuer le sautillerment avec appui monopodal alterné sans autre signe neurologique.

Au niveau psychiatrique on évoque au CHUV un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée d'intensité légère à moyenne (F 43.21). La causalité reste partiellement admise par le Dr G. \_\_\_\_\_ qui l'a suivie au plan psychiatrique au CHUV à un an de l'accident.

Des troubles neuropsychologiques résiduels sont confirmés lors du bilan du 7. 2. 2006 mais ils n'ont pas été discutés concomitamment avec le médecin psychiatre, notamment au plan des discordances et

de l'hypothèse diagnostique de la Dresse N. \_\_\_\_\_ évoquant un syndrome douloureux chronique.

Mme a repris son travail habituel à 50% et la Dresse N. \_\_\_\_\_ estime qu'à partir du 01.03.2006 sur le plan de l'appareil locomoteur, elle peut remplir ses obligations dans les mêmes conditions qu'avant l'accident. Il n'y a pas de dommage permanent retenu. La Dresse N. \_\_\_\_\_ réitère les mêmes notions en février 2006.

Le Dr G. \_\_\_\_\_ confirme au plan psychiatrique que Mme avait repris son activité comme auparavant l'accident le 01.03.2006.

Nous retenons qu'au plan somatique de la médecine interne, de l'appareil locomoteur et au plan psychiatrique, il n'y a pas de dommage permanent, ni d'incapacité de travail attestée à partir du premier trimestre de 2006.

L'évolution reste marquée par la persistance d'un état douloureux, avec des hauts et des bas. Une exacerbation est survenue en juin-juillet 2006 et était signalée à l'avocat de votre assurée sous forme d'une rechute. La Dresse N. \_\_\_\_\_ confirmait toutefois un pronostic tout à fait favorable. Elle signale à la même période que les troubles de concentration et de mémoire étaient en train de diminuer.

Nous retenons qu'à partir du deuxième trimestre, les troubles neuropsychologiques, minimes, étaient en régression.

Depuis lors on assiste à une aggravation des troubles sans qu'au plan objectif de nouvel élément ait été mis en évidence. La Dresse N. \_\_\_\_\_ évoque à nouveau un syndrome douloureux chronique à type de fibromyalgie.

Mme a perdu son poste de travail en novembre 2006, au motif d'une restructuration du groupe. Elle-même dit qu'elle ne pouvait faire face à la demande de son employeur pour une activité plus soutenue et qu'elle était moins rentable qu'auparavant.

Vu ses enfants en bas âge dont elle s'occupe seule, du moins la semaine, depuis sa séparation d'avec son mari, elle a demandé le chômage au taux partiel de 50%. L'AI auprès de laquelle Mme a demandé des prestations l'a considérée dès lors comme mi-active, mi-ménagère. Mme a bien expliqué à cette occasion la surcharge réelle occasionnée par la séparation d'avec son mari, qui l'obligeait à s'occuper seule principalement de ses enfants en semaine.

La Dresse N. \_\_\_\_\_ signale encore une amélioration de l'état de santé lors de son bilan en juin 2007, à deux ans de l'accident et souligne des éléments sortant du champ médical (licenciement, conflits asséculo-logiques divers avec des procédures juridiques en cours) en interférence avec le syndrome douloureux. Nous avons tous les éléments de « yellow flags » décrits par le Dr O.O. \_\_\_\_\_, médecin cadre du Département de l'Appareil Locomoteur au CHUV et déjà identifiés dans la littérature médicale. Ces éléments non médicaux sont connus pour aggraver l'évolution des troubles douloureux.

Nous n'avons pas d'argument objectif en 2007 pour suspecter qu'une lésion méconnue lors de l'accident ait été mise à jour ou qu'une complication des lésions attestées comme guéries soit en cause. Des éléments sortant du champ médical interféraient.

Une expertise psychiatrique rendue par le Dr C. \_\_\_\_\_ le 09.07.2007 ne montre pas d'état psychiatrique morbide antérieur et ne justifie pas de séquelle psychique de l'accident chez une dame dont le parcours de vie montrait une certaine résilience. Mais elle présentait « des douleurs chroniques, une fatigabilité, des troubles mnésiques et de la concentration ». Tout comme la Dresse N. \_\_\_\_\_, l'expert psychiatre craignait l'installation d'un « syndrome douloureux, somatoforme persistant, avec son cortège de manifestations dépressives » en absence de trouble psychiatrique évident. Toutefois, il est admis « que les troubles mnésiques et de la concentration, ainsi que les difficultés d'organisation, affectent la capacité de travail et réduisent le rendement professionnel ». Il n'est pas discuté de l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, ni des documents neuropsychologiques du CHUV, antérieurs, post-accident, qui ne donnaient pas lieu à reconnaître d'incapacité de travail. L'expert ne se prononce pas finalement sur le taux de diminution de la capacité de travail attendant l'appréciation concomitante du bilan neurologique et neuropsychologique du Professeur I. \_\_\_\_\_, expert au plan somatique.

Le Professeur I. \_\_\_\_\_ tient compte de troubles aux tests neuropsychologiques qui nous apparaissent concerner plus d'éléments que lors du bilan du CHUV touchant la concentration, l'attention et les capacités physiques. Il ne justifie pas pourquoi ces troubles ont pu s'aggraver, alors qu'au CHUV, ils étaient jugés minimes, sans altération sur la capacité de travail, par le Prof. M. \_\_\_\_\_ à quelques mois de l'accident. Il admet que les douleurs peuvent jouer un rôle. Il estimait qu'une amélioration n'était plus attendue, ce que l'évolution a infirmé. L'atteinte est estimée légère à modérée à ce moment-là.

Sur le plan neuropsychologique il est admis ainsi une baisse de rendement de 25% dans toute activité. Il est aussi admis des limitations fonctionnelles dans toutes les activités à responsabilité. Même si l'expertise psychiatrique ne retenait pas de comorbidité atteignant un seuil diagnostique suffisant pour admettre des limitations ou une diminution de la CT, on relève que les troubles cognitifs sont négativement influencés par le syndrome douloureux chronique. On souligne que même s'il n'y a pas d'élément psychiatrique identifié, Mme a tout de même eu besoin d'un soutien psychiatrique régulier par la suite.

Selon les tables du service médical de la SUVA les experts retiennent que l'encéphalopathie post-traumatique légère à modérée correspond à une perte d'intégrité de 20%. Mme n'a pu en effet réintégrer son poste de travail antérieur. Les experts n'ont pas retenu les aptitudes restantes, et n'ont pas tenu compte des éléments sortant du champ médical qui interféraient. Ils n'ont pas analysé les facteurs d'aggravation par rapport au premier bilan du CHUV alors qu'on n'a pas d'argument neurologique pour justifier l'aggravation. Rappelons que le traumatisme cérébral peut être considéré comme mineur.

Dès lors il nous apparaît que l'on ne peut dissocier chez votre assurée les douleurs chroniques des séquelles neuropsychologiques et du contexte global psycho-social.

Soucieuse de s'en sortir, Mme B.\_\_\_\_\_ a entrepris différentes démarches antalgiques, dont une approche anesthésiologique auprès du Dr J.\_\_\_\_\_ qui atteste qu'elle est peu réceptive aux infiltrations loco-dolenti. Il a tenté des traitements sous sédation totale mais cela n'a guère amélioré l'expertisée significativement ni durablement.

Dans les manifestations de son trouble douloureux, Mme B.\_\_\_\_\_ a aussi présenté une recrudescence de sensations vertigineuses sans que l'on évoque de recrudescence de cupulolithiase. Elle annonce aussi des céphalées.

Les investigations neurologiques et neuroradiologiques reprises en 2008 ont confirmé l'absence de lésion post-traumatique et n'ont pas démontré d'autre atteinte évidente.

Elle décrit des troubles visuels subjectifs. Nous avons pris contact avec son ophtalmologue qui ne signale pas de trouble post-traumatique.

Mme a aussi ressenti une recrudescence de lombalgies diffuses. La découverte à l'IRM d'une discopathie L5-S1, banale, ne donnait pas d'explication à l'ampleur du trouble que l'on ne pouvait non plus rattacher à d'anciennes fractures des apophyses transverses, qui avait guéri. Les fractures des apophyses transverses ont un bon pronostic. Elles n'intéressent pas la structure centrale de la vertèbre, mais une partie accessoire, et ne provoquent pas de modification de la morphologie vertébrale. Certaines passent même inaperçues, et sont de découverte fortuite. Chez Mme B.\_\_\_\_\_ vu qu'elles étaient multiples et qu'elles s'associent à une discrète atrophie du psoas droit (muscle dont la partie profonde vient s'insérer sur les apophyses transverses) visualisée sur l'IRM abdominale du 03.09.2008, on peut admettre que cela ait pu causer une dysbalance musculaire. Une dysbalance musculaire se rééduque en physiothérapie ou lors de la pratique sportive, elle est réductible et ne prend pas de signification au long cours, en dehors de complication neurologique. Les médecins de Mme B.\_\_\_\_\_ l'ont toujours encouragée à reprendre le sport progressivement.

Mme ne se souvenait plus si elle a suivi des programmes de physiothérapie à ce moment-là. On peut admettre que l'assureur - accident ait pris en charge 9 séances de physiothérapie vu cette découverte tardive, fortuite d'une dysbalance musculaire en regard des zones fracturaires des apophyses transverses.

La Dresse N.\_\_\_\_\_ et le Dr C.\_\_\_\_\_ avaient reconnu bien antérieurement que le trouble douloureux était cependant plus diffus, et la dysbalance musculaire localisée n'était pas responsable de l'ensemble du tableau algique qui évoquait à nos collègues une fibromyalgie voire l'extension vers un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Malgré ses douleurs, Mme a entrepris d'elle-même une reconversion professionnelle. Elle a suivi des cours de technicienne en ultrason en France afin de pouvoir ouvrir un Institut d'échographie prénatale en 3 D, visant à un coaching parental et à effectuer des photographies fœtales pour les jeunes parents. Mme a dû faire un emprunt financier. Elle louait initialement un local commercial près de chez elle puis elle a décidé de faire ces examens à son domicile. Elle a ouvert son Institut en février 2008.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ avait évoqué lors de l'expertise psychiatrique la personnalité résiliente de l'expertisée et la Dresse N. \_\_\_\_\_ avait toujours émis un bon pronostic à long terme.

Mme B. \_\_\_\_\_ a confirmé ces éléments et a développé son Institut.

Vous mandatez une nouvelle expertise médicale aux HUG en juin 2009 qui relate l'importance du syndrome douloureux à prédominance axiale, sans substrat anatomique défini, ayant en principe un bon pronostic. On suggérait au plan thérapeutique un programme de reconditionnement physique, on confirmait les limitations fonctionnelles d'ordre neuropsychologiques auxquelles s'ajoutait une limitation de la position assise prolongée. Diverses hypothèses de modulation du seuil à la douleur étaient établies en absence de lésion objectivable. En se basant sur l'état subjectif en incluant les réponses au questionnaire d'Owestry sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles rendues par l'expertisée - en absence de lésion objective significative - on retenait une IT globale de 50% dans son activité, qui semblait adaptée.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ qui a consulté le dossier comme médecin conseil ne retenait pas de limitation orthopédique dans l'activité de la patiente, il suggérait comme adaptée une activité principalement sédentaire avec changement de positions régulières, sans port de charges, sur sol stable. Il confirmait la baisse de rendement d'ordre neuropsychologique de 25% déjà reconnue. Il soulignait, ce que nous confirmons, que le score d'Owestry est purement subjectif.

En octobre 2010, notre expertisée a reçu de l'OAI une décision négative, sa perte économique étant évaluée à 26%, elle n'avait pas de droit à une rente. On lui a aussi refusé les mesures professionnelles au motif qu'elle a entrepris sa reconversion de son propre chef, à ce que Mme nous a expliqué.

A la lecture des documents récents, nous pouvons nous demander si Mme B. \_\_\_\_\_ n'a pas présenté une aggravation de son état psychique entre l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ et 2012. Mme B. \_\_\_\_\_ signale avoir été éprouvée par la décision négative de l'AI. Sa psychiatre traitant relate un trouble anxieux et des épisodes dépressifs précipités par des facteurs de stress persistants, améliorés par la prise en charge psychiatrique et psychologique. Mme reste suivie régulièrement avec un traitement psychologique auprès de Mme Q. \_\_\_\_\_.

Les actes du dossier ne révèlent pas à priorité la présence d'une comorbidité psychiatrique ayant eu un seuil invalidant. Nous n'avons pas de signe d'appel dans ce sens et l'expertise n'a pas été demandée au plan psychiatrique. L'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ en

juillet 2007 retenait la possibilité qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne s'installe mais il ne relevait effectivement pas de troubles spécifiquement psychiatriques affectant la capacité de travail. Il ne relevait pas de trouble post-traumatique spécifique mais intégrait les troubles neuropsychologiques pour estimer qu'il y avait une atteinte à l'intégrité.

Qu'en est-il actuellement ?

Mme relate la persistance d'un état douloureux à haute intensité, rebelle, permanent, affectant son rachis, principalement la région lombaire avec des irradiations dans les membres inférieurs, des sensations de brûlures des membres, la sensation d'avoir les mains enflées, ce qui l'empêche de porter ses bagues.

Comme l'évoque sa psychiatre, le traitement de Cipralex® lui est bénéfique. Elle prend au besoin un antalgique ou un anti-inflammatoire mais ne souhaite pas s'accoutumer à ces substances. Elle n'a pas poursuivi longtemps un traitement antalgique de 3<sup>ème</sup> palier, l'oxycodone qui l'endormait trop.

Elle pratique quand elle le peut l'aquagym, le Nordic walking.

Elle voit ses douleurs s'aggraver lors de l'exposition au bruit, au stress et lors de position statique prolongée du tronc.

L'anamnèse systématique ne révèle pas d'autre problème. Ses antécédents gynécologiques ne donnent pas lieu à des plaintes résiduelles. Mme porte un stérilet qu'elle tolère et ne formule aucune doléance de la sphère uro-génitale. Elle a signalé un phénomène particulier lors de l'orgasme, avec blocage musculaire de ses jambes qui dure une dizaine de minutes. Le Dr G.G. \_\_\_\_\_ n'a pas d'argument pour suspecter un problème neurologique sous-jacent.

Les troubles visuels et les sensations vertigineuses n'ont pas été mis en relation avec un dommage permanent par les spécialistes qu'elle a consultés. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ attestait d'une évolution favorable en janvier 2006.

Mme signale une évolution progressive des troubles douloureux depuis l'accident aussi bien dans leur extension géographique anatomique que dans leur intensité. Ils s'associent à des troubles digestifs fonctionnels et à des troubles divers extra-articulaires.

Nous n'avons pas d'argument pour retenir que ces troubles subjectifs progressifs soient en relation avec l'accident. Dans les actes du dossier, nous n'avons pas d'élément permettant de suspecter que l'accident ait donné lieu à une lésion d'un organe interne, ce qui nous est confirmé par son gynécologue.

Les fractures des apophyses transverses et du péroné ont guéri. Il s'agit de fractures ayant un bon pronostic. Les apophyses transverses ne donnent pas lieu à une modification de la statique rachidienne. La fracture isolée du péroné ne provoque pas de lésion à risque déformatif pour le genou lui-même.

En revanche, un élément objectif nous paraît significatif mais il n'est pas mentionné comme tel dans les actes du dossier.

Mme a pris 26 kg depuis l'accident. Même s'il existe une prédisposition à l'embonpoint puisqu'elle a pris une vingtaine de kg à sa dernière grossesse, Mme B. \_\_\_\_\_ a pu gérer ce problème puisqu'elle a perdu 27 kg après sa grossesse. Elle pesait 56 kg au moment de l'accident à ses dires et 70 kg lors de l'expertise de 2009. Avant l'accident, elle contrôlait sa tendance à l'obésité.

Elle pèse actuellement 82 kg pour 164 cm, ce qui la met au stade de l'obésité. Depuis l'accident, Mme a pris beaucoup de poids, ce qui est préoccupant et hautement significatif.

L'obésité est connue pour altérer la qualité de vie, une prise pondérale de plus de 9 kg peut aggraver des douleurs. Elle peut aggraver des dorso-lombalgies.

Mme B. \_\_\_\_\_ était active sportivement avant l'accident. On peut raisonnablement admettre que sans l'accident, elle n'aurait pas pris autant de poids, même si le fait de s'occuper seule en semaine de ses enfants en bas âge lui laissait moins de temps pour ses loisirs sportifs. L'accident a nécessité qu'elle se mette au repos durant les 6 premiers mois des suites de ses fractures. Cela a de toute évidence engendré un déconditionnement important et modifié son métabolisme.

Par la suite, les douleurs ont eu raison de ses activités sportives antérieures. Son médecin traitant, endocrinologue, n'a pas identifié de trouble hormonal expliquant cette prise de poids.

Elle pratique à nouveau l'aquagym et le Nordic walking mais cela est insuffisant à maîtriser sa prise pondérale.

Il s'est installé un cercle vicieux. La sédentarité relative, la prise de poids s'associent à un état de déconditionnement objectif. Mme manque de musculature axiale. La Dresse N. \_\_\_\_\_ avait déjà identifié cela et la K. \_\_\_\_\_ a contribué à prendre en charge un programme de reconditionnement musculaire.

L'obésité et le déconditionnement sont connus pour avoir un impact négatif sur le seuil à la douleur.

Depuis l'accident, son poids a connu une progression constante qu'elle n'a pu infléchir en raison des douleurs, de ses difficultés d'ordre neuropsychologiques provoquant un stress et des difficultés à coordonner son activité professionnelle et son activité de mère de famille avec des enfants en bas âge.

L'état douloureux chronique qui en découle, en absence de substrat anatomique lésionnel, nous apparaît significativement et négativement influencé par le déconditionnement et l'obésité.

Mme devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécialisée de son obésité récente, avec un suivi par une diététicienne, et l'enseignement d'une pratique sportive de reconditionnement progressif (3h30/semaine au moins). Afin d'assurer que cela ait un effet de longue durée, et s'associe à une modification durable de ses

habitudes, il faut envisager cette prise en charge sur deux ans au moins.

Mme peut en se reconditionnant effectuer d'elle-même du sport dans un centre de fitness par exemple. Vu que les traitements aquatiques lui conviennent, cette prise en charge au plan d'un encadrement physiothérapeutique initial pourrait s'effectuer en centre thermal, par ex. à [...].

Afin que ces mesures ne soient pas additionnelles au surmenage quotidien, il est suggéré d'admettre une diminution de la CT de 10% pour que Mme puisse donner toute sa participation dans ce programme pour deux ans.

Si l'on parvient à sortir Mme de son obésité, cela ne garantira pas l'indolence par la suite, mais permettra d'éviter l'ascension de complications liées à l'obésité tel qu'un syndrome métabolique, l'aggravation des surcharges tendino-musculaires rachidiennes, l'aggravation des lésions dégénératives débutantes constituées au niveau des genoux et limitera le risque de gonarthrose.

Il est probable que cela aidera l'expertisée qui a fait preuve de résilience, à moduler son seuil à la douleur actuellement perturbé dans le sens où nous avons des allodynies insertionnelles et cellulitiques donnant lieu à reconnaître les critères d'un syndrome fibromyalgique ou d'adiposité douloureuse de Dercum. Ces critères sont associés à des signaux plus diffus et étendus qui font identifier un trouble douloureux chronique (R 52.1).

L'expert orthopédiste, l'experte rhumatologue, rejoignent l'appréciation de la Dresse N.\_\_\_\_\_.

Dès 6 mois après l'accident, il n'y avait plus d'incapacité médicale de travail des suites de l'accident au niveau de l'appareil locomoteur et au plan neurologique. On a perdu progressivement la concordance entre les plaintes résiduelles et l'observation clinique et radiologique. Il n'y a pas de dommage permanent de l'appareil locomoteur des suites de l'accident ni d'incapacité de travail durable.

Dans l'idée thérapeutique de traiter l'obésité nous admettons à compter de l'expertise, pour deux ans, une diminution de la CT de 10% pour permettre le traitement actif de l'obésité avec le reconditionnement musculaire et la pratique sportive.

Au plan neuropsychologique

Madame a été victime le 12.6.2005 d'un AVP alors qu'elle traversait la route de nuit sous la protection d'un patrouilleur. Elle a été renversée par un automobiliste sur le passage piéton. Conduite en urgence à l'Hôpital de [...], elle est transférée en urgence au CHUV. Pour ce qui concerne l'aspect neuropsychologique, l'IRM du 1.9.2005 ne montre aucune anomalie significative au niveau cervical. Deux examens neuropsychologiques sont pratiqués, le premier en date du 7.2.2006 au CHUV, le second en date du 8.10.2007 au cabinet médical du Dr J.J.\_\_\_\_\_, neurologue, effectué par les neuropsychologues I.I.\_\_\_\_\_ et V.V.\_\_\_\_\_.

Lors du premier examen, on constate des troubles de la mémoire antérograde visuo-spatiale qui ont disparu lors du second. Des troubles de l'attention ne sont observés que lors du second examen, en 2007, associés à des troubles dysexécutifs que l'on peut qualifier de légers aux tests concernés.

Dans les échanges et la compréhension des consignes, Madame est rapide et vive.

Les résultats sont dans les normes pour le langage oral spontané, la dénomination sans contrainte temporelle, la compréhension, le calcul, les practo-gnosies, la mémoire immédiate, l'apprentissage mnésique et son évocation différée en modalité verbale et en modalité visuo-spatiale. Le raisonnement évalué sur un matériel visuo-spatial est rapide et de bonne qualité. La plupart des tests sensibles aux dysfonctions exécutives est bien réussie, en particulier le sorting test nécessitant flexibilité et déduction qui est excellent.

Les difficultés actuelles concernent quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives fluctuant au cours du temps, en effet :

- On relève lors de tests effectués sous contrainte temporelle un ralentissement léger (déno continue non ralentie en 2006) et le Trail Making B (non effectué en 2006, mais « significativement » ralenti en 2007). Le Stroop est sévèrement ralenti (il n'était que modérément ralenti en 2006).

- A des tests de temps de réaction mesurant l'attention divisée on relève un ralentissement léger (stimuli auditifs) à sévère (stimuli visuels), mais sans erreur, les temps de réaction étant suffisamment réguliers ; or on ne constatait pas de ralentissement à cette épreuve en 2007 mais 4 erreurs ; les résultats de 2007 et d'aujourd'hui sont donc globalement comparables. On constate aujourd'hui une lenteur aux temps de réaction simples pour l'alerte phasique sans avertisseur alors qu'il n'y avait pas de ralentissement en 2006 à ce même test.

Les fluctuations des troubles dans ces domaines ne s'expliquent pas des suites de l'accident. Nous en avons débattu avec l'expert neurologue.

En conclusion,

L'ensemble des données et les comparaisons entre les testings de 2006, 2007 et d'aujourd'hui témoignent de la fluctuation des résultats aux épreuves attentionnelles et sous contrainte temporelle avec une tendance à l'aggravation depuis 2006 et 2007 (déno continue, Stroop, alerte phasique). Mais il n'y a plus d'évidence de trouble mnésique en modalité visuo-spatiale ni de trouble langagier, tel que nous en avons discuté avec l'expert neurologue.

Nous n'avons pas d'argument pour retenir des séquelles post-traumatiques évidentes.

Les plaintes de Madame concernent globalement un sentiment de surcharge dans la vie quotidienne et au plan neuropsychologique des difficultés attentionnelles, une fatigabilité, un ralentissement de la pensée et du raisonnement. Les difficultés qualifiées de troubles de la mémoire traduisent -au plan neuropsychologique - une attention fragile à insuffisante. Enfin, Madame dit qu'elle se sent une personne différente, elle souffre de migraines et de céphalées, supporte moins bien le bruit et la foule, est irritable, a du mal à s'organiser et parfois à trouver ses mots.

Les plaintes sont documentées, décrites comme significativement invalidantes à la fois à l'entretien clinique et au questionnaire de Rivermead.

Néanmoins, les résultats de l'examen sont globalement dans les normes excepté les tests chronométrés cités ci-dessus dont, certains se sont légèrement aggravés depuis 2006 et 2007.

Compte tenu de ces données, de l'anamnèse neurologique et du délai écoulé depuis l'accident, les plaintes (excepté migraines et céphalées) apparaissent faiblement consistantes avec les résultats aux tests. Elles ne sont pas compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale.

Néanmoins au plan fonctionnel, les troubles attentionnels représentent encore actuellement un léger handicap subjectif dans la vie quotidienne et professionnelle.

Comme nous en avons discuté en synthèse avec la Dresse E.E. \_\_\_\_\_ ceci peut s'intégrer dans l'incapacité de travail de 10% reconnue pour deux ans afin de permettre à Mme de mettre sur pied un programme de reconditionnement global.

Au plan neurologique

On peut donc retenir sur le plan neurologique un TCC simple avec plaie occipitale, tout au plus un TCC léger avec contusion de la région occipitale. Le TCC peut être considéré comme léger puisqu'il n'y a pas eu d'amnésie significative. Le mécanisme traumatique comprend une chute avec réception en région occipitale, après un premier choc au niveau du tronc. Il est différent de celui d'un whiplash (avec accélération-décélération). Le Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant au CHUV en phase post-traumatique relève qu'elle se rappelait de chaque instant de l'accident suggérant même l'absence de perte de connaissance.

La notion de perte de connaissance à deux reprises dans les suites immédiates de l'accident fait évoquer un phénomène syncopal probablement d'origine vagale en relation directe avec la douleur due à l'accident, l'assurée gardant un souvenir très clair du déroulement de ce dernier. Durant le transport elle a reçu vraisemblablement un traitement antalgique qui a pu interférer quelque peu avec l'état de conscience mais sa perte de connaissance documentée.

Nous n'avons pas pu obtenir le document initial pour savoir quelle substance elle a reçu.

L'anamnèse fait d'ailleurs ressortir plusieurs malaises avec brèves perte de connaissance très suggestifs d'une origine vaso-vagale ; un de ces malaises est d'ailleurs survenu chez une dermatologue lors d'une petite intervention ; il y a eu les prodromes habituels suivies de brèves convulsions objectivées par le médecin sans état post-critique faisant donc évoquer une syncope convulsivante. Le sujet avait été admis en urgence à l'hôpital de [...] où l'on n'a pas retenu, à juste titre, le diagnostic d'épilepsie. L'IRM cérébrale pratiquée à distance s'est d'ailleurs révélée normale.

Pour ce qu'il en est de l'aspect cognitif, on peut dire que les plaintes initiales étaient celles que l'on retrouve assez classiquement dans un syndrome post-traumatique ou post-commotionnel. Les anomalies retrouvées lors des divers bilans neuropsychologiques étaient minimales et démontraient initialement des troubles mnésiques antérogrades en modalité visuo-spatiale et un ralentissement modéré à une épreuve langagière.

Lors de l'examen neuropsychologique du 28.09 et du 05.10.2007, Madame V.V.\_\_\_\_\_, neuropsychologue retenait que la symptomatologie pouvait se modifier dans les situations de stress.

La situation a bien évolué puisque lors du dernier bilan pratiqué par notre experte neuropsychologue, ni les troubles mnésiques en modalité visuo-spatiale ni les troubles langagiers ne sont retrouvés ; on constate uniquement des difficultés légères à modérées dans quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives, en signalant que les résultats fluctuent au cours du temps. Ils sont donc peu consistants. Ces résultats objectifs contrastent avec des plaintes subjectives plus dramatiques faisant état de troubles de la mémoire invalidants avec oublis et difficultés de reconnaissances des visages familiers et difficultés d'organisation. Ceci signifie qu'il y a d'autres facteurs, non organiques à l'origine des troubles, comme nous en avons discuté lors de la synthèse entre les experts. Au CHUV on a déjà identifié ces « yellow flags ».

En ayant confronté les plaintes de cette sphère avec les plaintes douloureuses, nous constatons que nous avons perdu au cours du temps les éléments de concordance entre les éléments subjectifs et les éléments objectifs.

Nous avons relevé progressivement une extension du trouble douloureux entre les premiers rapports médicaux et les plaintes actuelles. Initialement on notait des douleurs dorso-lombaires sans composante céphalique. Dans un 2<sup>ème</sup> temps sont apparues des douleurs cervicales avec des vertiges lors de la mobilisation cervicale.

Les douleurs ne correspondent pas à des douleurs neurogènes mais plutôt à des douleurs d'origine musculo-ligamentaire, l'examen neurologique s'étant révélé normal. Il a été confronté aux examens de l'appareil locomoteur avec les experts orthopédistes et rhumatologue qui n'ont pas trouvé de dommage permanent des suites de l'accident mais un seuil à la douleur perturbé, des allodynies, un lipoedème douloureux, dans le contexte d'une

obésité, de dysbalances musculaires, d'atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur compatibles avec l'âge.

L'aggravation des plaintes subjectives de la sphère neuropsychologique se révèle sans substrat évident, les troubles attentionnels résiduels, la fluctuation des résultats pouvant être aggravés par la surcharge quotidienne que nous relate l'expertisée.

Enfin, sur le plan neurologique, on peut relever des céphalées qui sont de deux types : les unes sont localisées au niveau occipital et au vertex, elles sont d'intensité modérée, constrictives et épisodiques ; elles correspondent à des céphalées de tension avec possible composante cervicogène. Les autres surviennent en relation avec les menstruations et ont les caractéristiques de véritables migraines sans aura ; ces dernières sont bien contrôlées par des AINS. Elles ne revêtent pas un critère invalidant. Le Dr I. \_\_\_\_\_ dans son expertise de novembre 2007 les avait intégrées dans le contexte douloureux global. Il n'avait pas retenu de dommage permanent lié spécifiquement aux céphalées, ce que je confirme.

Au total je ne retiens aucune souffrance neurologique en relation avec l'accident du mois de juin 2005. Pour ce qu'il en est du TCC, il n'y a aucun critère clinique ni radiologique de gravité suffisant pour suspecter une atteinte cérébrale significative (pas d'amnésie pré ou post-traumatique et pas d'amnésie de l'accident lui-même, pas d'atteinte neurologique et aucune lésion radiologique sur PIRM cervicale et cérébrale). L'évolution des examens neuropsychologiques va dans ce sens.

Nos confrères ont retenu en 2007 une diminution de rendement de 25% au plan professionnel et un dommage permanent donnant lieu à une perte d'intégrité de l'ordre de 20%.

A la lecture des documents, nous comprenons qu'ils ont intégré les plaintes subjectives en priorité, et qu'ils ont aussi intégré le tableau douloureux. Il est en effet indissociable chez cette patiente. Mais ils n'ont pas tenu compte de l'aggravation des troubles au fil du temps, qu'ils ne discutent pas, par rapport au bilan du Prof. M. \_\_\_\_\_. Ils ne tiennent pas compte de l'absence de perte de connaissance documentée initiale. Ils ne tiennent pas compte de l'absence d'élément objectif reproductible au fil du temps.

Nous devons intégrer la souffrance résiduelle dans sa globalité, mais il nous apparaît qu'il manque les éléments objectifs pour reconnaître un dommage structurel permanent.

Sur le plan des douleurs nous retenons que Mme n'est pas sous médication constante mais elle prend ses médicaments au besoin. Elle a pu se réorienter professionnellement dans un secteur nouveau pour elle et a réussi dans ce domaine, tout en ayant gardé ses capacités à gérer sa responsabilité de mère de famille. Elle connaît des hauts et des bas avec sa clientèle qui nous apparaissent liés à la conjoncture, au fait qu'une collègue est installée non loin et lui fait concurrence. Elle a du reste décidé de s'associer avec elle pour le futur.

Nous estimons pour notre compte que l'atteinte est à considérer comme minime selon la Table 8 de la Suva. Les différences de l'examen neuropsychologiques avec amélioration de certains scores et aggravation d'autres éléments dans le domaine attentionnel avec une fluctuation de certains résultats ne sont pas concordants avec une atteinte cérébrale organique découlant des suites d'une lésion cérébrale installée, fixe.

Une atteinte minime ne donne pas lieu au seuil d'une IPAI.

Nous admettons en discussion avec les experts qui ont exploré l'appareil locomoteur et identifié une fibromyalgie dans le contexte de l'obésité qu'il faudrait donner à Mme B. \_\_\_\_\_ les chances de récupérer un meilleur indice de poids corporel et un meilleur conditionnement musculaire global.

Comme elle était sportive dans le passé, et qu'elle a démontré une certaine résilience dans sa réorganisation professionnelle, nous pensons qu'elle donnera toute sa collaboration dans ce sens.

Dès lors ils nous paraît justifié d'admettre pour deux ans une incapacité de travail partielle de 10% pour lui permettre cette prise en charge, sans que cela ne constitue une surcharge dans ses semaines bien chargées entre ses enfants et son Institut.

#### 4.2 Pronostic

Le pronostic algo-fonctionnel au plan de la médecine interne générale dépend de l'évolution de l'obésité et du syndrome de déconditionnement associé. Il dépend aussi des « yellow flags » c'est-à-dire des facteurs environnementaux psycho-sociaux.

Le pronostic au plan strictement orthopédique est favorable pour autant que la patiente entretienne sa musculature para-vertébrale lombaire par des exercices appropriés.

Au plan neuropsychologique, le pronostic à long terme pour une rémission des troubles attentionnels et du léger ralentissement à certains tests en temps limité est favorable pour autant que Madame continue à bénéficier d'un soutien global avec prise en charge psychothérapeutique par un/une psychologue FSP ou un médecin psychiatre-psychothérapeute et que l'état douloureux s'amende.

#### 4.3 Etat antérieur

Les antécédents gynécologiques n'ont pas de répercussion.

Il n'y a pas d'autre état antérieur significatif connu.

Nous relevons la notion d'une scoliose évoquée par Mme B. \_\_\_\_\_ que nous confirmons lors de l'analyse des radiographies. Cette scoliose est bénigne et ne nous paraît pas jouer de rôle dans l'état actuel.

Au plan neuropsychologique

Il n'y a aucun état antérieur documenté.

#### 4.4 Désavantage persistant

Les fractures des apophyses transverses des vertèbres L2, L3 et L4 sont de bon pronostic de même que la fracture non déplacée du péroné. Cela ne nous apparaît pas constituer de désavantage persistant.

C'est l'obésité, le déconditionnement qui aggrave l'état douloureux rachidien qui constituent un désavantage actuel mais non persistant si Mme accepte de se soumettre à une prise en charge appropriée.

Les céphalées sont d'origine mixte (tensionnelles et migraineuses). En elles-mêmes elles ne revêtent pas de caractère invalidant. Comme le Dr I. \_\_\_\_\_, il n'est pas retenu pour les céphalées de dommage permanent ni d'incapacité de travail spécifique.

#### Au plan neuropsychologique

Au plan fonctionnel, légers troubles attentionnels et léger ralentissement à des épreuves en temps limité pouvant s'améliorer en fonction de l'évolution de l'état douloureux, des stress et facteurs non médicaux qui la submergent actuellement.

#### 4.5 Limitation fonctionnelle

##### Au plan de l'appareil locomoteur

On peut reconnaître des limitations à la patiente en ce qui concerne le port de charges excédant 20kg de manière occasionnelle et 10 kg de manière répétitive vu la scoliose, l'état de déconditionnement musculaire afin de limiter le risque discarthrosique à long terme. Ses anciennes activités sont à considérer comme adaptées.

##### Au plan neuropsychologique

Non significative.

#### 4.6 Propositions thérapeutiques

Au plan de la médecine interne et de l'appareil locomoteur : le trouble douloureux chronique répondant aux critères d'une fibromyalgie avec risque d'évolution d'un trouble somatoforme chronique plus diffus s'est greffé sur un contexte d'obésité et de déconditionnement.

Ces éléments sont délétères. Il est proposé une prise en charge spécialisée de l'obésité qui apparaît en relation avec la sédentarité relative qui s'est installée depuis l'accident et la pratique sportive.

Cette prise en charge devrait être poursuivie sur une période de deux ans et s'associer à un programme de reconditionnement musculaire actif associé à des techniques de relaxation. Le seuil à la douleur pourrait s'en trouver notablement modifié.

#### Au plan neuropsychologique

Cf. discussion consensuelle des experts. Une prise en charge globale telle que proposée pour le reconditionnement, visant à diminuer l'état douloureux est indiquée. La pratique sportive régulière est connue pour améliorer le seuil à la douleur, et les aptitudes cognitives.

#### 4.8 Recyclage

Les anciennes activités étaient adaptées au plan de la médecine interne et au plan de l'appareil locomoteur.

#### Au plan neuropsychologique

L'activité de conseillère en publicité ainsi que celle de gestionnaire de son institut d'échographie 3D avec coaching prénatal est adaptée à la situation actuelle de Madame B.\_\_\_\_\_.

#### 4.7 Discussion consensuelle entre les experts

Mme B.\_\_\_\_\_ présente, des suites de son accident, des plaintes multiples qui sont en aggravation subjectivement si l'on considère les actes médicaux dont nous disposons. Sur le plan somatique l'ensemble des experts ne retient pas d'incapacité de travail des suites de l'accident à partir de mars 2006, date à laquelle Mme a repris pleinement son travail. Nous sommes en accord avec ses médecins rééducateurs notamment la Dresse N.\_\_\_\_\_.

Des éléments sortant du champ médical ont interféré chez cette dame séparée s'occupant seule de ses enfants, ayant été licenciée, et ayant cherché à se réadapter professionnellement. Elle a connu également des difficultés avec ses assureurs sociaux et admet se trouver épuisée par tous ces conflits.

Si Mme allègue que tous ses problèmes sont survenus des suites de l'accident, nous ne trouvons pas de dommage permanent.

Sans minimiser la gravité de l'accident et les lésions initiales, nous estimons qu'elles ont guéri sans laisser de séquelles.

Le traumatisme crânien peut être considéré comme mineur sans perte de connaissance évidente, en tout cas sans perte de connaissance de longue durée. Mme décrit précisément tous les instants qui ont suivi l'accident. Au CHUV nos collègues en ont tenu compte si bien qu'aucun examen spécialisé post-TCC n'a été entrepris dans un premier temps. Il n'y a pas eu de lésion intracrânienne objectivée lors des examens IRM ultérieurement.

Les troubles neuropsychologiques mis en évidence ont connu une évolution par rapport aux bilans antérieurs qui ne s'expliquent pas des suites de l'accident. Ils peuvent être modulés par les facteurs de stress annexes, par l'état douloureux mais ne découlent pas de séquelles du système nerveux central de l'accident. Nous les estimons légères n'atteignant pas le seuil d'un dommage permanent identifiable et susceptibles de varier, de s'amender en fonction des douleurs et des stress annexes.

Nous nous écartons quelque peu de l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_ et des examens neuropsychologiques de la précédente expertise. Nous remarquons que la situation a connu des fluctuations remarquables par une certaine variabilité des tests. La durée d'observation plus longue depuis l'accident nous permet d'identifier les aptitudes résiduelles de Mme B. \_\_\_\_\_ qui a pu se réorienter professionnellement en ayant suivi une formation avec une attestation qui lui a permis d'ouvrir son Institut. Les éléments dans le domaine qu'elle a choisi, qui est par moment difficile sur le plan de la rentabilité, ne dépendent pas de ses performances qui sont nullement contestées dans ce domaine mais de la conjoncture.

Le Dr I. \_\_\_\_\_ a tenu compte des plaintes subjectives sans les confronter aux éléments sortant du champ médical, ayant eu visiblement une approche globale qui ne dissociait ni les discordances ni les facteurs d'ordre socio-professionnel et les multiples litiges asséculogiques que traversaient la patiente.

Les fractures des apophyses transverses et la fracture du péroné ont guéri, ainsi que la contusion fessière. Le rachis lombaire, de même que le rachis cervical, montre une bonne souplesse, sans limitation.

On ne s'explique pas au plan bio-mécanique la persistance d'un fond douloureux diffus permanent tel que décrit par Mme B. \_\_\_\_\_ et dépassant les sites lésionnels initiaux. La Dresse N. \_\_\_\_\_ et l'expert psychiatre le Dr C. \_\_\_\_\_ ont identifié les éléments d'un syndrome chronique somatoforme douloureux. En absence de co-expert psychiatre, nous avons admis la terminologie fonctionnelle de troubles douloureux chroniques actuellement irréductibles. Il s'agit d'une terminologie caractérisant un trouble semblable sans substrat organique évident.

Cet état douloureux chronique, rebelle, irréductible, s'est développé et aggravé dans un second temps. Il dépasse les structures anatomiques lésées initialement. Il interfère avec les troubles d'ordre neuropsychologique évoqués que Mme décrit également avec une aggravation constante, non confirmée par l'expert neurologue et le bilan neuropsychologique actuel.

Il s'associe des phénomènes d'amplification des symptômes et des discordances dans les différents domaines investigués par les experts, avec un examen clinique et des examens paracliniques rassurants.

Nous admettons que les suites de l'accident ont impliqué une immobilisation puis une sédentarité pendant 6 mois au moins. Cela a contribué - chez cette dame prédisposée - au développement d'une obésité.

Nous estimons que la prise en charge de l'obésité et du déconditionnement est nécessaire et devrait être prise en compte par l'assureur-accident pendant 2 ans car cela n'a pas été pris en compte initialement. Au-delà de deux ans, en absence de lésion définitive liée à l'accident contre-indiquant ces mesures, nous estimons que la décompensation antérieure d'un excès pondéral ne

sera plus en relation avec l'accident mais avec la prédisposition de la patiente qui a déjà connu par le passé des périodes d'obésité.

Notre diagnostic différentiel ne comprend pas de critère pour un rhumatisme inflammatoire, pour une maladie systémique notamment endocrinienne pouvant interférer avec l'obésité. Il ne comprend pas d'élément pour une algodystrophie post-traumatique.

#### 4.8 Diagnostics

Troubles douloureux chroniques irréductibles de type syndrome douloureux chronique somatoforme associés à des céphalées mixtes R 52.1

Obésité E 66.9

Status après polytraumatisme T 07 le 12.06.2005 avec :

Traumatisme crânien avec plaie occipitale évoquant un traumatisme crânien simple

Fractures des apophyses transverses L2, L3, L4 droites guéries

Status après fracture de la tête du péroné, non déplacée, guérie

Status après contusion de la fesse droite guérie

Status après cupulolithiase post-traumatique

Status post deux césariennes et après laparotomies pour salpingectomie unilatérale et ablation d'un kyste ovarien, status après adhésiolyses.

#### 5. Est-ce que les plaintes subjectives peuvent-être objectivées ?

Non, les plaintes ne sont objectivables dans leur ensemble. Au plan somatique nous notons des phénomènes d'allodynie (sensation de douleur déclenchée par une stimulation normalement non douloureuse) en regard des insertions tendino-ligamentaires principalement axiales (notamment aux insertions anatomiquement reconnues dans la fibromyalgie) et musculaires, des tissus adipeux douloureux (adiposité douloureuse).

Nous notons des discordances entre les plaintes et les éléments cliniques objectifs. Nous notons des phénomènes d'amplification selon Waddell et Matheson.

Au plan neuropsychologique les altérations constatées avec amélioration de certaines épreuves / 2009 mais lenteur à d'autres épreuves ne s'expliquent pas par une altération structurale du système nerveux central.

#### 6. Causalité naturelle :

6.1 Est-ce que l'accident du 12.06.2005 est la seule et unique cause des troubles actuels ?

Au plan somatique

Non. Si l'on peut admettre que les fractures des apophyses transverses peuvent dans un contexte de déconditionnement musculaire occasionner des douleurs lombaires lors d'efforts mécaniques soutenus (ports de charges réguliers de plus de 20 kg) elles ne peuvent expliquer la localisation actuelle des douleurs à

tout le rachis, médianes, en dessus et en dessous des sites lésionnels, et l'altération du seuil à la douleur avec allodynie.

Généralement au délai actuel d'observation, les fractures des apophyses transverses de vertèbres ne sont pas incapacitantes. Dans les activités de l'expertisée, cela ne joue pas de rôle, Mme ne porte pas de si lourdes charges régulièrement.

Au niveau des genoux, il existe des atteintes dégénératives débutantes et une tendinopathie du tendon rotulien à gauche.

L'obésité à long terme peut être délétère pour l'évolution d'une gonarthrose. Nous n'avons pas identifié de dommage permanent sur le site fracturaire du péroné qui a guéri.

Nous estimons que le déconditionnement et l'obésité qui en découlent sont en relation partielle vraisemblable avec l'accident et devraient faire l'objet d'une prise en charge régulière au cours des deux prochaines années. Les dysbalances musculaires engendrées par la sédentarité, qui a elle-même favorisé l'obésité actuelle sont en relation partielle avec l'accident.

Les troubles du transit rapportés par la patiente ainsi que des difficultés à respirer qui se présentent lors d'épisodes de lombalgies aiguës ne sont pas explicables par les suites de l'accident du 12.06.2005. Il n'y a pas eu de lésion des organes internes ni pulmonaire ni de la cage thoracique.

Au plan neuropsychologique

Les résultats traduisent des troubles attentionnels légers fluctuants et un léger ralentissement aux tests effectués sous contrainte temporelle. La tendance à l'aggravation de certaines difficultés mesurées depuis les examens de 2006 et 2007 (déno continue, Stroop, alerte phasique) alors que pour les domaines mnésiques en modalité visuo-spatiale et langagiers il y a normalisation des épreuves, parle pour une participation non organique surajoutée.

L'aggravation subjective des troubles au fil du temps et à certaines épreuves n'entre pas en relation de causalité avec l'accident.

En cas de réponse négative à la question 6.1. :

6.2 Est-ce que l'accident du 12.06.2005 est une cause concomitante des troubles actuels ? En cas de réponse affirmative à la question 6.2. :

L'accident ne nous paraît plus déployer d'effet mis à part l'obésité et le déconditionnement secondaires qui se sont installés des suites de l'immobilisation initiale avec arrêt des activités sportives.

Une tendance à l'obésité était préexistante mais au moment de l'accident Mme avait un poids normal selon notre anamnèse.

Nous estimons que l'accident a contribué à la prise pondérale dès les premiers mois qui ont suivi. Des facteurs externes (sa tendance naturelle à l'obésité, son manque de temps pour les activités sportives) y ont contribué.

6.3 Les troubles actuels sont-ils dus à l'accident du 12.06.2005 d'une façon seulement possible ou hautement vraisemblable ?

Les troubles lombaires actuels sont en relation de causalité possible avec l'accident du 12.06.2005. L'intensité des troubles décrits par la patiente est toutefois très élevée, à plus de 7 ans de l'événement et la localisation dépasse le territoire lésionnel.

La sédentarité qui a découlé des premiers mois d'immobilisation a favorisé de manière vraisemblable l'obésité et les dysbalances musculaires.

Au plan neuropsychologique : possible. Il faut noter l'accentuation des troubles qui ne peut être en relation avec l'accident. Les séquelles neuropsychologiques ont la particularité de rester stables voire de diminuer avec le temps avec des facteurs adaptatifs.

6.4 Les troubles de la santé causés pour le moins avec une vraisemblance prépondérante par l'accident du 12.06.2005 seraient-ils, sans la survenance de cet accident, apparus tôt ou tard dans la proportion actuelle ? Dans l'affirmative, à quel moment le statu quo sine sera-t-il atteint ?

Au plan de la médecine interne générale

On peut imaginer que cette patiente ayant tendance à l'obésité aurait développé au fil des années et notamment en préménopause, en ménopause, une prise pondérale. Elle était à risque.

Nous estimons qu'avec l'appui d'une prise en charge appropriée de son obésité, au terme de deux ans à partir du présent bilan le statu quo sine sera atteint.

Au plan orthopédique

La patiente n'ayant pas d'anamnèse orthopédique marquante avant l'accident hormis une notion de maladie de Scheuermann et une scoliose, on ne peut pas affirmer que, sans la survenue de l'accident du 12.06.2005, les troubles douloureux actuels ne seraient survenus de la même manière. L'obésité et le déconditionnement jouent un rôle aggravant. Ils justifient une prise en charge.

Les troubles douloureux annoncés lors de la présente expertise n'ont pas les caractéristiques mécaniques connues cliniquement pour être en relation avec la scoliose modérée et la maladie de Scheuermann. Ils entrent dans un contexte plus global de perturbation du seuil à la douleur tel que nous en avons discuté lors de nos divers entretiens de synthèse.

Au plan neuropsychologique

On ne peut pas répondre à cette question. La surcharge occasionnée par sa vie familiale et professionnelle sont des éléments dont il faut tenir compte indépendamment de l'accident. Nous notons plusieurs changements professionnels avant l'accident. Nous ne savons pas

dans quelle mesure les facteurs socio-professionnels et socio-économiques auraient interféré sans la survenue de l'accident.

6.5 Est-ce qu'une éventuelle aggravation d'une affection de la santé préexistante, causée par l'accident du 12.06.2005, peut être considérée comme guérie ? Si oui, à quel moment le statu quo ante a-t-il été atteint ?

Au plan de la médecine interne

Non, l'obésité s'est installée. Elle doit faire l'objet d'une prise en charge, pour deux ans.

Au plan orthopédique

Les fractures des apophyses transverses droites de L2, L3 et L4 sont consolidées. Radiologiquement, il en est de même de la fracture du péroné proximal droit. Comme l'attestait la Dresse N.\_\_\_\_\_, on les considère comme guéries partir du 01.03.2006.

Nos collègues qui ont suivi la patiente en rééducation après l'accident n'ont pas identifié non plus d'état antérieur significatif. Nous pensons effectivement que cela n'a pas d'incidence actuellement et qu'une décompensation ne peut être considérée que comme passagère. Le 01.03.2006 le statu quo sine nous apparaît atteint.

Au plan neuropsychologique

Il n'y avait pas de troubles de l'attention connus avant l'accident.

6.6 Si l'aggravation de l'état de santé préexistant est déterminante ou durable : détermination du pourcentage relatif à l'accident et du pourcentage relatif aux facteurs étrangers ?

L'aggravation de l'état de santé que nous retenons est l'obésité à laquelle Mme était sujette. Ceci constitue une aggravation que nous estimons passagère étant donné que maintenant il n'y a plus de contre-indication à la reprise d'activité sportive ni à envisager un régime hypocalorique, pauvre en graisse. Nous estimons justifié que Mme puisse bénéficier d'un programme spécialisé visant à l'aider à normaliser son indice de masse corporelle tout en maintenant un gainage musculaire et un bon état de conditionnement musculaire.

Il apparaît une augmentation progressive du poids. Si l'accident était seul en cause, du moment où Mme avait guéri de ses fractures, elle n'aurait pas dû aggraver si significativement son indice de masse corporelle si elle n'était pas sujette à l'obésité.

7. Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée ? Si oui, quelles sont les mesures que vous proposez ? Pronostics ?

A plus de 7 ans de l'événement, on n'attend plus d'amélioration notable de l'état de santé de l'assurée. Nous avons conseillé à Mme B.\_\_\_\_\_ d'augmenter activités sportives, telles que l'aquagym ou

le Nordic walking, activités source de bien-être et procurant soulagement. Nous l'avons encouragée à perdre du poids.

8. Est-ce que Mme B. \_\_\_\_\_ nécessite un traitement de soutien afin de maintenir son état de santé ? Si oui, de quel genre, sous quelle forme, dans quel intervalle et pour quelle durée ?

Un traitement antalgique de fond paraît nécessaire sur le long terme avec une approche globale telle que la réalise sa psychologue. Des activités sportives (aquagym, nordic walking, etc...) sont souhaitables dans le cadre d'un reconditionnement une prise en charge de son obésité pour une durée de deux ans.

9. Capacité de travail :

- 9.1 Appréciation de la capacité de travail de Mme B. \_\_\_\_\_ dans son activité professionnelle de conseillère en publicité en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant de 50% ? Degré, durée et pronostics ?

- a) En raison de causes liées à l'accident, lesquelles ?

Nous estimons de manière unanime la capacité de travail de Mme B. \_\_\_\_\_ pleine et entière dans son activité professionnelle de conseillère en publicité et dans son travail actuel.

En raison de l'obésité non prise en compte jusqu'à maintenant et qu'il faut traiter, nous retenons une IT de 10% pour deux ans, à compter de la présente expertise.

- b) En raison de causes liées à une maladie, lesquelles ?

Les atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur (rachis, genoux) peuvent être négativement influencées par l'obésité. Nous estimons prioritaire que Mme s'astreigne à une prise en charge de son obésité actuelle. Ces atteintes très légères ne constituent pas pour l'instant de limitation de la capacité de travail dans les activités exercées par Madame B. \_\_\_\_\_.

- c) Au total ?

L'obésité et le conditionnement global sont accessibles à une prise en charge thérapeutique chez une dame qui nous apparaît motivée. Nous estimons que ceci découle vraisemblablement des suites de l'accident. Le reconditionnement initial a porté ses fruits puisqu'au CHUV on estimait Mme apte à reprendre pleinement son travail en mars 2006. Des éléments sortant du champ médical ont interféré.

S'ils ne constituent pas en eux-mêmes une incapacité de travail durable, ils doivent faire l'objet d'un traitement que nous évaluons sur deux ans. Ils justifient une baisse de capacité de 10% dans toute activité - sur deux ans - pour que le traitement proposé ne devienne pas une surcharge mais qu'il puisse être réalisé dans le cadre de la reconnaissance d'une diminution du temps de travail et non pas sur les périodes de repos de l'expertisée.

- 9.2 Appréciation de la capacité de travail de Mme B. \_\_\_\_\_ dans son activité professionnelle de conseillère en publicité en

considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant de 100% ?  
Degré, durée et pronostics ?

a) En raison de causes liées à l'accident, lesquelles ?

Nous estimons la capacité de travail à 90% pour deux ans, puis à 100%.

b) En raison de causes liées à une maladie, lesquelles ?

Les atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur ne justifient pas pour l'instant d'incapacité de travail.

c) Au total ?

Au plan orthopédique, neurologique, neuropsychologique, la capacité est entière comme le soutenaient la Dresse N. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_ en mars 2006. Au plan de la médecine interne générale il faut tenir compte de l'obésité, du déconditionnement qui sont accessibles à une prise en charge. Nous suggérons que cette prise en charge - notamment pour l'obésité - se poursuive sur deux ans. CT 90% pour deux ans, puis de 100% dès mars 2015.

9.3 Dans quelles activités (p. ex. soulever/porter; position du corps/mobilité, résistance psychique, capacité de concentration et d'attention, etc.), indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, Mme B. \_\_\_\_\_ est-elle limitée ? Dans quelle étendue (temps, prestation) en considérant une occupation à plein temps ?

a) En raison de causes liées à l'accident, lesquelles ?

Le descriptif des derniers postes de travail et le travail actuel tiennent compte de ces limitations et sont adaptés.

b) En raison de causes liées à une maladie, lesquelles ?

Pas de limitation liée à une maladie avec la réserve que Mme a toujours un suivi psychiatrique, qu'elle a présenté dans le passé des épisodes dépressifs et que la présente expertise n'a pas compris d'évaluation psychiatrique. Nous nous sommes rapportés à l'expertise C. \_\_\_\_\_ au plan psychiatrique pour retenir le syndrome douloureux chronique somatoforme, diagnostic déjà identifié par la Dresse N. \_\_\_\_\_ au CHUV et confirmé par l'expert C. \_\_\_\_\_. Nous retenons que l'expertise psychiatrique ne retenait pas d'état antérieur ni de pathologie psychiatrique des suites de l'accident. Si des éléments psychiques s'ajoutaient en comorbidité du syndrome somatoforme, ils sont à évaluer à notre avis séparément, dans un contexte d'une atteinte malade concomitante.

c) Au total ?

La capacité de travail de Mme B. \_\_\_\_\_ est de 90% dans son activité et théoriquement dans ses activités antérieures pour lui donner les chances de traiter son obésité et d'améliorer son conditionnement sur deux ans.

Nous sommes de l'avis que dès mars 2006, comme le retenait la Dresse N. \_\_\_\_\_, Mme avait recouvré sa pleine capacité dans son travail antérieur.

9.4 Quelles activités (p. ex. soulever/porter ; position du corps/mobilité, résistance psychique, capacité de concentration et d'attention, etc.), indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, sont-elles aujourd'hui raisonnablement exigibles de Mme B. \_\_\_\_\_ ? Pour quelle durée de temps et avec quelle prestation (rendement), en considérant une occupation à plein temps ?

a) En raison de causes liées à l'accident, lesquelles ?

L'obésité et le déconditionnement nous paraissent avoir été influencé négativement par l'accident, de manière vraisemblable et justifient une prise en charge avec une CT diminuée de 10% pour deux ans.

b) En raison de causes liées à une maladie, lesquelles ?  
Cf. 9.3.b

c) Au total ?  
Cf. 9.3.c

CT actuelle 90%.

IT de 10%.

10. Appréciation de l'atteinte à l'intégrité des suites uniques de l'accident selon les tables du service médical de la SUVA, en tenant compte d'une éventuelle aggravation jugée, selon le degré de vraisemblance prépondérante, prévisible dans le futur ?

Pas de dommage permanent retenu, les fractures vertébrales ont guéri ainsi que la fracture du péroné. Les structures articulaires et neurologiques périphériques n'ont pas été touchées.

Au plan neuropsychologique

Le bilan actuel ne permet pas de reconnaître d'IPAI selon la Table SUVA 8 d'indemnité. D'une part le bilan suggère une atteinte légère ne donnant pas lieu à une IPAI d'autre part la variabilité des tests au fil du temps, la normalisation de certains tests, l'aggravation d'autres tests n'est pas compatible avec des séquelles traumatiques généralement stables à un délai de plusieurs années voire avec une tendance à l'amélioration durant les deux premières années.

10. Remarques ?

Nous n'en n'avons pas.

QUESTIONS DE Me DUC

1. Quel est le status, le diagnostic ?  
Cf. pages 46 à 54

2. Quelle est la perte de rendement dans la capacité résiduelle ?  
Cf. pages 78 à 80

IT de 10% admise pour le traitement de l'obésité et la récupération d'un meilleur conditionnement pour une durée de 2 ans. Pas de perte de rendement supplémentaire à ce 10% avec la réserve qu'il ne s'ajoute pas de comorbidité d'ordre malade, psychique, actuelle. L'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ ne relevait pas d'état antérieur ni de comorbidité psychiatrique en relation avec l'accident mais nous avons noté un suivi psychologique et psychiatrique actuel. Celui-ci peut contribuer à la prise en charge globale de la douleur.

3. Quelle est la capacité de travail de Mme B. \_\_\_\_\_ dans son activité adaptée ?

Cf. pages 78 - 80

IT de 10% pour les mêmes raisons. Pas de perte de rendement supplémentaire à ce 10%.

4. Quelle est la perte de rendement dans la capacité résiduelle adaptée ? Cf. page 78 à 80."

Par arrêt du 16 avril 2013 (CASSO AI 386/10 - 164/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée contre la décision de l'OAI, jugeant qu'après son divorce, on devait considérer que l'assurée avait un statut de 100 % active. En outre, la Cour de céans a reconnu à l'assurée une capacité de travail totale avec une diminution de rendement de 25 % dans une activité adaptée. Elle a réformé la décision en ce sens qu'une demi-rente AI était octroyée à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> juin 2008.

Le 17 juin 2013, l'assurance a écrit à l'assurée que selon les experts, celle-ci avait retrouvé sa pleine capacité travail dans son travail antérieur dès mars 2006, qu'à l'exception de la prise en charge du traitement de l'obésité et des indemnités journalières de 10 % pendant deux ans, les conditions lui donnant droit à d'autres traitements médicaux n'étaient plus remplies et que, en conséquence, elle était amenée à clore le droit de l'assurée aux prestations LAA. S'agissant du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), l'assurance écrivait que celle-ci n'était pas due mais qu'elle renonçait au remboursement du montant versé en avril 2008.

Le 5 août 2013, l'assurance a rendu une décision finalement annulée puisqu'une prolongation de délai avait été accordée pour se déterminer sur l'expertise.

La recourante s'est déterminée le 23 août 2013 en requérant un complément d'expertise auprès du Professeur I.\_\_\_\_\_, arguant que les médecins du R.\_\_\_\_\_ ne disposent ni des appareils IRM nécessaires ni des connaissances requises « pour effectuer les examens pointus requis ».

Le 11 septembre 2013, l'assurance a communiqué aux experts ces considérations ajoutant que selon l'assurée, le rapport d'expertise est confus et contradictoire.

Le 17 septembre 2013, la Dresse E.E.\_\_\_\_\_ du R.\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit :

“Nous avons l'habitude des objections de Me DUC lorsque le résultat d'une expertise lui déplaît et avons déjà entendu son leitmotiv sur les derniers appareils et diverses techniques d'imagerie par résonance magnétique et les connaissances des experts.

Je peux vous confirmer que les experts du R.\_\_\_\_\_ suivent leur formation continue sous l'égide des directives de la FMH, leur autorité compétente de spécialistes, qu'ils suivent les séminaires d'experts auprès de l'ARPEM, de la SIM et des centres universitaires selon les besoins de leurs spécialités. Ils sont au courant de l'imagerie cérébrale up to date, il en est de même de nos neuropsychologues.

Nous maintenons nos conclusions pour l'expertise de Mme B.\_\_\_\_\_ dans leur intégralité.”

Le 17 octobre 2013, K.\_\_\_\_\_ a rendu une décision confirmant son courrier du 17 juin 2013, décision à laquelle l'assurée a fait opposition, réclamant en substance un complément d'expertise auprès du Professeur I.\_\_\_\_\_.

Le 28 avril 2014, l'assurance a rendu une décision sur opposition, confirmant la décision du 17 octobre 2013.

**B.** Par acte de son conseil du 28 mai 2014, B.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant avec dépens, à l'annulation de la décision sur opposition précitée et au versement de plus amples prestations LAA « conformément aux considérants ». En premier lieu, elle soutient que l'expertise du R.\_\_\_\_\_, sur laquelle se fonde la K.\_\_\_\_\_ dans sa décision, n'est pas probante, ses médecins minimisant les conséquences de l'accident en retenant sur le plan cérébro-organique, un *statu quo sine* à six mois. A ses yeux, une telle conclusion s'oppose à tous les médecins et experts consultés, notamment les résultats différents des examens de 2006 et 2007, sans exposer pour autant les motifs justifiant de s'en écarter. Alléguant que de l'avis des spécialistes les atteintes neuropsychologiques durables sont compatibles avec les séquelles de l'accident, elle requiert un complément d'expertise auprès du Professeur I.\_\_\_\_\_. Elle soutient que sur la base de l'expertise de ce spécialiste au dossier, le cas est stabilisé depuis novembre 2007, ce qui justifie la prise en charge des frais de traitements et l'allocation d'indemnités journalières par la K.\_\_\_\_\_ jusqu'au 31 octobre 2007, puis le versement d'une rente de 53.6 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007 ainsi que la prise en charge du traitement médical durant le versement de la rente. S'agissant de son droit à la rente, elle se réfère au jugement du 16 avril 2013 de la Cour de céans en matière d'assurance-invalidité (CASSO AI 386/10 - 164/2013). Invoquant la gravité des séquelles de l'accident, elle prétend enfin au versement par la K.\_\_\_\_\_ d'un complément à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 20% allouée. A titre de mesures d'instruction, la recourante a requis la production de son dossier en mains de l'intimée, l'audition de la Dresse E.E.\_\_\_\_\_ du R.\_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le tribunal, ainsi que la tenue de débats publics.

Dans sa réponse du 6 août 2014, la K.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle maintient que l'expertise du R.\_\_\_\_\_ a valeur probante, sans qu'un complément d'expertise auprès du Professeur I.\_\_\_\_\_ ne se justifie.

Dans sa réplique du 5 novembre 2014, la recourante a maintenu l'intégralité de ses conclusions précédentes. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la production complète du dossier de l'OAI, réitérant pour le surplus ses précédentes requêtes en totalité. Elle répète que la valeur probante de l'expertise du R.\_\_\_\_\_ est sujette à caution et que dans ce contexte, il se justifie de requérir un complément d'expertise auprès du Professeur I.\_\_\_\_\_ « afin que toute la lumière et la vérité soient apportées dans cette affaire ». Elle rappelle en outre que par arrêt du 16 avril 2013, la Cour a admis son recours et lui a octroyé une demi-rente AI, dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, sur la base d'un taux d'invalidité de 54,72 %.

Par duplique du 25 novembre 2014, la K.\_\_\_\_\_ a conclu derechef au rejet du recours. Elle observe que l'arrêt rendu le 16 avril 2013 auquel se réfère la recourante est antérieur à la prise de connaissance par la Cour de l'expertise du R.\_\_\_\_\_.

Le 22 juin 2015, indiquant maintenir ses conclusions et les mesures d'instruction requises, la recourante reproche aux experts du R.\_\_\_\_\_ de n'avoir pas tenu compte de l'évolution récente de la jurisprudence relative aux syndromes douloureux sans pathogenèse ni étiologie claire, et sans constat de déficit organique, telles que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux (arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281).

Dans ses déterminations du 25 août 2015, la K.\_\_\_\_\_ observe pour sa part que la jurisprudence précitée n'est pas applicable en l'espèce étant précisé que la recourante a été jugée apte à reprendre son travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, sans incapacité de travail attestée depuis lors en lien avec le diagnostic de syndrome douloureux chronique, type fibromyalgie, post-choc traumatique, posé le 18 octobre 2006 par la Dresse N.\_\_\_\_\_.

La recourante a indiqué maintenir l'intégralité de son offre de preuve, la tenue d'une audience de débats publics et ses conclusions, par courrier du 16 septembre 2015.

A titre de moyens de preuve complémentaire, les 3 et 9 janvier 2017, la recourante a requis son audition et celle d'un témoin par les juges lors de la mise en œuvre de débats publics ainsi qu'un complément d'expertise judiciaire à confier au Professeur I.\_\_\_\_\_.

Le 23 janvier 2017 la K.\_\_\_\_\_ s'est prononcée pour le rejet des mesures d'instruction complémentaire, les qualifiant d'inutiles.

Par ordonnance du 16 janvier 2017, la juge instructeur a informé les parties du rejet des réquisitions de preuve complémentaire de la recourante, sous réserve d'un avis contraire de la Cour appelée à statuer.

**C.** Une audience de débats publics et jugement a eu lieu, à l'occasion de laquelle tant le conseil de la recourante que la juriste en charge du dossier auprès de l'intimée ont pu plaider.

**D.** Dans le cadre de son instruction complémentaire, la juge instructeur a requis production par l'OAI du dossier de la recourante. Les parties ont eu chacune la possibilité de le consulter au greffe du tribunal et de s'exprimer à son sujet.

### **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 sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à de plus amples prestations que celles allouées (pour rappel, la prise en charge du traitement de l'obésité et des indemnités journalières de 10 % pendant deux ans), à savoir des frais de traitements et l'allocation d'indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2007, le versement d'une rente de 53.6 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007 avec la prise en charge du traitement durant la rente et également, le versement d'un complément à l'IPAI allouée de 20%.

**3. a)** Aux termes de 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 et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). 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 et 119 V 335 consid. 1).

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*"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2 et 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de la vraisemblance prépondérante,

appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; 119 V 338 consid. 1). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état 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*) (TF 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2 et 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et 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 (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** En vertu de l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine* ou *ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa

charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 239/2005 du 31 mai 2006 consid. 2.3 et U 149/2004 du 6 septembre 2004, consid. 2.3).

**c)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées; TF 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 et 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 6.1).

**4. a)** 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée,

que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C 91/2008 du 30 septembre 2008).

**b)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011

consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**5.** Au terme de sa plaidoirie, la recourante a confirmé ses conclusions précédentes. Elle conteste l'évaluation de son état de santé, respectivement sa capacité de travail résiduelle de 90%, puis de 100% dès mars 2015, retenue par la K.\_\_\_\_\_ sur la base de l'expertise pluridisciplinaire du R.\_\_\_\_\_. Elle soutient en premier lieu que de l'avis des spécialistes consultés et au vu des résultats différents des examens de 2006 et 2007, les atteintes neuropsychologiques durables seraient compatibles avec les séquelles de l'accident du 12 juin 2005. Elle ne considère dès lors pas crédible le *statu quo sine* à six mois retenu sur le plan cérébro-organique, les experts mandatés s'écartant à tort et sans motifs, des conclusions de 2007 du Professeur I.\_\_\_\_\_ et de celles psychiatriques du Dr C.\_\_\_\_\_. Au plan orthopédique, ses douleurs, lesquelles permettraient une reprise de travail de 50% au maximum selon l'avis de synthèse du Dr F.\_\_\_\_\_, n'auraient pas suffisamment été prises en compte. Elle affirme qu'en raison de sa qualité même et ses contradictions avec les multiples avis divergents au dossier, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 mars 2013 du R.\_\_\_\_\_ ne saurait avoir valeur probante prépondérante. Elle cite à cet effet un arrêt du 19 août 2009 dans lequel le Tribunal fédéral s'est distancé d'une expertise compte tenu de son caractère imprécis et particulièrement confus quant à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail opérée par l'experte, dénotant un manque de rigueur de la part de ce médecin (cf. TF 9C\_996/2008 du 19 août 2009 consid. 4).

La recourante rappelle ensuite s'agissant du trouble crânio-cérébral (TCC) diagnostiqué, que le heurt avec le véhicule impliqué s'est produit à une

vitesse de 60 km/h selon le rapport de police et qu'elle a dû être transférée en hélicoptère de la REGA au CHUV le jour même. En regard de la violence du choc, l'accident devrait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des cas graves selon la jurisprudence. La recourante se prévaut du cas d'un cycliste heurté par une voiture et projeté après le heurt à une distance d'environ trente mètres, affaire dans laquelle le Tribunal fédéral a confirmé la qualification de l'accident à la limite des cas graves, par référence au cas d'une assurée, fauchée sur un passage piétons par une voiture n'ayant pas freiné et projetée en l'air à près de quinze mètres, rangé par la Haute cour à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (cf. TF 8C\_818/2005 du 15 novembre 2016 consid. 5.3 et la référence citée). Concernant son droit à la rente LAA, la recourante qualifie de « satisfaisante » la solution de la Cour de céans dans son arrêt du 16 avril 2013, lui allouant une demi-rente AI sur la base d'un taux d'invalidité de 54,72 % en considérant notamment un statut 100 % active, applicable *mutatis mutandis* au présent litige. La recourante peine à saisir le point de vue de l'intimée étant donné sa faculté de recourir, selon les règles du droit des assurances privées et de la circulation routière, contre l'assureur apériteur suisse (en l'occurrence la [...] Assurances) représentant l'assureur RC du véhicule étranger (français) responsable de l'accident de juin 2005 pour les prestations servies en sa qualité d'assureur-accidents.

**a)** L'intimée a retenu - suivant en ce sens les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, orthopédique, neurologique et neuropsychologique) du R.\_\_\_\_\_ du 25 mars 2013 -, qu'en l'absence de séquelles post-traumatiques, l'état de santé de la recourante est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) à partir du 1<sup>er</sup> mars 2006, date de la reprise de travail en plein (selon le rapport du 28 février 2006 de la Dresse N.\_\_\_\_\_ et celui du 25 janvier 2006 du Dr G.\_\_\_\_\_). Posant les diagnostics de troubles douloureux chroniques irréductibles de type syndrome douloureux chronique somatoforme (associés à des céphalées mixtes), d'obésité, de status après traumatisme (traumatisme crânien avec plaie occipitale, fractures des apophyses

transverses L2 à L4 droites / de la tête du péroné non déplacée, guéries, contusion de la fesse droite guérie et cupulothiase), de status post deux césariennes (et laparotomies pour salpingectomie unilatérale et ablation d'un kyste ovarien) et de status après adhésiolyse, les experts ont estimé la capacité de travail de l'assurée totale dans son activité de conseillère en publicité et dans son travail actuel, moyennant la prise en compte d'une incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans, en raison d'un traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. La capacité de travail est ensuite à nouveau de 100% dès mars 2015.

**b)** Sur le plan somatique et de la médecine interne, de l'appareil locomoteur ainsi que psychiatrique, les experts du R. \_\_\_\_\_ excluent un dommage permanent ou une incapacité de travail attestée à partir du premier trimestre de 2006. Ils observent cependant une évolution qui demeure marquée par la persistance d'un état douloureux fluctuant ; une exacerbation survenue en juin / juillet 2006 est ainsi annoncée, mais avec un pronostic favorable selon la Dresse N. \_\_\_\_\_ (cf. son rapport du 21 juin 2006). Ces constatations sont confirmées d'une part, au vu des incapacités de travail attestées au dossier des suites de l'accident du 12 juin 2005, qui font état de taux d'incapacités de travail de 100% jusqu'au 13 décembre 2005 et de 50% du 14 décembre 2005 au 28 février 2006, avec une reprise en plein dès le 1<sup>er</sup> mars 2006. D'autre part, le Dr F. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, confirme, à lecture du rapport d'expertise du 10 juin 2009 de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, l'absence d'atteinte grave au niveau du rachis avec un pronostic favorable et une amélioration à attendre. Le Dr F. \_\_\_\_\_ mentionne une capacité de travail complète de l'assurée, confirmant que des activités sédentaires avec changements de positions régulières, sans port de charge ni d'activité en terrain accidenté sont envisageables à 100%. Malgré ses douleurs, l'assurée a en effet entrepris d'elle-même une reconversion professionnelle après la perte de son emploi en novembre 2006 et exploite, depuis février 2008, son propre institut d'échographie prénatale en 3D. Ce faisant, elle a confirmé les bons pronostics sur le long terme

également évoqués tant par la Dresse N. \_\_\_\_\_ que par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 juillet 2007.

Sur le plan somatique en particulier, les experts s'accordent avec l'ensemble des médecins rééducateurs, dont en particulier la Dresse N. \_\_\_\_\_, pour retenir une évolution favorable des suites du traumatisme à partir de mars 2006, date à laquelle l'assurée a repris son activité habituelle en plein.

Au plan psychiatrique, le diagnostic de « Z60.0 Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie » posé en octobre 2008 par la Dresse H. \_\_\_\_\_, ne saurait être rattaché aux suites de l'accident du 12 juin 2005 compte tenu des constatations du Dr C. \_\_\_\_\_ en juillet 2007, qui n'a pas retenu de trouble psychiatrique mais précisé qu'un soutien psychologique pourrait être nécessaire à l'avenir en fonction de l'évolution des éléments de syndrome douloureux chronique identifiés. Le traitement débuté le 3 juillet 2008 par l'assurée auprès de la psychologue H. \_\_\_\_\_ n'est donc pas dans un rapport de causalité avec l'accident précité survenu plus de trois ans auparavant, comme l'a retenu la Cour de céans au terme de son arrêt du 21 août 2013 en force (cf. CASSO AA 80/90 - 75/2013 consid. 5b *in fine*). Le 13 mai 2009, l'assureur-maladie [...] a d'ailleurs informé l'intimée de sa prise en charge des factures du suivi auprès de la Dresse H. \_\_\_\_\_. On ne peut dès lors que suivre les experts du R. \_\_\_\_\_ qui, en présence de la persistance d'un fond douloureux diffus permanent et la mise en évidence d'éléments d'un syndrome douloureux chronique, adhérent à la terminologie de troubles douloureux chroniques irréductibles de type syndrome douloureux chronique associés à des céphalées mixtes. Ils ont relevé des discordances entre les plaintes et les éléments cliniques, avec des phénomènes d'amplification selon Waddell et Matheson. Contrairement à ce que prétend la recourante, pour leur évaluation psychiatrique, les experts précisent expressément s'être rapportés à l'expertise de 2007 du Dr C. \_\_\_\_\_. Ce dernier n'ayant pas retenu d'état antérieur ni de pathologie psychiatrique chez la recourante, ils sont par conséquent d'avis que si des éléments psychiques venaient s'ajouter en comorbidité du syndrome somatoforme, ceux-ci devraient

être évalués séparément, à savoir dans un contexte d'une atteinte malade concomitante (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 80).

Par ailleurs, les experts du R. \_\_\_\_\_ n'ont effectivement pas établi leur expertise en se référant expressément aux critères posés par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281. On ne peut toutefois pas leur faire le reproche de n'avoir pas immédiatement intégré cette jurisprudence, datée du 3 juin 2015, dans la mesure où cet arrêt date du 3 juin 2015 et où les experts ont pratiqué leurs examens cliniques les 8 octobre, 1<sup>er</sup> et 6 novembre 2012 et 31 janvier 2013, avant de déposer leur rapport pluridisciplinaire le 25 mars 2013, soit à une date où l'ATF 141 V 281 n'avait pas encore été publié. Cela n'invalide pas l'expertise étant rappelé que la recourante a été jugée apte à reprendre son travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, sans incapacité de travail attestée depuis lors en lien avec le diagnostic de syndrome douloureux chronique, type fibromyalgie, post-choc traumatique, posé le 18 octobre 2006 par la Dresse N. \_\_\_\_\_. Cela étant, corroborées par les rapports des médecins rééducateurs au dossier, les constatations des experts permettent une appréciation probante de la capacité résiduelle de travail de la recourante, même à l'aune des indicateurs déterminants posés par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281.

**c)** Au plan neurologique, les experts du R. \_\_\_\_\_ retiennent un traumatisme crânien (ou traumatisme crânio-cérébral [TCC]) avec plaie occipitale simple (ou TCC léger), en l'absence d'amnésie significative. Ils suspectent un phénomène syncopal probablement d'origine vagale à l'origine de la perte de connaissance à deux reprises dans les suites immédiates de l'accident, face à l'assurée qui conserve un souvenir très clair du déroulement de ce dernier. A l'examen, l'expert G.G. \_\_\_\_\_ exclut une quelconque souffrance neurologique en relation avec l'accident de juin 2005. Les céphalées rapportées sont pour les unes, des céphalées de tension avec possible composante cervicogène et, pour les autres, en relation avec les menstruations soit de véritables migraines bien contrôlées par AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Elles ne revêtent pas de caractère invalidant, ce que confirme le Professeur

I. \_\_\_\_\_ au terme de son expertise de novembre 2007, en intégrant ces céphalées mixtes dans le contexte douloureux global sans retenir de dommage permanent spécifiquement lié à celles-ci.

Les experts du R. \_\_\_\_\_ observent sur le plan des douleurs, que l'assurée n'est pas sous médication constante, qu'elle a pu se réorienter professionnellement avec succès, tout en parvenant à tenir son rôle de mère de famille (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 69).

Le conseil de la recourante ne convainc pas en affirmant que l'accident doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves. S'il est certes incontestable et incontesté que sous la violence du choc, l'assurée a été projetée à quelques treize mètres avant de chuter lourdement sur la chaussée, son transfert par la REGA le jour même au CHUV n'implique pas encore qu'il s'agisse d'un accident grave. En outre, les circonstances entourant le cas du cycliste heurté par une voiture et qualifié d'accident à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne, par référence à l'accident d'une assurée percutée par une voiture n'ayant pas freiné et projetée en l'air à près de quinze mètres (cf. TF 8C\_818/2005 du 15 novembre 2016 consid. 5.3 et la référence citée), ne sont pas transposables au cas d'espèce. Dépourvu de casque et projeté à une distance d'environ trente mètres de la zone d'impact, le cycliste avait notamment subi un TCC avec perte de connaissance et disait ne se souvenir que des événements juste avant le choc. Il avait été hospitalisé plus d'un mois puis transféré dans un centre de réhabilitation pour sa rééducation, où il avait ensuite séjourné près de quatre mois. Or, si l'assurée a certes aussi perdu connaissance mais toutefois pas sur une longue durée et sans exclure une origine vagale à sa perte de connaissance à deux reprises dans les suites immédiates de l'accident, il n'y a par contre pas eu d'amnésie significative, l'intéressée conservant un souvenir très clair du déroulement de ce dernier. De plus, son traitement hospitalier a été relativement bref puisqu'elle a séjourné au service d'orthopédie / traumatologie du CHUV uniquement du 12 juin au 24 juin 2005. Finalement, compte tenu des circonstances de son déroulement, de la durée du traitement et en

présence d'un TTC avec plaie occipitale simple diagnostiqué, la K. \_\_\_\_\_ a considéré à juste titre que l'accident du 12 juin 2005 ne devait pas être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Faute pour la recourante de soutenir le contraire, il y a lieu de constater également que les quatre critères particuliers et objectifs restants (à savoir, les douleurs physiques persistantes, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes et le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ; cf. ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5c/aa) pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, ne sont pas non plus remplis en l'espèce.

**d)** Sur le versant neuropsychologique, l'examen des experts du R. \_\_\_\_\_ montre des résultats globalement dans les normes (pour le langage oral spontané, la dénomination sans contrainte temporelle, la compréhension, le calcul, les practo-gnosies, la mémoire immédiate, l'apprentissage mnésique et son évocation différée en modalité verbale et en modalité visuo-spatiale). Le raisonnement évalué sur un matériel visuo-spatial est rapide et de bonne qualité. La plupart des tests sensibles aux dysfonctions exécutives est bien réussie, notamment le sorting test nécessitant flexibilité et déduction qui est excellent, en présence d'une assurée rapide et vive dans les échanges et la compréhension des consignes. Les experts notent que les seules difficultés actuelles ont trait à quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives fluctuant au cours du temps. Or de l'avis de l'expert neurologue, ces fluctuations ne s'expliquent toutefois pas des suites de l'accident du 12 juin 2005 (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 66). Compte tenu des résultats (globalement dans les normes excepté les tests chronométrés dont certains se sont légèrement aggravés depuis 2006 et 2007), de l'anamnèse neurologique et du délai depuis l'accident, les plaintes de l'examinée (à l'exception de migraines et céphalées) sont faiblement consistantes avec les résultats aux tests ; elles ne sont pas compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale. Les experts du

R.\_\_\_\_\_ concluent que l'ensemble des données et les comparaisons entre les différents bilans neurologiques attestent certes la fluctuation aux épreuves attentionnelles et sous contrainte temporelle, avec une tendance à l'aggravation depuis 2006 et 2007 (deno continue, Stroop, alerte phasique). En l'absence de trouble mnésique en modalité visuo-spatiale et de trouble langagier, ils n'ont toutefois pas d'argument en faveur de séquelles post-traumatiques évidentes. Ils retiennent en définitive au plan fonctionnel, des troubles attentionnels qui traduisent un léger handicap subjectif, lequel, après discussion avec la Dresse E.E.\_\_\_\_\_, s'intègre dans l'incapacité de travail de 10% reconnue sur deux ans pour permettre à l'assurée la mise en œuvre d'un programme de reconditionnement global (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 67). Les experts expliquent avec soin qu'à partir du deuxième trimestre de 2006, les troubles neuropsychologiques, minimales, sont en régression. En comparaison avec le premier bilan du 7 février 2006 au CHUV - qui relevait un examen dans les normes hormis des troubles mnésiques antérogrades et modalité visuo-spatiale ainsi qu'un ralentissement modéré à une épreuve langagière -, les experts notent que lors des tests neuropsychologiques du 8 octobre 2007, le Professeur I.\_\_\_\_\_ retient des troubles touchant plus d'éléments soit la concentration, l'attention et les capacités physiques. Ce dernier n'expose toutefois pas les motifs pour lesquels ces troubles ont pu s'aggraver, alors qu'au CHUV, ils étaient jugés minimales, sans altération sur la capacité de travail, par le Professeur M.\_\_\_\_\_ à quelques mois de l'accident (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 60). Cela étant, les experts du R.\_\_\_\_\_ sont d'avis que leurs confrères mandatés en 2007 n'ont pas retenu les aptitudes restantes et n'ont pas traité des éléments sortant du champ médical qui interféraient. Les facteurs d'aggravation n'ont ainsi pas été analysés par rapport au premier bilan au CHUV, en présence d'un traumatisme cérébral mineur. Il est par conséquent impossible de dissocier chez l'assurée, les douleurs chroniques des séquelles neuropsychologiques du contexte global psycho-social (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 61). Les experts exposent par conséquent les raisons médicales les conduisant à s'écarter de l'appréciation du Professeur I.\_\_\_\_\_ et des examens neuropsychologiques de l'expertise précédente en 2007.

Les différents bilans neuropsychologiques pratiqués initialement dans la Division Autonome de Neuropsychologie du CHUV n'ont pas démontré d'atteinte neurologique significative, même en début d'évolution. Malgré le rapport du Professeur I. \_\_\_\_\_ qui laisse pour sa part augurer une aggravation, les experts du R. \_\_\_\_\_ ont pu conclure sur la base de leurs propres constatations et analyses de l'ensemble des pièces médicales à disposition qu'hormis un léger handicap subjectif au plan fonctionnel (troubles attentionnels), leur bilan ne permettait pas d'objectiver avec probabilité ou certitude l'existence d'éléments compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale sur les plans neurologique et neuropsychologique susceptibles de s'ajouter à l'incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans, retenue au plan somatique en raison d'un traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. Ils ont noté à cet égard la prédominance des plaintes de l'assurée (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 67). On peut dès lors tenir, à l'instar des experts du R. \_\_\_\_\_, pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles cognitifs rapportés par la recourante ne découlent pas d'une lésion structurelle objectivable du cerveau depuis l'accident du 12 juin 2005. La variabilité des tests au fil du temps avec la normalisation de certains tests et une aggravation d'autres tests de l'examen neuropsychologique, ne concordent pas avec une atteinte cérébrale organique des suites d'une lésion cérébrale installée, fixe. De telles séquelles sont en effet généralement stables à un délai de plusieurs années voire avec une tendance à l'amélioration durant les deux premières années (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 81). Le pronostic est par ailleurs qualifié de favorable à long terme au plan neuropsychologique, avec une rémission des troubles attentionnels et du léger ralentissement relevés à certains tests en temps limité pour autant que la recourante continue à bénéficier d'un soutien global avec prise en charge psychothérapeutique par un/une psychologue FSP ou un médecin psychiatre-psychothérapeute et que l'état douloureux s'amende (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 70).

**e)** Finalement, c'est en vain que la recourante soutient qu'il convient de se distancer de l'expertise du R.\_\_\_\_\_ en raison de son caractère prétendument imprécis et particulièrement confus quant à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail opérée, dénotant un manque de rigueur des experts. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 mars 2013 remplit au contraire les réquisits jurisprudentiels justifiant de lui attribuer pleine valeur probante. Il a en effet été rédigé à la suite d'examens cliniques fouillés de l'assurée, dont les plaintes ont été prises en considération. Son anamnèse y est bien décrite, et le rapport a été rédigé en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts, au nombre de quatre, sont au demeurant claires et dénuées de contradictions.

Dans ces conditions, il y a lieu de s'en tenir au rapport, probant, des experts du R.\_\_\_\_\_ et dès lors de retenir pour établi qu'en l'absence de séquelles post-traumatiques, l'état de santé de la recourante est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) à partir du 1<sup>er</sup> mars 2006. Si elle ne disposait durant ce laps de temps pas d'une capacité de travail raisonnablement exigible de sa part, la recourante présente depuis lors une capacité totale dans son activité de conseillère en publicité et dans son travail actuel, moyennant la prise en compte d'une incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans en raison d'un traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. La capacité de travail est ensuite à nouveau de 100% dès mars 2015, soit deux ans depuis l'expertise pluridisciplinaire du R.\_\_\_\_\_.

**f)** L'argument d'un recours possible de l'intimée contre le représentant suisse de l'assureur RC du véhicule français responsable de l'accident, n'est d'aucun secours à la recourante. Il n'est pas déterminant pour statuer sur son droit à d'éventuelles prestations LAA de la K.\_\_\_\_\_.

**6. a)** Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : au

traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

**b)** Hormis l'obésité et le déconditionnement secondaires installés des suites de l'immobilisation initiale avec arrêt de la pratique du sport, selon les experts du R.\_\_\_\_\_, l'état de santé de la recourante est stabilisé depuis le 1<sup>er</sup> mars 2006 et il n'y a plus d'amélioration notable à attendre des suites de l'accident de juin 2005. Au-delà de la prise en charge de l'obésité et du déconditionnement par l'intimée pendant deux ans, l'absence de lésion définitive contre-indique la prise en charge de frais de traitements. Passé ce délai, les experts estiment en effet que la décompensation d'un excès pondéral n'est plus en lien de causalité naturelle avec l'accident mais avec la prédisposition de la recourante qui a déjà connu par le passé des périodes d'obésité (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 76-81). Cette dernière ne convainc donc pas lorsqu'elle prétend que la stabilisation de son état de santé depuis novembre 2007 justifie la prise en charge des frais de traitement par la K.\_\_\_\_\_ jusqu'au 31 octobre 2007.

**7. a)** Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique due à un accident (cf. art. 6 LPGA).

**b)** S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, les experts du R. \_\_\_\_\_ l'estiment totale, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2006, dans l'activité de conseillère en publicité comme dans celle habituelle moyennant la prise en compte d'une incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans depuis leur expertise, en raison du traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. La capacité de travail est ensuite à nouveau de 100% dès mars 2015.

La décision de l'intimée de verser des indemnités journalières à un taux de 10% pendant deux ans, soit durant la prise en charge du traitement de l'obésité et du déconditionnement global de la recourante, s'avère ainsi fondée et n'est par conséquent pas critiquable.

**8. a)** Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à 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 cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par

ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

En matière de capacité de gain, le droit des assurances sociales prévoit l'obligation de limiter le préjudice subi. Ce principe implique pour l'assuré qu'il est tenu de mettre en œuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fut-ce au prix d'un effort important (ATF 117 V 394 consid. 4b et 115 V 38 consid. 3b/bb; RAMA 1996, p. 37 consid. 3d).

**b)** La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité.

Le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise: ATF 133 V 549; cf. aussi TF 8C\_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 4 et 9C\_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de

procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C\_813/2012 précité).

**c)** Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA *a contrario*), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (TF 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1; RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). Lorsque le traitement ne peut plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doit être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1), le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins selon l'art. 18 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1). Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (TF 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

**d)** Comme on l'a vu ci-avant (cf. consid. 5 supra), la question de l'exigibilité médico-théorique a été examinée, de manière probante, par les experts du R.\_\_\_\_\_ dans leur rapport pluridisciplinaire du 25 mars 2013. Force est donc de retenir, sur le plan médical, une capacité de travail de la recourante à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2006 dans son activité de conseillère en publicité et dans son travail habituel, sous réserve d'une

incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans en raison d'un traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. Même si le statut d'active à 100% de la recourante tel que retenu par la Cour dans son arrêt du 16 avril 2013 peut et doit être confirmé céans pour des motifs identiques, il demeure qu'en l'absence de préjudice économique compte tenu de sa capacité de travail pleine et entière en toute activité à partir du 1<sup>er</sup> mars 2006, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité LAA (cf. art. 18 al. 1 LAA). Faute de rente, c'est également à tort qu'elle demande la prise en charge par l'intimée du traitement médical aux conditions de l'art. 21 LAA.

**9.** B.\_\_\_\_\_ reproche en dernier lieu à la K.\_\_\_\_\_ une évaluation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle conclut au versement par l'intimée d'un complément à l'IPAI allouée de 20%.

**a)** L'art. 24 al. 1 LAA énonce que l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI). 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (cf. Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais

joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (cf. ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (cf. Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3ème éd., Bâle 2016, n. 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. TF 8C\_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit

et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. TF 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

**b)** En l'espèce, par décision du 7 avril 2008, la K.\_\_\_\_\_ a alloué une IPAI d'un montant de 21'360 fr., sur la base du taux de l'atteinte à l'intégrité fixé à 20% par le Professeur I.\_\_\_\_\_ en raison de l'encéphalopathie post-traumatique légère à modérée constatée lors de l'expertise neurologique des 28 septembre et 5 octobre 2007. Cette indemnité a été versée le 18 avril 2008 à l'assurée. En 2013, au terme de leurs examens cliniques, les experts du R.\_\_\_\_\_ ne retiennent pas de dommage permanent. Ils constatent à ce titre que les fractures vertébrales ainsi que celle du péroné ont guéri et que les structures articulaires et neurologiques n'ont pas été touchées. Au plan neuropsychologique, l'atteinte minime relevée au bilan ne donne pas lieu, à dire d'experts, au seuil d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon la Table SUVA 8 (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 70). Les experts ont ainsi exposé soigneusement, sur la base de leurs constatations cliniques objectives et de leur analyse de l'ensemble des pièces à disposition, les raisons médicales les conduisant à retenir en définitive que des difficultés à quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives fluctuant au cours du temps et qui ne sont pas compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale, consistent en une atteinte minime dont le taux de l'atteinte à l'intégrité est nul (cf. Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table 8 8.3 et 8.4). Il n'y a aucune estimation médicale mettant en doute ces conclusions.

C'est donc à juste titre que la K.\_\_\_\_\_ a refusé le droit à une IPAI complémentaire à celle précédemment allouée de 20%.

Dans ces circonstances, le dernier grief de la recourante s'avère également infondé et ne peut dès lors qu'être rejeté.

**10.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instructions requises par la recourante (à savoir, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire et l'audition de la Dresse E.E. \_\_\_\_\_ du R. \_\_\_\_\_ ainsi que d'une connaissance de longue date comme témoin). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 et 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**11.** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Il n'est pas perçu de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 28 mai 2014 par B. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 28 avril 2014 par K. \_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour B. \_\_\_\_\_),
- K. \_\_\_\_\_,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :