

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2018

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont,

et

I. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6, 10, 16, 18 et 24 LAA et 3 OLAA

E n f a i t :

A.

Aa. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, a travaillé en dernier lieu en qualité de secrétaire médicale à 100 % pour le compte du Dr C._____. A ce titre, elle était assurée auprès d'I._____ SA (ci-après : I._____, la caisse ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que les maladies professionnelles. Elle a en outre pratiqué le triathlon à haut niveau.

Ab. Le 3 septembre 2009, après son travail, A._____ s'est entraînée à vélo en vue d'un triathlon selon un circuit habituel ; la route était sèche et les conditions de circulation bonnes. Alors qu'elle roulait en descente sur la route principale entre D._____ et E._____ (RC [...]) à une vitesse d'environ 50 km/h, elle est entrée en collision avec un véhicule automobile, obliquant à gauche au mépris des règles de priorité. Le choc à haute énergie et à vitesse élevée a entraîné une séparation de la cycliste et de son vélo, la première étant projetée sur plus de six mètres.

Ac. Hélicoptérée au Centre hospitalier F._____ [...], l'assurée a été hospitalisée au service de neurochirurgie de cet établissement du 3 au 9 septembre 2009. Le Prof. G._____, spécialiste en neurochirurgie et les Drs H._____, spécialiste en neurochirurgie, B._____, spécialiste en neurochirurgie, et J._____, spécialiste en chirurgie, ont posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral, de fracture des lames bilatérales de C6, de fracture de la facette articulaire de C6, à droite, de fracture de la lame de C7 à gauche, avec extension au niveau de la facette articulaire inférieure de C7 à gauche, de fracture de l'apophyse transverse droite et de l'épineuse de D1, de fracture des apophyses transverses droites de L1 à L5, de fracture de la pointe supérieure de l'aileron sacré gauche, s'étendant dans l'articulation sacro-iliaque gauche, de fracture de l'omoplate à droite, de fracture de l'arc postérieur des côtes 1 à 7 à droite et de contusion pulmonaire du segment supérieur du lobe inférieur droit

(rapport du service de neurochirurgie du Centre hospitalier F. _____ du 11 septembre 2009, pp. 1-2).

L'assurée a bénéficié de traitements conservateurs sous la forme d'une immobilisation à l'aide d'une minerve thermoformée pour les fractures cervicales, d'antalgie et d'une écharpe pour la fracture de l'omoplate à droite et d'antalgie pour les fractures lombaires (rapport du service de neurochirurgie du Centre hospitalier F. _____ du 11 septembre 2009, p. 2).

En date du 13 septembre 2009, l'employeur a adressé à I. _____ une déclaration de sinistre dont il résultait que le travail avait été interrompu dès le 4 septembre 2009 en raison de l'accident précité.

A la suite de cette annonce, la caisse a pris en charge le cas (indemnités journalières et traitements médicaux).

A l'issue de l'examen pratiqué à la Clinique dentaire K. _____, le diagnostic de contusion dentaire a été posé pour les dents 13, 12, 11, 21, 22 et 23, sous la précision qu'une fissure était visible sur la dent 11 (questionnaire « Lésions dentaires - constatations/devis - LAA » du 5 octobre 2009, ch. 4).

Une radiographie pratiquée au Centre d'imagerie L. _____ par la Dresse M. _____, spécialiste en radiologie, a montré une fracture oblique partiellement consolidée de la base de la phalange distale du pouce qui touche la surface articulaire, sans décrochage (rapport du 13 octobre 2009).

Le Dr O. _____, spécialiste en radiologie a constaté une double discopathie C4-C5 et C5-C6, une déformation sigmoïde de la colonne cervicale et un rétrécissement du canal au niveau C4, C5, C6 modéré à l'issue d'un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiqué le 4 janvier 2010 à l'Hôpital N. _____.

D'après le rapport du 27 janvier 2010 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée a développé - à la suite de l'accident - un trouble dépressif réactionnel post-traumatique traité par psychothérapie et psychopharmacologie.

Par certificat médical du 27 avril 2010, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil moteur à la Clinique X._____, également médecin traitant, a attesté d'un syndrome douloureux chronique et exposé qu'il avait réalisé le 26 avril 2010 une arthroscopie de l'épaule, mettant en évidence une lésion par déchirure du bourrelet glénoïdien supérieur et postérieur, traité par une régularisation, ainsi qu'une lésion par déchirure partielle à la face profonde du tendon du sus-épineux, traitée par régularisation et acromioplastie par arthroscopie. Il a en outre indiqué que cette intervention nécessiterait une période de physiothérapie jusqu'à normalisation de la fonction de l'épaule et précisé que l'extrémité distale de la clavicule présentait une non-consolidation, alors peu symptomatique et sans indication opératoire, mais réservait son pronostic à ce sujet.

Dans un certificat médical daté du 31 mars 2010, le Dr AT._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) et en chirurgie cervico-faciale, a attesté que l'assurée souffrait d'acouphènes de l'oreille gauche perçus depuis l'accident. De l'avis de ce spécialiste, une contusion de l'oreille interne dans le cadre d'un traumatisme crânio-cérébral pouvait engendrer de façon classique un dérèglement fonctionnel avec acouphènes.

I._____ a confié un mandat d'expertise au Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 22 mai 2010, ce spécialiste a mis en lumière une fracture des deux lames et de la facette articulaire droite de C6, une fracture de la lame et de la facette articulaire gauche de C7, une fracture de l'apophyse transverse et de l'épineuse de D1, une fracture des apophyses transverses L1-L5 droites, une fracture de la partie supérieure de l'aileron sacré gauche, avec trait de refend dans la sacro-iliaque gauche, une fracture du col de l'omoplate

droite, une fracture de l'extrémité distale de la clavicule droite, une fractures des cotes I à VII à droite, une contusion pulmonaire droite et du fracture/arrachement de la base du pouce à gauche. Il a retenu qu'il persistait un important syndrome douloureux sous forme de nualgies et de restriction de la mobilité liés aux fractures de C6-C7 et de D1 qui sont pratiquement consolidées, sans instabilité résiduelle. Il a considéré que si les discopathies C4-05, C5-C6 préexistantes antérieures à l'accident jouaient probablement un rôle dans la symptomatologie douloureuse actuelle de nualgies, ce n'était pas du tout déterminant compte tenu de l'importance des lésions traumatiques osseuses et articulaires, ayant entraîné des lésions à trois niveaux de la charnière cervicodorsale. Concernant l'épaule droite, le Dr R. _____ a inféré de son examen que les douleurs étaient encore en relation probable avec la fracture du col de l'omoplate, les fractures costales postérieures et peut-être, mais seulement partiellement, avec la fracture de l'extrémité distale de la clavicule droite qui lui semblait cliniquement consolidée. Il a retenu que les paresthésies à droite décrites par l'assurée étaient probablement des pseudos-paresthésies liées à la pathologie séquellaire traumatique de l'épaule droite. A la lecture du scanner de l'épaule droite, il a identifié une pseudarthrose de l'extrémité distale de la clavicule et un trait de fracture encore visible du col de l'omoplate, celles-ci étant selon lui en relation de causalité certaine avec l'accident. Le Dr R. _____ a conclu que les diagnostics constatés sont de causalité naturelle hautement probable avec l'événement du 3 septembre 2009, sous réserve de la lésion du bourrelet de l'épaule gauche pour laquelle il n'était pas possible de répondre avec certitude du fait de l'importance du mécanisme lésionnel. L'expert désigné par la caisse a encore relevé que compte tenu de l'importance des fractures il n'y aurait pas de *statu quo sine* ou *ante*.

L'assurée a séjourné au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 17 août 2010 au 29 septembre 2010. Par rapport du 27 octobre 2010, le Prof. S. _____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, ainsi que le Dr U. _____, médecin assistant, ont posé le diagnostic de cervicalgie avec des douleurs des ceintures scapulaires et

avec irradiation des douleurs à type de lancée au niveau du bras gauche tronquée au coude dans un contexte post-traumatique, relevant qu'il n'était pas inhabituel que des patients qui avaient présenté des fractures à haute énergie, notamment du thorax, gardent des séquelles douloureuses indépendamment du résultat des explorations.

Dans le cadre de ce séjour, un examen neuropsychologique a été mené les 22 et 27 septembre 2009. V._____, spécialiste en neuropsychologie, et W._____, neuropsychologue, ont mis en évidence des performances normales dans tous les domaines investigués (orientation spatio-temporelle, attention, mémoire, fonctions exécutives, langage, praxies et gnosies). Ils ont en outre recommandé un suivi psychologique au vu des plaintes post-traumatiques rapportées.

Par certificat médical du 9 juin 2011, le Dr Q._____ a attesté d'une aptitude à renouer avec l'activité professionnelle habituelle à 30 % dans le cadre d'une reprise thérapeutique, une activité adaptée de secrétariat n'entraînant pas d'aggravation de l'état physique actuel de l'assurée.

A la requête de la caisse, une expertise neurologique a été confiée au Dr X._____, spécialiste en neurologie. Celui-ci a examiné l'assurée le 28 juin 2011 et rendu son rapport le 4 juillet 2011. Dans son appréciation du cas, le Dr X._____ a exposé une possible stabilisation en septembre 2011. Ce spécialiste est d'avis que l'ensemble du syndrome douloureux déploré par l'intéressée a été causé de manière vraisemblable, soit à plus de 50 %, par l'accident du 3 septembre 2009, sans limites de causalité dans le temps. S'agissant de la capacité de travail, le Dr X._____ a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle de secrétaire médicale à probablement 50 % et précisé qu'en cas d'échec, un reclassement professionnel est à envisager, l'éventuelle activité adaptée excluant le port de charges et la position assise prolongée.

Le 30 juin 2011, l'assurée a débuté comme secrétaire médicale auprès de la Clinique X._____ à 30 % au titre de reprise

thérapeutique. Dans un rapport adressé le 14 juillet 2011 au service administratif d'I._____, le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, également médecin-conseil de l'assureur, a indiqué que, de son appréciation, la capacité de travail était de 50 % dans toute activité. Selon une note interne du 17 août 2011, la caisse a recommandé une augmentation du taux d'activité en reprise thérapeutique à 40 % puis à 50 %.

Il ressort d'une note interne à l'assureur du 9 septembre 2011 que la reprise thérapeutique, un temps poussée jusqu'à 50 %, a été arrêtée d'un commun accord entre l'assurée et la case manager d'I._____ en raison de fortes cervicalgies qui l'obligeaient à s'allonger et à prendre des médicaments antalgiques en rentrant du travail.

L'assureur a confié une expertise au Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, afin de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée en qualité d'assistante médicale et sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 14 décembre 2011, ce spécialiste a conclu que la capacité de travail de l'intéressée dans l'activité habituelle de secrétaire médicale était très limitée (20 %), ce métier ne respectant pas habituellement les limitations fonctionnelles. Il a estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un travail sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charge et sans positions statiques prolongées, une capacité de travail de 75 % était désormais exigible.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr Y._____ a mentionné une réserve de 30 % pour les lésions orthopédiques tout en indiquant réserver une expertise complémentaire auprès du Dr R._____ (cf. évaluations du médecin-conseil des 22 novembre 2010 et 21 novembre 2011).

Helsana a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée aux Drs X._____ et R._____.

Par rapport du 29 janvier 2013, le Dr X. _____ n'a pas retenu, du strict point de vue neurologique, de diagnostic en relation de causalité avec l'accident du 3 septembre 2009 ni de limitation fonctionnelle sur le plan professionnel. Selon lui, l'état de santé s'est stabilisé deux ans après l'accident, soit dès le 3 septembre 2011. Il a observé que l'évènement du 3 septembre 2009 a aggravé de manière transitoire un syndrome radiculaire C6 gauche sur compression foraminale disco-ostéophytaire. De l'avis du Dr X. _____, le trouble précité est en relation de causalité avec l'accident (p. 11). Il résulte du rapport que l'état de santé de l'assurée a complètement atteint le *statu quo sine* le 3 septembre 2011. Ce spécialiste a préconisé la poursuite de la médication en cas de douleurs. Sur le plan professionnel, le Dr X. _____ a reconnu une pleine capacité de travail à l'intéressée (p. 12). Il n'a pas admis d'atteinte à l'intégrité sur le plan neurologique (p. 13).

Selon le rapport du Dr R. _____ du 22 février 2013, l'état de santé de l'intéressée est stabilisé depuis 2012. Au vu des performances sportives, l'assurée ne nécessitait plus de traitement médical. Pour l'expert, il s'agissait d'éléments objectifs, qui montraient une bonne récupération fonctionnelle, la randonnée à ski de montagne en dénivelé, ne pouvant s'effectuer que grâce à une bonne fonction des bras, et en particulier des ceintures scapulaires. S'il subsistait selon lui un syndrome douloureux résiduel dû aux séquelles de fractures, probablement au niveau costal et au niveau de la pseudarthrose distale de la clavicule droite, celui-ci était relativement modéré compte tenu des performances sportives de 2011 et de 2012 (triathlon, ski de randonnée), dont les résultats restaient très bons et flatteurs pour une femme de 45 ans. Pour le Dr R. _____, il n'existait aucun élément orthopédique permettant de justifier une quelconque incapacité de travail dans une activité de secrétaire médicale (pp. 9-10). Selon lui, des séquelles définitives ont subsisté sous la forme d'un syndrome douloureux résiduel, celui-ci étant très modéré et « absolument pas » incapacitant dans l'activité habituelle de secrétaire médicale. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle précitée était entière (p. 13). Appelé à se

prononcer sur une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'expert a considéré que les conditions n'étaient pas réunies (p. 14).

Ad. Par décision du 18 mars 2013, I. _____ a mis fin à ses prestations (traitement médical et indemnités journalières), motif pris que la situation médicale de l'assurée était stabilisée au plus tard à fin 2012 et considérant en outre que les conditions pour l'octroi d'autres prestations en espèces n'étaient pas remplies et que faute de séquelles, il n'y avait pas de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par certificat médical du 26 avril 2013, le Dr AH. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'assurée se réalisait et trouvait son élan vital à travers ses activités sportives, regrettant l'absence de recherches actives d'aménagements ergonomiques qui permettraient la reprise d'une activité.

Par acte du 30 avril 2013, complété le 27 août 2013, A. _____, assistée par Me Pierre Seidler, s'est opposée à cette décision, faisant valoir que la décision était affectée de réitérées erreurs et omissions et qu'elle ne comportait aucune référence aux diagnostics posés à la suite de l'accident du 3 septembre 2009. Elle a aussi contesté les expertises mises en œuvre par l'assureur, soutenant qu'elles étaient incohérentes, qu'elles bagatellisaient les séquelles dont elle souffrait et qu'elles présentaient une telle discrépance avec les documents médicaux figurant au dossier qu'elles ne répondaient pas aux exigences jurisprudentielles sur la valeur probante. Elle a exposé que la reprise de l'activité habituelle était impossible au vu du syndrome douloureux persistant. L'intéressée a contesté l'appréciation de sa capacité de travail, relevant que le Dr Z. _____ avait retenu une capacité de travail très limitée (20 %) dans l'activité habituelle, que le Dr Y. _____, estimait la capacité de travail dans l'activité habituelle à « probablement 50 % » et qu'en cas d'échec, un reclassement devrait être envisagé de l'avis du médecin-conseil précité. Elle a enfin relevé que le Dr Y. _____ avait estimé que la capacité de travail était de 50 % dans toute activité dans un rapport du 14 juillet 2011.

A l'appui de son opposition, l'assurée a produit des rapports médicaux sur les séquelles subies à la suite de l'accident du 3 septembre 2009, reportés ci-dessous en fonction de leur date chronologique d'établissement :

- Un rapport du 10 décembre 2012 du Prof. AK._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, faisant état d'une aggravation des syndromes douloureux avec un engourdissement et d'une pseudarthrose de l'extrémité distale de la clavicule droite, et renvoyant l'assurée au Prof. AC._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour des examens complémentaires. Le Prof. AK._____ était d'avis que ces affections relevaient de douleurs fonctionnelles sur status post-fracture de l'omoplate droite et de l'arc postérieur des sept premières côtes.

- Un rapport du 18 avril 2013 du Prof. AB._____, spécialiste en neurologie, regrettant les lacunes des expertises X._____ et R._____ sur le plan ergothérapeutique et relevant des contradictions sur la capacité de travail. Ce spécialiste a adhéré à la conclusion de syndrome résiduel douloureux entièrement séquellaire à l'accident du 3 septembre 2009 et relevé, s'agissant des activités sportives intenses pratiquées par l'assurée, qu'elles n'étaient pas en contradiction avec une incapacité de travail comme secrétaire médicale du fait de la position ergonomique particulière pratiquée. Pour lui, il était compréhensible d'une part, que, dans le contexte post-traumatique, des douleurs posturales rachidiennes cervico-brachiales et nucales liées à l'aspect postural puissent apparaître dans la position adoptée dans un travail de secrétaire médicale, et d'autre part qu'une activité sportive intense puisse soulager les douleurs.

- Un rapport du 19 avril 2013 du Prof. AK._____, relevant que de son expérience, les lésions à haute énergie en cause pouvaient causer des séquelles douloureuses mêmes importantes et estimant que selon les tables de la SUVA, l'on pourrait imaginer une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 0 à 10 %.
- Un rapport CT-scan cervico-thoracique du 29 avril 2013 établi par la Dresse AD._____, spécialiste en radiologie, contredisant les conclusions de l'expert R._____ et concluant à de multiples séquelles post-traumatiques sans changement par rapport au CT-scan réalisé en 2010 et à une pseudarthrose du tiers distal de la clavicule.
- Un rapport du 29 avril 2013 de la Dresse AE._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, qui imputait le syndrome résiduel douloureux à l'accident du 3 septembre 2013, relevant que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé, mais évoluait favorablement, bien que lentement, sans qu'il soit possible d'évaluer la durée du traitement et l'étendue définitive des séquelles.
- Un rapport d'IRM cervicale du 22 mai 2013 du Dr AL._____, spécialiste en radiologie, faisant suite à une demande du Prof. AB._____, identifiant des discopathies siégeant principalement aux étages C4-05 et C5-C6, avec potentiel conflit sur la racine C6 gauche suite à une protrusion disco-ostéophytaire foraminale sur discopathie et uncarthrose, engendrant une sténose modérée à sévère du foramen de conjugaison et un possible conflit sur la racine C5 droite suite à une discopathie avec plus petite protrusion disco-ostéophytaire foraminale et uncarthrose, s'accompagnant d'une sténose modérée du foramen de conjugaison à ce niveau.

- Un rapport du 24 mai 2013 du Prof. AB. _____ confirmant que la composante traumatique des troubles statiques de la colonne cervicale était évidemment tout à fait convaincante, sauf si la composante traumatique ne pouvait être établie clairement par rapport à une composante arthrosique spontanée, auquel cas le facteur traumatique serait interrompu après deux ans. Ce neurologue était d'avis que les douleurs statiques, exacerbées en position statique au niveau cervico-scapulaire, étaient compatibles avec la persistance séquellaire de tiraillement fascio-musculaire sur les points d'insertion au niveau des fractures costales, ainsi que des apophyses transversées épineuses.

- Un rapport du 3 juin 2013 du Prof. AC. _____ constatant une pseudarthrose du tiers distal de la clavicule droite et des cervico-scapulalgies droites résiduelles suite au traumatisme survenu en septembre 2009. Ce spécialiste mettait en évidence une asymétrie de la fonction scapulo-thoracique avec un décollement scapulaire droit lors de la rotation externe contre résistance, associé à un glissement antérieur de toute la ceinture scapulaire en lien avec la pseudarthrose de la clavicule. Contrairement à l'expert Widmer, le Prof. AC. _____ entendait évaluer la possibilité d'effectuer une prise en charge chirurgicale avec cure de pseudarthrose, geste selon lui à même d'atténuer partiellement la symptomatologie douloureuse.

- Un rapport du 19 août 2013 du Dr AF. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, diagnostiquant des cervicalgies vertébrales post-traumatique en relation directe avec l'accident, décrivant le mécanisme du choc à haute énergie vécu par l'assurée et ses conséquences cervico-vertebro-scapulaires, qualifiant de compréhensibles les plaintes de l'intéressée relatives aux douleurs posturales rachidiennes cervico-brachiales et nucales en cas de position

assise prolongée, estimant la capacité de travail dans toute activité à 50 % et recommandant l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle compte tenu de séquelles à long terme.

Le 17 octobre 2013, le Prof. AC. _____ a opéré l'assurée au Centre hospitalier F. _____, réalisant une cure de pseudarthrose de la clavicule distale droite par débridement du foyer de pseudarthrose, réduction sanglante et ostéosynthèse par vis et plaque, ostéo-suture, décortication et greffe osseuse. Il s'en est suivi une immobilisation de quatre semaines dans un gilet orthopédique. I. _____ a pris en charge le cas du 17 octobre 2013 au 31 janvier 2014. Il s'en est suivi une incapacité de travail à 100 % du 17 octobre 2013 au 17 novembre 2013, puis à 50 % dès le 13 janvier 2014 (rapports du Prof. AC. _____ des 25 octobre 2013 et 10 janvier 2014).

L'assurée a aussi souffert de troubles psychiques, elle a été hospitalisée au Centre hospitalier F. _____, site de AV. _____, du 31 mai 2013 au 14 juin 2013, présentant des troubles du sommeil, un état anxio-dépressif sévère et des idéations suicidaires récurrentes et envahissantes scénarisées.

Les Dresses AG. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en médecine du travail et en médecine interne générale, et AJ. _____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics de réaction aiguë à un facteur de stress important, réaction anxio-dépressive sévère (F43.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) de trouble de stress post-traumatique suite à l'accident de 2009 et de séparation (Z63.5) (cf. avis de sortie du 14 juin 2013). L'intéressée a été réhospitalisée du 7 au 21 septembre 2013 à la suite d'idéations suicidaires scénarisées.

Dans un rapport du 22 octobre 2013, le Dr AH. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère depuis mai 2013 (F32.2), de troubles spécifiques de la personnalité (dépendance

affective, traits anankastiques) (F60.8), de séparation (Z63.5) et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59).

Ae. Par décision sur opposition du 17 juin 2014, I._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 18 mars 2013. En bref, elle a considéré que les appréciations des experts X._____ et R._____ satisfaisaient aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. En outre, les chiffres avancés par le Dr Y._____ à propos de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne présageaient pas d'une décision, mais concernaient les réserves à constituer en vue du bouclage du cas. Pour l'assureur, les expertises expliquaient de manière claire et convaincante pour quelles raisons l'état de santé de l'assurée était stabilisé et la capacité de travail entière. Helsana a également pris position sur tous les griefs soulevés par l'opposante.

B. Par acte du 14 août 2014, A._____, alors domiciliée à AU._____ (VD), assistée de Me Pierre Seidler, a recouru à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud à l'encontre de cette décision concluant à l'annulation de la décision attaquée, à ce qu'I._____ soit condamnée à lui verser les prestations légales, le dossier devant lui être renvoyé, subsidiairement à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée et plus subsidiairement encore, à ce qu'il soit ordonné à I._____ de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, le tout sous suite de frais et dépens. Elle a en outre requis des débats publics se prévalant de l'art. 6 CEDH et l'audition de médecins. En premier lieu, l'assurée fait valoir que la décision sur opposition de la caisse est fondée sur des avis d'experts largement superficiels, erronés et contradictoires, en inadéquation avec son état de santé réel, telle qu'établi selon elle par les documents médicaux au dossier (singulièrement les rapports des 18 avril et 24 mai 2013 du Prof. AB._____ et du 3 juin 2013 du Prof. AC._____). Selon l'intéressée, l'appréciation d'Helsana est faussée du fait qu'elle omettait de considérer son statut de sportive d'élite et le besoin de se mesurer et de voir de quelle façon elle réagissait à l'effort, que la pratique d'activités sportives à haut niveau lui a permis de lui sauver la vie lors de l'accident et de se

remettre beaucoup plus vite de son accident du point de vue de la rééducation et de la mobilité et qu'elle justifie la stabilisation de l'état de santé par la pratique du sport post-traumatique. Elle met également en évidence les carences de l'assureur sur le plan de la réadaptation.

Dans sa réponse du 18 septembre 2014, I. _____ a conclu au rejet du recours. L'assureur réfute les avis médicaux produits par l'intéressée qui ne démontrent pas que les séquelles sont « invalidantes. » Elle indique toutefois avoir soumis les documents à son médecin-conseil pour avis. Selon le nouveau rapport du Dr Y. _____ daté du 8 septembre 2014, il conviendrait d'écarter les avis présentés vu qu'ils émanent des médecins traitants, qu'ils méconnaissent le dossier de l'assurée (notamment le séjour à la Clinique de réadaptation T. _____) et qu'ils ne démontrent pas de syndromes douloureux invalidant ou une incapacité de travail. S'agissant des activités sportives, de l'avis du Dr Y. _____, si la course à pied ne sollicite pas les membres supérieurs de la même façon que l'ordinateur, la montée à ski, l'escalade et le vélo sont beaucoup plus violents que le travail de secrétaire. Finalement, le médecin conseil estime que même s'il y a eu une opération de la clavicule depuis les expertises du Dr R. _____, cela ne change rien quant à la capacité de travail sur le plan orthopédique, ce qui est au demeurant confirmé par le Prof. AC. _____. Sur le plan neurologique, le Dr Y. _____ est d'avis qu'il n'y a pas vraiment d'éléments contredisant le Dr X. _____. L'assureur se fonde encore sur l'avis du SMR qui a confirmé que la capacité de travail est entière dans l'activité habituelle, soit secrétaire médicale, laquelle est une activité adaptée. I. _____ réfute la causalité adéquate entre les troubles psychiatriques et l'accident du 3 septembre 2009, les critères jurisprudentiels applicables n'étant clairement pas satisfaits. Contrairement à ce qu'allègue l'assurée, elle estime que les expertises X. _____ et R. _____ jouissent d'une pleine valeur probante et respectent les exigences en la matière. Dès lors, une nouvelle expertise serait superflue de l'avis de l'assureur.

Par réplique du 26 novembre 2014, l'assurée a amplifié ses conclusions, demandant l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux de 50 %

dès mars 2013, toujours sous suite des frais et dépens. Elle fait valoir que le médecin-conseil et les experts de l'assureur estimaient le cas de l'intéressée stabilisé entre dix-huit et vingt-quatre mois après l'accident, sa capacité de travail étant à cette époque de 50 % dans toutes activités.

Dupliquant en date du 19 janvier 2015, I. _____ a maintenu sa conclusion en rejet.

L'assurée s'est déterminée le 26 février 2015, confirmant les conclusions prises dans son mémoire de recours et sa réplique et réitérant sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

C.

Ca. Le 26 mai 2015, le juge instructeur a confié à AM. _____ le soin de procéder à une expertise judiciaire pluridisciplinaire (orthopédique, rhuma-tologique, neurologique et psychiatrique) d'A. _____. Déposé le 4 avril 2016, le rapport d'expertise judiciaire était signé par les Dresses AN. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, AO. _____, spécialiste ORL et en chirurgie cervico-faciale, ainsi que par les Drs AP. _____, spécialiste en neurologie, et AQ. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : les experts du AM. _____ ou les experts judiciaires). Il était spécifié en tête du rapport que les constatations et conclusions se fondaient sur le dossier remis par la Cour de céans, les examens cliniques, l'analyse des documents radiologiques et les discussions de synthèse consensuelles entre les auteurs. Débutant par un énoncé des motifs de l'expertise et un résumé des principales pièces figurant aux dossiers administratif et judiciaire (pp. 4-19), le rapport comprend une anamnèse somatique et psychiatrique complète (pp. 20-35). Il expose ensuite les plaintes de l'assurée (pp. 36-42), les constatations objectives faites à l'occasion de l'examen clinique (pp. 43-59) et les diagnostics retenus (pp. 60-82). Le rapport répond aux questions en matière de causalité (pp. 83-85 et 91-96), de capacité de travail (pp. 86 et 91-96), de stabilisation du cas (pp. 87-88 et 91-96) et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (pp. 89-90 et 91-96).

Les experts judiciaires ont énoncé les diagnostics suivants

(p. 60) :

« Rachialgies et scapulalgies après polytraumatisme (T07) le 03.09.2009 avec :

- TCC léger
- Fractures vertébrales étagées : des lames bilatérales de C6, de la facette articulaire droite de C6, de la lame gauche de C7, de la facette articulaire gauche, fracture de l'apophyse transverse droite et de l'épineuse de D1, fracture des apophyses transverses droites de L1 à L5
- Fracture de la pointe de l'aileron sacré gauche avec composante articulaire sacro-iliaque gauche
- Fracture du col de l'omoplate droite
- Fractures des arcs postérieurs des côtes 1 à 7 à droite
- Fracture -arrachement du tiers distal de la clavicule droite, compliquée de pseudarthrose avec diastasis acromio-claviculaire, cure de pseudarthrose de la clavicule droite le 25.10.2013. Ablation du matériel le 22.01.2015.
- Contusion de l'épaule gauche avec révision arthroscopique en avril 2010
- Fracture de la phalange distale du pouce gauche
- Contusion pulmonaire (segment supérieur du lobe inférieur droit) et discret pneumothorax apical
- Contusions dentaires et fissure de la 11

Troubles dégénératifs étagées discopathiques du rachis sans radiculopathie ni myélopathie définie M47.8

Acouphènes gauches post-traumatiques H 93.1

Syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à gauche G62.9

Trouble de la réfraction, corrigé par le port de lunettes H72.7

Accentuation de certains traits de la personnalité (traits anankastiques de la personnalité) Z73.1 »

S'agissant en particulier de l'accentuation de certains traits de la personnalité, soit des traits anankastiques de la personnalité (Z73.1), l'expert psychiatre du AM. _____ a mis en évidence une certaine fragilité de la personnalité. Il a observé que celle-ci se manifestait, depuis l'adolescence en tout cas, par une vulnérabilité de l'estime de soi qui avait conduit l'assurée à vouloir compenser et même surcompenser un sentiment d'insuffisance personnelle par un acharnement à réussir sur le plan professionnel (perfectionnisme) et surtout dans le domaine sportif. Il a relevé que l'intéressée a investi et même surinvesti de tout temps l'activité et la compétition sportives au point de négliger d'autres aspects de la vie personnelle. Le Dr AQ. _____ a qualifié de traits de personnalité anankastique le perfectionnisme, le souci des détails, l'exigence extrême vis-à-vis de soi-même de l'assurée, précisant qu'à côté de leurs effets

bénéfiques (accomplissements exemplaires), ils recouvraient des inconvénients notables tels que des attentes tyranniques vis-à-vis de soi-même (et parfois des autres), un risque d'épuisement et des réactions émotionnelles violentes (tristesse, colère, rage même) dans les situations où ces attentes sont déçues, entraînant un manque de souplesse adaptative, soit une difficulté à s'adapter à l'imprévu et donc parfois des réactions excessives à des facteurs de stress inattendus (pp. 79-81). L'expert psychiatre judiciaire n'a pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité anankastique au sens complet, clinique, dans la mesure où, avant l'accident, soit jusqu'à la quarantaine bien entamée, il n'y avait pas d'évidence que l'intéressée ait souffert de problèmes émotionnels et/ou relationnels à répétition en relation avec sa personnalité.

Les experts du AM. _____ ont établi une appréciation consensuelle finale du cas, relevant que, sur le plan somatique, l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail de l'ordre de 20 % dans son travail de secrétaire médicale en raison d'un trouble douloureux et d'un acouphène gauche, considérant que cette diminution leur paraissait en relation de causalité avec les suites de l'accident, au degré de la vraisemblance prépondérante. Ils ont déterminé que la capacité de travail médico-théorique était de 100 % dans une activité plus adaptée, semi-sédentaire, sans port de charges de plus de plus de 5 kg de manière répétitive, et de 10 kg de manière occasionnelle, ceci dans un environnement peu exposé aux bruits. Pour les experts judiciaires, les ressources personnelles de l'intéressée, notamment par sa pratique sportive, ont permis une meilleure récupération des suites de son accident. De leur avis, même si elle a gardé une pratique sportive régulière, avec des performances sans doute supérieures à la moyenne, pour son âge, il convenait d'admettre qu'elle n'avait plus les capacités d'une sportive de haut niveau pour les compétitions internationales comme avant son accident. Ils ont observé qu'il existait, aussi dans le sport, une baisse des performances par rapport à l'état antérieur. Ils ont enfin pronostiqué qu'une fois l'affection psychiatrique avec fragilisation émotionnelle intégrée au tableau, celle-ci ne devrait pas interférer sur la capacité de travail au long cours de manière supplémentaire, ne

constituant ainsi pas une contre-indication à des mesures de réadaptation (p. 82).

S'agissant de la stabilisation du cas sur le plan somatique, il résulte du rapport d'expertise judiciaire qu'avant la cure de pseudarthrose opérée par le Prof. AC._____, l'état de santé de l'intéressée n'était pas stabilisé. De l'avis des experts judiciaires, il existait une asymétrie de la fonction scapulo-thoracique, décrite par le chirurgien précité, qui perdurait, très discrète au moment de l'examen clinique au AM._____, qui apparaît avoir été améliorée des suites du traitement de la fausse mobilité de l'extrémité distale de la clavicule. Les experts judiciaires ont considéré que l'état de santé était stabilisé trois mois après l'intervention, soit en janvier 2014, l'assurée reprenant alors une activité professionnelle à 50 % et ses activités sportives, avec une mobilité de l'épaule récupérée. Sur le plan psychiatrique, le AM._____ a estimé que l'état psychique de l'intéressée était stabilisé depuis janvier 2014 selon le rapport du Dr AH._____ du 10 juin 2014 (pp. 84 et 87-88).

Les experts judiciaires ont évalué la causalité des troubles somatiques et psychiques affectant l'assurée. Ils ont admis que l'état de santé de l'intéressée au plan de l'appareil locomoteur était, au moment de l'expertise judiciaire, encore en relation de causalité avec l'accident pour ce qui est des douleurs post-fracturaires. Ils n'ont pas considéré la pseudarthrose de la clavicule, déjà identifiée par le Dr Q._____ dès mars 2010 selon son rapport du 16 mars 2010 et le CT-scan scapulo-huméral du 10 mars 2010, et son traitement chirurgical comme une « complication tardive », mais comme une non-guérison initiale, un socle lésionnel qui a contribué à l'état douloureux de l'hémi-ceinture scapulaire droite, avec une symptomatologie relativement constante depuis l'accident. Les experts judiciaires ont observé que lors de la seconde expertise orthopédique rendue le 8 février, le Dr R._____ admettait que le syndrome résiduel douloureux était entièrement séquellaire à l'accident et notait que si une légère asymétrie en défaveur de la droite était identifiée à l'examen clinique (cf. également lettre de sortie du Centre hospitalier F._____ du Prof. AC._____ du 25 octobre 2013), l'ensemble de l'examen rhumatologique était pour le reste comparable à l'examen du

Dr R._____. Pour les experts judiciaires, les fractures vertébrales multiétagées survenues à haute énergie ont guéri avec un discret décalage au niveau du gril costal postérieur droit supérieur, radiologiquement, avec une légère dysfonction du cintre gléno-huméral droit. Ils ont relevé dans l'analyse du dossier une fausse mobilité localisée en regard de la pseudarthrose, ce qui n'était plus le cas après l'intervention chirurgicale. Sur le plan rhumatologies, le AM._____ a conclu que l'état de santé au jour de l'expertise restait dû à l'accident, comme à la fin 2012, comme en début d'année 2013 lors de la seconde expertise du Dr R._____, et comme après la cure de pseudarthrose. Ils ont conclu que les multiples fractures pluri-étagées jouaient un rôle encore déterminant dans les symptômes actuels. Si aucune atteinte neurologique ne restait en relation avec l'accident au moment de l'expertise judiciaire, l'experte ORL judiciaire a relevé que, de manière certaine, les acouphènes étaient clairement apparus après le traumatisme assuré, l'intéressée n'ayant jamais présenté de problème ORL avant l'accident de 2009. Il s'agissait des mêmes fréquences que celles qui avaient été identifiées par le Dr AT._____ en 2010. Sur les plans de l'appareil locomoteur et ORL, les experts judiciaires n'ont pas trouvé d'explication d'ordre somatique au hiatus entre les limitations alléguées par l'expertisée dans le domaine de son activité de secrétaire médicale, plutôt sédentaire et statique, et les performances qu'elle restait capable de réaliser dans le cadre d'activités sportives. Ils ont indiqué que les lésions osseuses multiples, étagées et vertébrales sont objectivées par les radiographies et les scanners. Comme le rappellent les Prof. AK._____ et AB._____, la violence de l'accident a aussi provoqué des lésions des structures tendino-ligamentaires avoisinantes objectivées par une IRM (22 mai 2013, Dr AL._____). De plus, certaines fractures de côte ont guéri avec un petit décalage, ce qui a été observé par les experts sur des images tridimensionnelles. A cet égard et comme mentionné par le Prof. S._____, il n'est pas rare dans la pratique clinique de voir des patients présenter des douleurs post-fracturaires dans les traumatismes multiples survenus à haute énergie, même lorsque les fractures ont consolidé. S'agissant des facteurs externes, ils ont relevé que la discrète cervicarthrose antérieure à l'accident, l'état antérieur du genou droit et la fracture du sacrum

survenue en début 2011 n'ont pas interféré ni donné lieu à des symptômes incapacitants (pp. 83-85 et 92-93).

Sur le plan psychique, l'expert psychiatre judiciaire a indiqué qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante en relation avec l'accident, mais une aggravation durable de la fragilité de la personnalité ayant valeur d'atteinte à l'intégrité. S'agissant d'éventuels facteurs externes à l'accident, il a estimé que la personnalité de l'assurée jouait certainement un rôle, formulant l'hypothèse que l'intéressée, du fait de sa personnalité, avait la capacité de surinvestir les activités sportives au point de méconnaître ses limites, et que cette capacité était moins mise en valeur dans les tâches du quotidien, y compris professionnelles (pp. 83-85 et 92-93).

Appelés à se déterminer sur la capacité de travail, les experts judiciaires ont estimé, sur les plans de l'appareil locomoteur et ORL, que l'association des douleurs et des acouphènes limitait la capacité de travail de l'ordre de 20 % dans l'activité de secrétaire médicale. Dans un milieu calme, sans bruit intervenant, répétitif, les acouphènes seuls ne seraient, de leur avis, pas incapacitants. Selon eux, dans un milieu calme, avec des positions alternées, la capacité de travail exigible nous paraît complète. S'agissant des restrictions et des capacités physiques et intellectuelles exigibles dans l'ancienne activité de secrétaire médicale, les experts du AM. _____ ont indiqué qu'il convenait de permettre des pauses et des changements de position un peu plus fréquemment que ne le suggèrent les postes habituels, en évitant une ambiance bruyante, de sorte qu'il convenait d'admettre un rendement moindre de ce fait, de l'ordre de 20 %. Dans une autre activité exigible, il s'agissait selon les experts judiciaires d'un travail léger, avec positions alternées, semi-sédentaire, avec des charges répétitives n'excédant pas 5 kg, en évitant des ambiances bruyantes. L'expert psychiatre judiciaire n'a pour sa part pas identifié de limitation ou de restriction particulière (pp. 86 et 94-95, cf. aussi pp. 83-85).

Concernant la baisse de rendement en particulier, les experts du AM. _____ ont relevé que, dans le travail relativement statique de secrétaire médicale et dans le contexte d'autres perturbations avec des acouphènes, l'exigibilité n'était pas complète, les limitations somatiques sur les plans de l'appareil locomoteur et ORL s'expliquant par ses traits de personnalité. De l'avis des experts judiciaires, il convenait d'admettre une baisse de rendement de 20 % dans son travail de secrétaire médicale, tout en la rendant attentive au fait de tenir compte des limitations aussi dans le sport. Ils ont encore relevé que leur conclusion se rapprochait sur ce point de celle du Dr Z. _____ (rapport, pp. 87 et 94-95, cf. aussi p. 84).

Sur question de l'assurée, les experts judiciaires ont décrit les périodes d'incapacité de travail à prendre en considération depuis la date de l'accident. Sur le plan somatique, ils ont retenu une incapacité de travail totale des suites de l'accident du 3 septembre 2009 jusqu'à la sortie de la Clinique de réadaptation T. _____ à la fin octobre 2010, la capacité de travail étant alors évaluée à 50 %, à « essayer ». Les experts ont exposé que la reprise thérapeutique ne s'était faite qu'à 30 % dès fin juin 2011, puis entre 20 et 50 % en septembre 2011 avec de fortes lancements dans le bras gauche et des cervicalgies intenses. En parallèle, elle retrouvait alors des performances sportives. Les experts du AM. _____ ont estimé qu'à partir de juin 2011, compte des performances sportives, la capacité de travail suggérée par la Clinique de réadaptation T. _____ des suites de l'accident aurait pu être mise en pratique, à 50 %. De leur avis, l'assurée a retrouvé une capacité de travail à 50 % trois mois après la cure de pseudarthrose de la clavicule droite, soit à partir de janvier 2014, en tenant compte d'un arrêt total de trois mois dès la date de l'opération. Selon les experts judiciaires, un mois plus tard, la situation était stabilisée et permettait selon les éléments médicaux une capacité de travail de 80 % l'activité de secrétaire médicale, tandis que dans une activité semi-sédentaire, sans exposition aux bruits, sans porte de charge, ils admettaient théoriquement une pleine capacité de travail à partir de février 2014. Sur le plan psychique, le rapport a relevé que depuis janvier 2014, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail documentée. Entre l'accident et décembre 2013, les incapacités de travail prescrites l'ont été

sur la base de l'état somatique principalement, sans distinction de la composante psychiatrique. L'expert psychiatre judiciaire a considéré que celle-ci a dû être présente partiellement, mais que durant toute l'année 2013 des facteurs étrangers à l'accident avaient aussi généré des troubles psychiques, sans pouvoir toutefois, de manière rétroactive, faire la part des choses de manière fiable entre les facteurs somatiques et les facteurs psychiques d'une part, et entre les facteurs psychiques consécutifs à l'accident et les facteurs psychiques étrangers à l'accident d'autre part (p. 93).

Le AM. _____ s'est encore prononcé en faveur de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Ils ont indiqué que, comme l'exposait déjà le Dr R. _____ dans sa première expertise rendue le 19 mars 2010, compte tenu de l'importance des fractures, il n'y aurait pas de *statu quo sine* ou *ante*. Pour les experts judiciaires, une atteinte douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale a demeuré, celle-ci intervenant principalement lors de l'effort professionnel, régressant ou ne survenant pas sans l'exposition prolongée au travail et permettant des charges supplémentaires, notamment sportives. Les experts ont évalué cette douleur à 1 (+) selon l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles de l'annexe 3 à l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Selon leur observation, le socle lésionnel est constitué par les fractures qui ont été étendues, du rachis cervical et dorsal, jusqu'au sacrum. Ils ont aussi identifié une limitation fonctionnelle cervicale. Ces fractures ne se sont pas compliquées en déformation de la statique vertébrale, mais en une ostéochondrose susceptible d'évoluer, sans signe radiculaire. Au niveau des facettes articulaires cervicales, ils ont identifié un risque arthrosique existant pour le futur dont il est tenu compte dans le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sur le plan de l'appareil locomoteur, les experts ont situé ces éléments à une atteinte à l'intégrité de 10 % selon la table 7 de la CNA, justifiée en raison de l'étendue des fractures sur plus de cinq segments et du risque arthrosique futur. Sur le plan ORL, le AM. _____ a retenu un taux de 5 %, selon la table 13, justifié par un tinnitus permanent, unilatéral gauche, partiellement compensé, non gênant pendant le sommeil et s'exacerbant une à deux fois par an, perturbant alors la vie

sociale et le travail lorsque l'assurée doit se concentrer. Globalement au plan somatique, les experts retiennent un dommage permanent de 15 %, expliquant avoir procédé à une addition du fait que les acouphènes et les douleurs résiduelles ne comportaient pas d'élément de pondération et qu'il s'agissait d'atteintes différentes (pp. 89-90 et 95-96).

Sur le plan psychiatrique, le AM._____ a retenu un dommage de 30 %. L'expert psychiatre a exposé qu'en 2015, soit près de six ans après l'accident l'expertisée sur-réagissait encore de manière très émotionnelle à des nouvelles décevantes pour elle. De son avis, cela signifiait que l'aggravation de l'hypersensibilité de la personnalité due au traumatisme crânio-cérébral était entrée dans la durée sous la forme d'une fragilisation émotionnelle susceptible d'engendrer dans le futur des réactions intempestives aiguës à certains facteurs de stress. Selon lui, cela justifiait une atteinte à l'intégrité, estimée légère à modérée dans la mesure où de l'avis du Dr AQ._____, cela pouvait engendrer des problèmes de courte durée, mais aigus et probablement récurrents. Fondé sur la table 19 de la CNA et le commentaire de Portwich, l'expert psychiatre judiciaire a estimé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 30 % (p. 81).

Les experts du AM._____ ont ainsi conclu que le dommage permanent global, somatique et psychiatrique était de 45 % et que les atteintes se renforçant les unes et les autres, en cas de stress, de concentration, il n'y avait dès lors pas de facteur de pondération visant à les diminuer (pp. 81, 89-90 et 95-96).

Dans ses déterminations du 30 mai 2016, A._____ a implicitement accepté le rapport d'expertise du AM._____ du 4 avril 2016, considérant toutefois que les experts avaient largement sous-estimé ses douleurs, sa capacité à rester statique devant un écran et les syndromes somatiques de la dépression, à savoir des insomnies et un endormissement très difficile, associés à des réveils précoces.

Par déterminations du 31 mai 2016, I._____ a partiellement contesté les conclusions de l'expertise judiciaire, soit en particulier le taux d'incapacité de travail retenu dans l'activité de secrétaire médicale et les conclusions du volet psychiatrique. Elle a produit en annexe à ses déterminations une appréciation médicale du Dr Y._____ du 25 avril 2016 et une appréciation médicale du Dr AR._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 18 mai 2016. Elle a également présenté une seconde appréciation médicale du Dr Y._____ du 26 mai 2016, intégrant l'aspect psychique, admettant la fixation du *statu quo sine* à janvier 2014 et estimant que le métier de secrétaire médicale permettait d'alterner les positions et constituait une activité adaptée. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assureur a admis, sur le plan somatique, un taux de 15 % (10 % sur le plan de l'appareil locomoteur et 5 % sur le plan ORL), contestant une indemnité pour atteinte à l'intégrité du fait de troubles psychiques faute de « maladie psychiatrique. » et de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'état psychologique.

Par déterminations du 12 juillet 2016, l'assurée a indiqué qu'il convenait de s'en tenir à l'expertise judiciaire dans la mesure où les avis des Drs Y._____ et AR._____ n'exprimaient selon elle qu'une opinion critique superficielle relative aux conclusions des experts, sans avoir pris connaissance des rapports médicaux extrêmement nombreux soumis aux experts, ni consulté les documents radiologiques versés au dossier ou procédé à un examen clinique.

Cb. Lors de l'audience d'instruction du 7 mars 2017, I._____ a contesté la diminution de la capacité de travail de 20 % sur le plan somatique pour les douleurs et les acouphènes, ainsi que toute causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques. Pour sa part, l'assurée a estimé que la causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques était donnée. Elle a indiqué avoir entrepris une formation d'assistante médicale tendant à recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité qui soit réellement adaptée selon elle à son état de santé. Finalement, l'intéressée a renoncé à la tenue d'une audience de jugement.

Cc. Par avis du 8 juin 2017, le juge instructeur a invité le AM._____ à se prononcer sur les avis divergents des Drs Y._____ et AR._____ s'agissant du volet psychiatrique de l'expertise du 4 avril 2016, respectivement à répondre aux interrogations des parties quant aux conclusions dudit rapport.

Dans un rapport complémentaire du 16 juin 2017, les experts du AM._____ ont confirmé leurs appréciations du 4 avril 2016, soit en particulier le diagnostic déterminant de fragilité de la personnalité et le bien-fondé d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % pour les troubles psychiques, réfutant les avis des médecins-conseils de l'assureur. Les experts ont mis en exergue la complexité du cas, l'importance de l'approche pluridisciplinaire, de l'éclairage de l'expert psychiatre et de l'examen clinique.

Par déterminations du 27 juin 2017, I._____ a relevé que le complément d'expertise manquait de clarté, entachant sa valeur probante au motif que le AM._____ n'aurait pas justifié qu'une « fragilité de la personnalité » antérieure à l'accident puisse réunir les critères médicaux requis pour une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En outre, elle a maintenu qu'une capacité de travail réduite de 20 % ne se justifiait pas, ne reconnaissant pas de valeur probante au rapport d'expertise du 4 avril 2016 sur l'incapacité de travail et sur les conclusions du volet psychiatrique.

Le 16 août 2017, l'assurée s'est déterminée, relevant que les conclusions de l'expertise médicale judiciaire ne contenaient aucune contradiction et résultaient d'un travail consensuel. Pour elle, les opinions des Drs Y._____ et AR._____ constituaient d'autres avis, qualifiés de « sommaire », « très laconique et sans aucun fondement. » De l'avis de l'intéressée, la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 3 septembre 2009 est donnée du fait que l'accident doit être qualifié de grave, compte tenu d'un choc à haute énergie, d'un traumatisme cranio-cérébral et des multiples fractures. L'assurée a précisé

ses conclusions en ce sens qu'l._____ devait être condamnée à lui verser une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 20 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 45 %.

D. Le dossier de l'assurance-invalidité de l'assurée a été produit le 26 septembre 2014, et les parties invitées à le consulter. Il en ressort notamment qu'aucune mesure de réadaptation n'a été entreprise par l'OAI.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accident (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), étant précisé qu'au moment de son dépôt, la recourante était domiciliée à AU._____ dans le canton de Vaud (art. 58 al. 1 LPGA). Pour le surplus, le recours respecte autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418

consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le terme porté aux prestations de l'assurance-accident avec effet au 1^{er} janvier 2013 au motif d'un état de santé stabilisé, respectivement d'un retour à une pleine capacité de travail théorique. Si la décision entreprise ne fait explicitement état que des frais liés aux traitements médicaux et aux indemnités journalières, il n'en demeure pas moins qu'elle refuse globalement toutes les prestations de l'assurance-accident en raison d'une pleine capacité de travail prétendument recouvrée, de sorte que les questions du principe et de la quotité du droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, soulevées en cours de procédure judiciaire et qui ont donné lieu à des conclusions supplémentaires des parties, font également l'objet du présent litige.

3. On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, car postérieures à la date de l'accident assuré (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. 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).

b) aa) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité

journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

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 (non-application du raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF

8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage *post hoc ergo propter hoc* ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

cc) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

En matière de troubles physiques, en l'occurrence seuls déterminants en l'espèce selon le Tribunal fédéral, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

dd) 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 telle évaluation doit être évaluée au regard de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre du traitement médical, une amélioration insignifiante de celle-ci n'étant pas suffisante (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e

éd., 2016, n. 200). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TF U 244/04 consid. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 pour cent au moins). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité (TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3 ; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2).

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

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. C LPGA), 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, l'assurée a fait l'objet d'examen cliniques approfondis au sein de la Clinique de réadaptation T._____, ainsi que de plusieurs expertises mises en œuvre par l'assureur auprès des Drs R._____, X._____ et Z._____.

A réception des rapports des 29 janvier 2013 (Dr X._____) et 22 février 2013 (Dr R._____), l'intimée n'a procédé à aucune autre investigation médicale substantielle, avant de rendre sa décision du 18 mars 2013. L'assureur n'a en particulier pas relevé les contradictions entre les conclusions des experts chirurgiens-orthopédiques mis en œuvre par ses soins quant à la capacité de travail (cf. rapport du 14 décembre 2011 du Dr Strautmann et rapport du 22 février 2013 précité). A réception du

dossier médical constitué dans le cadre de l'opposition, elle n'a pas procédé à de plus amples investigations avant de rendre sa décision sur opposition, malgré une nouvelle intervention chirurgicale et des contradictions entre, d'une part les rapports d'expertise X._____ et R._____, et d'autre part les rapports émanant de la Clinique de réadaptation T._____, le CT-scan cervico-thoracique du 29 avril 2013 (Dresse AD._____) contredisant les conclusions de l'expert R._____ en présence de multiples séquelles post-traumatiques, le rapport du 3 juin 2013 du Prof. AC._____ constatant une pseudarthrose du tiers distal de la clavicule droite et des cervico-scapulalgies droites résiduelles, et enfin les rapports des 18 avril et 24 mai 2013 du Prof. AB._____ et 29 avril 2013 de la Dresse AE._____.

La Cour de céans s'est ainsi estimée insuffisamment renseignée sur l'état de santé de l'assuré, plus particulièrement sur ses capacités fonctionnelles effectives d'un point de vue somatique, ainsi que sur la nature précise de ses troubles ORL et psychiques, ce deux derniers points n'ayant pas été instruits. Elle a en conséquence mis en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, donnant suite à la requête de la recourante, et d'entente entre les deux parties quant au choix des experts. Le rapport d'expertise judiciaire du 4 avril 2016 a ensuite fait l'objet d'un complément déposé le 16 juin 2017, ceci dans le prolongement de l'audience d'instruction du 7 mars 2017.

L'expertise judiciaire du AM._____ est déterminante pour la solution du litige. Les parties conviennent de la grande rigueur qui a qui a présidé à sa confection. Singulièrement, les experts ont procédé à des investigations cliniques rigoureuses quant à l'état de santé objectif de la recourante. L'anamnèse est particulièrement fouillée, rendant compte de l'ensemble des domaines qu'il convenait d'investiguer (volets rhumatologique, neurologique, ORL et psychiatrique). Les experts ont procédé à une analyse complète des pièces médicales versées au dossier, en particulier les rapports d'expertise, de la Clinique de réadaptation T._____ et ceux médecins-conseils ainsi que des médecins-traitant, requérant au besoin des compléments d'informations. S'agissant d'un cas

dont les parties admettent le caractère particulièrement complexe, les experts ont procédé à une discussion globale et consensuelle. Leurs conclusions sont non seulement particulièrement étayées, mais également tout à fait convaincantes, compte tenu des observations cliniques minutieusement consignées à l'issue de leurs examens. Elles satisfont aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante en ce qui concerne les faits, les diagnostics médicaux, la stabilisation de l'état de santé, la capacité de travail et l'atteinte à l'intégrité physique. En ce qui concerne l'atteinte psychique, l'on se référera au consid. 9b/bb ci-dessous.

Les parties divergent cependant s'agissant des conséquences des séquelles somatiques sur la capacité de travail et des conséquences juridiques qu'il y a lieu de tirer des avis de certains médecins et des conclusions médicales de l'expertise.

7. a) La première question soulevée par la décision entreprise a trait à la stabilisation de l'état de santé de la recourante, stabilisation que l'intimée avait arrêtée à fin 2012 au plus tard pour justifier le terme porté à ses prestations.

b) Sur ce plan, les experts judiciaires motivent de manière particulièrement claire et à satisfaction de droit que la stabilisation de l'état de santé n'est réputée intervenue, tant sur le plan somatique que psychique, qu'à compter du mois de janvier 2014, soit trois mois après la cure de la pseudarthrose. Avant la cure de pseudarthrose de la clavicule distale droite réalisée le 17 octobre 2013 par le Prof. AC._____, les experts considèrent que l'état de santé de la recourant sur le plan somatique n'était pas stabilisé en raison de l'asymétrie de la fonction scapulo-thoracique décrite par le Prof. AC._____ qui perdurait, très discrète au moment de l'examen clinique par le AM._____, qui apparaissait avoir été améliorée des suites du traitement de la fausse mobilité de l'extrémité distale de la clavicule (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 83-85 et 92-93). Les experts n'ont pas considéré la pseudarthrose de la clavicule et son traitement chirurgical comme une

« complication tardive » mais comme une non-guérison initiale, un socle lésionnel qui a contribué à l'état douloureux de l'hémi-ceinture scapulaire droite, avec une symptomatologie relativement constante depuis l'accident (cf. rapport d'expertise judiciaire, p. 83). Pour les experts judiciaires, la situation n'est ainsi stabilisée qu'à compter de janvier 2014, soit trois mois après l'intervention chirurgicale, dès lors que l'intéressée a recouvré la mobilité de son épaule et pu reprendre ses activités sportives. Selon les experts, l'état de santé psychique est aussi réputé stabilisé depuis janvier 2014, comme le retient le rapport du Dr AH._____ du 10 juin 2014 (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 83-85 et 92-93). L'expertise n'a pas été contestée sur ce point par les parties.

Par conséquent, l'avis des experts du AM._____ emporte la conviction de la Cour de céans et il convient de s'y rallier, avec pour première conséquence que la décision attaquée s'avère mal fondée s'agissant de la date du terme porté aux prestations qui ont été allouées (frais de traitement et indemnités journalières), terme qu'il y a lieu de reporter au 1^{er} février 2014, date à laquelle une pleine capacité de travail est réputée avoir été recouvrée.

c) Le recours est donc admis sur ce point et la décision réformée en conséquence, la cause étant renvoyée à l'intimée pour fixer la mesure des prestations à servir à la recourante.

8. a) La seconde question est celle la capacité résiduelle de travail une fois l'état de santé stabilisé au 1^{er} février 2014, dès lors que l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, ceci au sens de l'art. 19 LAA rappelé ci-dessus (cf. consid. 4b/dd *supra*), disposition déterminante pour l'ouverture du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident.

b) Sur ce point, les experts retiennent qu'une pleine capacité de travail a été recouvrée, non seulement théoriquement dans une activité réputée adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, mais également dans l'exercice de la profession exercée avant l'accident,

également réputée adaptée. Ils reconnaissent néanmoins une baisse de rendement permanente de 20 % en relation de causalité avec l'accident. La recourante se rallie à cette appréciation, alors que l'intimée la conteste, se fondant essentiellement à cet égard sur l'avis de son médecin conseil du 25 avril 2016, dont elle soutient qu'il rejoindrait les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire des Drs X. _____ et R. _____ des 29 janvier et 22 février 2013.

Appelés à se déterminer sur les limitations fonctionnelles, respectivement sur les capacités physiques et intellectuelles exigibles dans l'ancienne activité professionnelle en tant que secrétaire médicale, les experts judiciaires ont retenu, au terme d'un examen clinique et après une anamnèse complète sur le plan somatique (appareil locomoteur et ORL), la nécessité d'effectuer des pauses et d'opérer des changements de position, en évitant une ambiance bruyante. Dans cette hypothèse, il convenait d'admettre un rendement réduit de l'ordre de 20 %. Il n'existait en revanche pas d'incapacité dans une activité adaptée (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 86-87 et 94-95).

Les experts judiciaires motivent à satisfaction leurs conclusions s'agissant de la capacité de travail, au terme d'une approche globale très nuancée sur les plans objectif clinique, radio-clinique et psychique, ainsi que d'un consilium rigoureux. L'expertise pluridisciplinaire confiée aux Drs X. _____ et R. _____ ne se prononce quant à elle que de manière théorique, sans bilan radiologique, sur une prétendue stabilisation de l'état de santé, qui s'avéra inexacte par la suite, lient la reprise de l'activité professionnelle aux aptitudes sportives, sans éclairage psychosocial et sans mettre en lumière la baisse des performances sportives des suites de l'accident (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 76-77 et 82). Elle est de plus incomplète dans la mesure où l'aspect ORL n'a pas été traité par les experts mandatés par l'intimée. S'agissant de l'avis du Dr Y. _____ du 25 avril 2016, il y a lieu de relever que ce dernier manque de fiabilité sur le plan asséurologique dans la mesure où son rapport, somme toute succinct, est rendu sur le seul examen du dossier. Ce médecin-conseil ne s'est pas livré à une nécessaire approche globale et

n'a pas procédé à un examen clinique, de sorte que son avis ne sera pas suivi en application de la jurisprudence précitée (cf. consid. 5b-c *supra*).

Les conclusions des experts, probantes ici encore, emportent donc la conviction de la Cour de céans. Il y a lieu d'en déduire que, faute d'une amélioration sensible de l'état de santé par la poursuite d'un traitement médical, et faute de mesures de réadaptation qui auraient été entreprises par l'assurance-invalidité, ce qui ressort du dossier produit le 26 septembre 2014 par l'OAI, la capacité de travail de la recourante est entravée de 20 % dans l'activité habituelle réputée adaptée, ce qui ouvre le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident, dont le taux se confond avec l'incapacité de travail et de gain retenue, soit 20 %. (art. 18 et 19 LAA). Le droit à cette rente étant réputé prendre naissance lors de la stabilisation évoquée ci-dessus (cf. consid. 7b *supra*), il est reconnu à compter du 1^{er} février 2014, date à laquelle le droit au traitement médical et aux indemnités journalières a cessé.

c) Les conclusions prises par la recourante sont donc également admises sur ce point, ce qui justifie de réformer, respectivement de compléter la décision entreprise dans ce sens et de renvoyer la cause à l'intimée pour nouvelle décision fixant la mesure du droit aux prestations.

9. a) aa) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'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 (art. 36 al. 1 OLAA). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

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 (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). 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 (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. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

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 (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). Dans le cadre de l'examen du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la mise en lumière d'un diagnostic clinique selon les critères médicaux reconnus (TF 9C_79/2015 du 5 novembre 2015 consid. 4.2). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). 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 (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. 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 perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 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 valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

bb) Sous l'angle de la causalité et de la gravité de l'accident, il convient de rappeler les principes énoncés par la jurisprudence. Pour procéder à la classification de l'accident dans l'une des trois catégories prévues par la jurisprudence, il faut uniquement se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 4.3.1 ; 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.1 ; 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 7 ; 8C_435/2011 du 13 février 20102 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 83).

Si l'on se réfère à la casuistique des accidents concernant des cyclistes renversés par un autre usager de la route (véhicule automobile ou cyclomoteur), les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite alors que le véhicule impliqué circulait à une vitesse plutôt modérée (TF 8C_62/2013 du 11 septembre 2013 consid. 7.3 ; 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 ; 8C_530/2007 du 10 juin 2008). En revanche, l'accident subi par un cycliste violemment percuté par une voiture à une intersection et projeté à 22-30 mètres de la zone de choc a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des cas graves (TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 4.3.1 ; 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3).

b) aa) Sur le plan somatique, les experts retiennent que, ensuite de son accident, l'assurée souffre, au sens de l'art. 24 LAA, d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique globale de 15 %, soit l'addition d'une atteinte sur le plan locomoteur (douleurs subsistant sur les sites fracturés) de 10 % et de 5 % sur le plan ORL (acouphènes). Les conclusions des experts étant dûment motivées autant que convaincantes, il y a lieu de s'y rallier, en faisant au demeurant droit aux conclusions concordantes des parties sur ce point (cf. déterminations de l'intimée du 31 mai 2016 et de la recourante du 16 août 2017, ainsi que le procès-verbal de l'audience d'instruction du 7 mars 2017).

bb) Sur le plan psychique, la question d'une atteinte importante et durable des suites de l'accident est disputée, tout comme le rapport de causalité adéquate.

Si l'expert psychiatre du AM._____ admet l'existence de traits de personnalité anankastique (Z73.1), il n'a en revanche pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité anankastique au sens clinique (cf. rapport d'expertise judiciaire, p. 79).

Selon la table 19 (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA - Atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accidents, éditée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : la CNA], édition 2004), l'expert mis en œuvre doit préalablement à l'estimation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychiatrique, établir un diagnostic psychiatrique selon la classification internationale des maladies (CIM-10) ou selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e édition, texte révisé, DSM-IV) et évaluer l'importance, la sévérité et la durabilité du trouble psychique constaté (table 19, p. 2). Si persistent des suites d'un polytraumatisme des troubles fonctionnels d'étiologie somatique et des douleurs chroniques, les troubles psychiques que celles-ci ont induits sont pris en compte globalement dans l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce n'est que dans les cas où des troubles psychiques de nature différente sont constatés qu'une évaluation psychiatrique est nécessaire pour déterminer si une atteinte à l'intégrité psychique supplémentaire est présente, qui n'a pas été prise en compte dans l'estimation de base. Ceci vaut également pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité des complications psychiatriques de lésions cérébrales (table 8) (ibid.). La CNA retient également qu'il est parfois nécessaire d'harmoniser l'évaluation après discussion avec le spécialiste en neurologie (table 19, p. 3). Elle observe que des événements existentiels tout comme le décours de la vie laissent normalement des empreintes et que les troubles psychiques et les modifications de la personnalité doivent s'écarter par conséquent nettement des variantes usuelles de troubles psychiques qui se développent dans le courant de la vie et présenter un caractère durable dont l'évaluation n'est pas possible avant une période de cinq ou six ans (table 19, p. 3). La CNA retient, sous l'angle des séquelles psychiques, les taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 0 % pour une atteinte minime, de 20 % pour une atteinte légère, entre 20 et 35 % pour une atteinte légère à modérée, de 50 % pour une atteinte modérée, entre 50 et 80 % pour une atteinte modérée à sévère et entre 80 et 100 % pour une atteinte sévère à très sévère (table 19, p. 4).

Dans le cadre de l'expertise judiciaire, le Dr AQ._____ s'est sans conteste livré à une étude approfondie et nuancée du cas de la recourante, retenant au final le seul diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité, soit les traits anankastiques de la personnalité (Z73.1), pour fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30 % (atteinte légère à modérée) en raison d'une fragilisation émotionnelle de l'intéressée des suites de l'accident, par aggravation d'une hypersensibilité due au traumatisme crânio-cérébral (cf. rapport d'expertise judiciaire, p. 81). Dans ses ultimes déterminations du 16 août 2017, l'instante a fait siennes les conclusions de l'expertise.

A l'appui de ses déterminations du 31 mai 2016, l'intimé a opposé au volet psychiatrique de l'expertise judiciaire une appréciation médicale du Dr AR._____ datée du 18 mai 2016. Le psychiatre conseil de la caisse a estimé qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se justifiait sur le plan psychique, vu l'absence de diagnostic de maladie psychiatrique au sens strict, l'absence de séquelle cérébro-organique des suites du traumatisme crânio-cérébral léger, la rémission des troubles dépressifs psychogènes présentés par le passé, ainsi que les ressources importantes montrées par l'intéressée, qui ne connaissait plus d'incapacité de travail psychiatrique. Le rapport de causalité adéquate est également nié par l'intimée, qui estime que les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis quant à la gravité de l'accident.

La problématique de la gravité de l'accident et de la causalité adéquate peut toutefois rester indécise dès lors que l'appréciation médicale du Dr AR._____ peut être suivie. Son avis est clairement motivé quant à la négation des critères justifiant d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques.

En effet, l'expert judiciaire AQ._____ convient de la rémission des troubles dépressifs, présentés jusqu'en 2015, comme du fait que la sévérité de ceux-ci, tenait alors à des causes étrangères à l'accident, à savoir une rupture sentimentale (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 78-79). Il ne retient en définitive aucun diagnostic

psychiatrique, lesquels sont répertoriés sous les numéros F00 à F99 selon la CIM-10. Selon cette classification, les catégories Z00-Z99 constituent des circonstances ou des problèmes qui influencent l'état de santé, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme (World Health Organization, International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, volume 2, Instruction manual, éd. 2010, pp. 22 et 124). Le chiffre Z73.1 tel que retenu par l'expert relève de difficultés liées à l'orientation du mode de vie (personnalité anankastique, soit ambitieuse, compulsive et obsessionnelle), de sorte qu'il n'entre pas dans le champ d'application de la table 19 de la CNA qui exige un diagnostic psychiatrique (p. 2) comme évoqué ci-dessus. L'expert judiciaire AQ._____ convient du reste expressément que la fragilité de la personnalité en question est antérieure à l'accident, que les traits de personnalité anankastiques n'entraînent pas de limitation fonctionnelle interférant durablement avec la capacité de travail, respectivement que l'intéressée ne connaît pas d'incapacité de travail d'ordre psychique, faute d'atteinte incapacitante, alors que les perspectives thérapeutiques subsistent et que le pronostic reste favorable.

Ainsi, l'affection retenue par l'expert pour justifier une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'ordre psychique ne remplit manifestement pas les conditions déterminantes, d'une part d'un tableau psychopathologique, d'autre part de l'importance, de la sévérité et de la durabilité du trouble.

c) Dès lors, la décision litigieuse sera réformée dans le sens de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les seules séquelles somatiques telle qu'arrêtée à 15 %, soit l'addition d'une atteinte sur le plan locomoteur (douleurs subsistant sur les sites fracturés) de 10 % et de 5 % sur le plan ORL (acouphènes). Pour le surplus, les conclusions de la recourante seront rejetées dans la mesure où aucune atteinte importante, sévère et durable à son intégrité psychique n'est établie.

10. a) En définitive, le recours doit être admis, ceci dans une large mesure, les conclusions de l'instante s'avérant fondées, à l'exception de

celle tendant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à son intégrité psychique. Mal fondée, la décision attaquée est ainsi réformée en ce sens que l'état de santé de l'instante est réputé stabilisé au 1^{er} février 2014, qu'elle a droit dès cette date à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un degré de 20 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. Il convient à cet égard de renvoyer le dossier à la caisse intimée pour qu'elle procède au calcul du montant de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, avec intérêts moratoires, ceux-ci étant dus à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit aux prestations (art. 26 al. 2 LPGA ; art. 7 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]).

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante, qui obtient gain de cause dans une large mesure avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens partiels, qu'il convient de fixer à 4'000 fr. compte tenu de la complexité de la cause, de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et de la tenue d'une audience (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), ceux-ci étant mis à la charge de l'intimée.

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

I. Le recours est partiellement admis.

II. La décision sur opposition rendue le 17 juin 2014 par I. _____ SA est réformée en ce sens que l'état de santé d'A. _____ est réputé stabilisé au 1^{er} février 2014, qu'elle a droit dès cette date à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un

degré de 20 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, la cause étant renvoyée à I. _____ SA pour qu'elle procède au calcul de la rente et des intérêts dus sur les arriérés, ainsi que du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

IV. I. _____ SA versera à A. _____ 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour A. _____),
- I. _____ SA (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :