

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
 MM. Berthoud et Bonard, assesseurs
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

V. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Gilles Miauton,
avocat à Lausanne,

et

X. _____ **SA**, à [...] (ZH), intimée.

Art. 4, 43, 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] et employée au taux de 70 % à la Fondation [...] en qualité d'aide-infirmière, était assurée à ce titre auprès de X._____ SA (ci-après : X._____ ou l'intimée). Elle a été victime d'un accident de voiture le 13 mai 2012. A teneur du rapport de police établi le 31 juillet 2012, la conductrice du véhicule, dans lequel l'intéressée se trouvait en qualité de passagère arrière (avec ceinture), arrivait dans un virage à droite lorsqu'elle perdit la maîtrise de sa voiture et se déporta à gauche, dans la voie inverse de circulation. Elle a alors percuté violemment, par son angle avant gauche, une autre automobile venant en sens inverse, effectuant son virage à gauche et dont le conducteur disait rouler à environ 55 km/h. Sous la violence du choc, les deux véhicules ont été propulsés en arrière et ont terminé leur course chacun en bordure de leur voie de circulation. Les deux voitures ont été fortement endommagées à l'avant plutôt gauche.

Les premiers soins ont été donnés par le Centre hospitalier S._____ (ci-après : le S._____).

Les conclusions d'un rapport du 13 mai 2012 des Drs ZM._____, spécialiste en radiologie, FT._____ et QL._____, tous médecins au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du S._____, étaient les suivantes, ensuite d'un scanner polytraumatisme :

« Fracture du tiers moyen du sternum, avec minime hématome rétro-sternal. Contusion pulmonaire linguale supérieure. Pas de pneumothorax. Minime lame d'épanchement pleural gauche. Fracture de l'apophyse transverse gauche de L2. Fracture des arcs antérieurs des 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} côtes gauches. »

Par déclaration de sinistre du 15 mai 2012, l'employeur de l'assurée a annoncé l'accident du 13 mai 2012 à X._____.

Dans un rapport du 5 juin 2012, le Prof. G._____, spécialiste en chirurgie, chirurgie vasculaire et chirurgie thoracique et chef du Service

de chirurgie thoracique et vasculaire du S._____, ainsi que la Dresse N._____, médecin assistante, ont conclu à ceci :

« Le tracé ECG [électrocardiogramme] et les enzymes cardiaques restent dans la norme lors du séjour en excluant une contusion myocardique. Sur le plan antalgique, la patiente nécessite la pose d'une péridurale avec une bonne évolution.

Mme V._____ est transférée dans votre Établissement pour suite de réhabilitation en bon état général, cliniquement stable, actuellement confortable sous antalgie par Tramal per os. »

Dans un rapport du 20 juillet 2012, les Dresses W._____ et L._____, respectivement médecin-associé et médecin-assistante à l'UTR2 d' [...] aux Etablissements Hospitaliers [...], ont précisé que l'assurée avait séjourné dans leur service en traitement et réadaptation du 31 mai au 18 juillet 2012. Elles ont indiqué les motifs d'admission suivants :

- « - Réadaptation à la marche et reconditionnement suite à un AVP [accident de la voie publique] à haute cinétique chez une passagère arrière ceinturée
- Fracture de la partie supérieure du sternum oblique s'étendant jusqu'au-dessous de la jonction avec le manubrium sternal
- Fracture de toutes les côtes de la paroi thoracique G [gauche] sauf la 8^{ème} côte
- Fracture cartilagineuse non déplacée des 4^{ème} et 5^{ème} côtes G laissant évoquer un volet costal sur ces deux côtes. »

Pour le surplus, ce rapport se terminait comme suit :

« **DISCUSSION ET EVOLUTION :**

Madame V._____ est transférée du S._____ pour réadaptation à la marche et reconditionnement dans les suites d'un accident de la voie publique à haute cinétique chez une passagère arrière ceinturée. Elle bénéficie en conséquence d'une réadaptation à la marche et de l'adaptation de moyens auxiliaires sous séances de physiothérapie et d'ergothérapie intensives.

Malgré une bonne évolution initiale, la patiente développe en cours de séjour des douleurs en aggravation avec une sensation d'oppression thoracique, un souffle court et l'impression qu'une structure gonfle dans son thorax. Le rapport initial du S._____ nous annonçant des fractures des 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} côtes ainsi que du sternum et de l'apophyse transverse G de L2. Nous réalisons un bilan complet avec une radiographie du thorax et du sternum, un ultrason des parties molles, ainsi qu'un scanner thoracique qui

révèle la fracture de toutes les côtes de la paroi thoracique G sauf la 8^{ème} côte, ainsi que des fractures non déplacées des cartilages des 4^{ème} et 5^{ème} côtes faisant évoquer un volet costal. A noter également un petit infiltrat tissulaire sous-cutané antéro-sternal sans franche collection. Le résultat de ce bilan nous permet de mieux comprendre les plaintes de la patiente.

Selon l'avis du chirurgien, il n'est décidé d'aucune sanction chirurgicale et nous adaptons l'antalgie avec de l'Oxycontin 20 mg 2x/j., et de l'Oxynorm 5 mg 6x/j. en réserve, ainsi que la pose de Neurodol tissugel sur les zones douloureuses.

Malgré ces hautes doses d'opiacés, nous notons une stagnation de la réadaptation sans amélioration de l'autonomie avec un Barthel à la sortie à 80%. A sa sortie, la patiente nécessite toujours de l'aide pour le transfert et les AVQ [activités de la vie quotidienne] avec une demande importante de moyens auxiliaires multiples. Elle est également incapable de se projeter dans le futur et nous notons une chronification [sic] de sa douleur chez une patiente qui a l'impression d'être incomprise. Nous suspectons un probable état de stress post traumatique et nous mettons la patiente au bénéfice de rencontres régulières avec une psychologue et un aumônier, afin de mettre en place une aide psychologique.

[...]

La patiente bénéficie d'un arrêt de travail à 100% prolongé jusqu'au 15.08.2012. Nous vous laissons le soin de réévaluer cet arrêt en ambulatoire. La patiente est de fait en études de soins infirmiers.

Egalement connue pour un syndrome métabolique avec un diabète de type II non insulino-requérant, la patiente bénéficie d'un traitement de Metformine. En raison de la réalisation du scanner thoracique, nous devons suspendre ce traitement le 06.06.2012 et au vu de profils glycémiques stables et bas, nous décidons de ne pas reprendre ce traitement. Nous vous laissons le soin de contrôler ce paramètre à distance et d'évaluer la nécessité de réintroduire un traitement.

Concernant l'hypertension artérielle, les profils tensionnels sont restés stables sous traitement habituel d'Amlodipine 10 mg 1x/j.

Madame V. _____ regagne son domicile le 18.07.2012, en bon état général. »

A teneur d'un rapport du 22 août 2012 de la Dresse J. _____, médecin-assistante au Service des urgences du S. _____, l'assurée a été hospitalisée dans ce service du 20 au 21 août 2012, date de son transfert à la Clinique Z. _____ pour des douleurs thoraciques, lesquelles étaient de nature différente de celles liées aux fractures.

Dans un rapport du 5 octobre 2012 à l'intention du Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, le Prof. F._____, spécialiste en radiologie, a écrit ce qui suit :

« [...]

Vous me l'adressez pour avoir mon avis pour une éventuelle cimentoplastie sternale. J'ai à ma disposition le CT[tomographie par ordinateur]-scanner réalisé le 06.07.2012, qui ne présente pas de pneumothorax, où je retrouve les fractures de toutes les côtes de la paroi thoracique du côté G, sauf la 8^e côte G. Ces fractures semblent montrer des signes de consolidation avec des calcifications au niveau des traits de fractures au niveau des côtes 2, 3, 4 et 5, du côté G. On peut noter un déplacement avec formation de cal osseux, mais une consolidation des fractures au niveau des côtes 6, 7, vertébrales. La fracture du sternum ne démontre aucun signe de consolidation. Il s'agit d'une réelle pseudarthrose si elle a persisté jusqu'à aujourd'hui, étant donné le délai depuis le traumatisme. Elle s'étant (sic) en oblique, en dessous de la jonction du manubrium sternal sur la G, à la hauteur de la jonction cartilagineuse des 3^e et 4^e côtes G.

Appréciation :

Je pense que dans un contexte de pseudarthrose, il est tout à fait bénéfique d'essayer d'injecter du ciment dans cette pseudarthrose. Il s'avère néanmoins que la voie d'abord est extrêmement compliquée, étant donné l'aspect horizontal et tangentielle à la peau du corps sternal. Toutefois, une injection par plusieurs aiguilles pluriétagées devrait être possible, sans prendre de risque de fuite au niveau du médiastin antérieur. Il faut voir si le cartilage adjacent fracturé, au niveau des 4^e et 5^e côtes du côté G, ne se consolidera pas et pourra probablement rester instable et provoquer de petites douleurs résiduelles. Je vais me permettre de convoquer la patiente en consultation pour lui expliquer le geste et l'organiser. Ceci devrait se faire en anesthésie locale, lors d'une hospitalisation courte.

Je vous tiendrai bien sûr au courant de la catamnèse, après ma consultation, en vue de l'hospitalisation, si la patiente l'accepte. »

Le 15 octobre 2012, le Prof F._____ a indiqué ce qui suit au Dr T._____ :

« Je vous remercie de m'avoir adressé la charmante patiente susnommée, qui souffre d'une non-consolidation d'une fracture du sternum, suite à un accident de la route, le 13.05.2012. Je ne reviendrai pas sur les autres antécédents de votre patiente.

Je l'ai vue aujourd'hui, à ma consultation et j'ai pu voir l'importante souffrance de Mme V._____. Il est impossible de lui palper le sternum, en raison des douleurs exquises qu'elle présente. Par contre, au niveau de la cage thoracique, bien qu'elle se plaigne

d'importantes douleurs, en particulier du côté G, je pense que les fractures costales ne sont douloureuses que par traction sur le sternum en le mobilisant, raison pour laquelle une palpation des côtes reste douloureuse. Il est difficile pour la patiente de localiser la douleur, strictement antérieure ou antérolatérale. D'autre part, les fractures des cartilages chondro-costaux ne sont probablement pas consolidées et probablement tirant aussi sur les tissus mous adjacents et peuvent être extrêmement douloureuses.

J'ai donc expliqué à la patiente les possibilités que j'ai de pouvoir l'aider, c'est-à-dire de réaliser une cimentoplastie sternale. Etant donné la mobilisation extrêmement difficile de la patiente et le côté très algique de la palpation du sternum, ce geste se réalisant de manière générale en anesthésie locale, dans ce cas précis, il sera impossible de le faire de cette manière. Nous avons donc décidé de réaliser ce geste en anesthésie générale. Je ferai un abord par voie antérieure, à plusieurs étages, en raison de la difficulté de rentrer au sein du corps sternal pour en réaliser une cimentoplastie. Si une mauvaise opacification et remplissage du trait de fracture est réalisé, d'autres abords complémentaires seront nécessaires pour réaliser un remplissage de ce trait de fracture. Ceci sera réalisé pendant le même geste et la même anesthésie. Je lui ai bien expliqué cela, je lui ai dit que ce sera réalisé sous scanner pour limiter aussi les risques de fuite postérieure, dans le médiastin antérieur. J'ai bien pu répondre à ses questions, quant à ses angoisses de fuite de ciment et qu'il persistait une minime couche graisseuse et tissulaire, en avant du péricarde, qui nous permettaient des minimales fuites de ciment qui restaient asymptomatiques, mais bien sûr, j'essaierai par tous les moyens d'éviter même ces minimales fuites. Je lui ai donné les feuillets d'informations, nous les avons lus ensemble, j'ai pu répondre à ses questions et reste à sa disposition, si elle a des questions supplémentaires.

Nous allons organiser, dès que possible, une hospitalisation, pour cette cimentoplastie et je vous tiendrai au courant de la catamnèse. »

Le 17 octobre 2012, le Prof. F. _____ a rédigé la lettre de sortie suivante (sic) :

« Je vous remercie de m'avoir adressé la patiente susnommée qui a été hospitalisée à la Clinique [...], du 16 au 20.10.2012, date de son retour à domicile.

Motif d'admission :

Importantes douleurs thoraciques antérieures invalidantes.

Diagnostic principal :

Pseudarthrose du sternum, sur une fracture oblique de ce dernier.
Fracture des cartilages chondocostaux, 4^e et 5^e côte à G.
Fracture de toutes les côtes de la paroi thoracique G, sauf la 8^e côte, en phase de consolidation ou déjà consolidée.

Diagnostic secondaire :

- Syndrome métabolique avec diabète de type II non insulino-dépendant
- HTA [hypertension artérielle]
- Obésité morbide
- Intolérance à la morphine et au Tramadol®

Antécédents :

Accident de la voie publique à haute cinétique avec fractures thoraciques multiples et volet costal, le 13.05.2012.

Intervention :

En date du 17.10.2012 : réalisation d'une cimentoplastie, sous anesthésie générale du sternum, après biopsie osseuse de ce dernier. Bloc et infiltration péristernale antérieure sur minime fuir de ciment, sur la face antérieure du sternum.

Evolution - discussion :

Mme V._____ a très bien évolué, suite à cette cimentoplastie et à ces deux infiltrations. Elle a néanmoins, pendant l'opération, subi des gênes respiratoires, étant donné sa fonction respiratoire limitée, raison pour laquelle elle a été gardée une nuit en soins continus, sous C-PAP [respiration assistée par pression positive]. Une physiothérapie respiratoire a été instaurée, raison pour laquelle nous l'avons gardée, jusqu'au 20.10.2012, date de son retour à domicile.

D'un point de vue douloureux, la patiente est extrêmement satisfaite de l'intervention avec une disparition à la palpation du sternum des douleurs antérieures et une nette diminution des douleurs, lors de la respiration et des mouvements de rotation du tronc. Toutefois, lors de ces mêmes mouvements, elle note la persistance d'importantes douleurs thoraciques G, ainsi que thoraciques antérieures, à l'endroit des fractures des cartilages costaux qui restent mobiles et malheureusement très douloureuses sur lesquelles je ne eus pas agir. La patiente a au moins repris confiance et bouge maintenant seule et elle peut se lever seule de son lit, en s'appuyant de côté, ce qu'elle n'avait jamais pu faire depuis l'accident. Il y a donc une évolution extrêmement favorable. Un retour à domicile a été organisé avec l'infirmière de liaison, pour le 20.10.2012. Aucune médication particulière n'a été instaurée, elle suit son traitement habituel. J'ai prévu de la revoir dans un mois pour juger de l'évolution de la cimentoplastie. »

Dans un rapport du 18 octobre 2012, le Prof. F._____ a expliqué que l'assurée était dans l'impossibilité d'avoir un inspirogramme normal, ce qui entraînait des limitations de tous les mouvements de rotation et de flexion du tronc. Selon lui, une reprise du travail à 50 % dès le 1^{er} décembre 2012 était envisageable dans une activité, à réévaluer en fonction de l'évolution. Un dommage permanent était à craindre sous forme de douleurs résiduelles dues aux fractures des cartilages chondro-costaux qui n'allaient pas cicatriser.

Selon un avis du 22 octobre 2012 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de X._____, le traitement opéré était encore en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Le 31 octobre 2012, le Prof. F._____ a écrit ceci au Dr T._____ (sic) :

« Je revois la patiente susnommée, 10 jours après son hospitalisation et qui était revenue la semaine passée pour une réapparition de douleurs importantes avec suspicion de surinfection locale.

Une échographie, ainsi qu'un CT-scanner a été réalisé par ma collègue, la Dresse [...], qui a pu exclure, la présence d'une complication locorégionale due au geste interventionnel de cimentoplastie. Aucune collection n'a pu être mise en évidence. Pas d'infiltration inflammatoire, pas d'anomalie particulière, en regard de la zone douloureuse présentée par la patiente. Toutefois, au-dessus, tant en échographie qu'en CT-scanner, des zones de nécroses adipeuses probables sont mises en évidence, en regard de la petite fuite de ciment sur la face antérieure du corps sternal, mais qui ne semble pas être à l'origine de la symptomatologie de la patiente.

Aujourd'hui, la patiente présente de très importantes douleurs qui la font grimacer et même pleurer à la palpation, en regard des cicatrices de la mise en place des aiguilles de cimentoplastie. Toutefois, à la palpation, la peau est calme, souple, pas d'effet de masse palpable. Il y a une souplesse entre les différents plans cutanés et profonds, sans évidence d'infiltration sous-cutanée. Ces douleurs ont l'air d'irradier sur l'hémi-thorax G.

Il n'y a donc, cliniquement comme en imagerie, aucun signe de complication locale. J'ai alors repris l'anamnèse avec la patiente qui me dit qu'elle n'a ressenti qu'une amélioration transitoire, suite à la cimentoplastie, mais qu'actuellement la symptomatologie qu'elle ressent, ressemble fortement à ce qu'elle avait avant la cimentoplastie. J'en ai donc déduit que la cimentoplastie ne l'a probablement pas aidée et que les éventuelles petites fuites de ciment et autres nécroses lipomateuses ne seraient donc pas non plus à l'origine de sa symptomatologie. Elle se plaint clairement de douleurs et d'une très importante gêne, lorsqu'elle se met à marcher et doit s'arrêter, car elle trouve le souffle court après 5 minutes. Ceci n'est certainement pas d'origine osseuse, mais cardiaque ou cardio-pulmonaire.

Sur les coupes réalisées sur le dernier CT-scanner, aucun signe de lésion pulmonaire n'est à mettre en évidence. Je ne peux pas personnellement évaluer la fonction cardiaque chez cette patiente, ce que je vous laisse apprécier.

Je ne peux donc malheureusement pas plus aider Mme V._____,
[...] »

Le 6 novembre 2012, le Dr T._____ a adressé un certificat médical intermédiaire à l'assureur [...] SA, siège régional [...], en joignant notamment un rapport du 12 décembre 2011 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie. Selon la teneur de ce rapport, l'assurée présentait un piégeage gazeux probablement dû à une obstruction ventilatoire de longue date, qui n'était pas importante, et la dyspnée était probablement liée également à l'excès pondéral.

L'intéressée a été licenciée de son travail par courrier du 28 novembre 2012 pour le 28 février 2013.

Le 11 décembre 2012, le Prof. F._____ a écrit ce qui suit au Dr T._____ :

« Je revois la patiente susnommée, 6 semaines après la cimentoplastie sternale. La patiente a évolué de manière très favorable avec une diminution très significative des douleurs par rapport à ce qu'elles étaient avant la cimentoplastie.

Comme je lui avais expliqué l'inflammation péri-fracturaire sur une pseudarthrose peut être importante et met quelques semaines à disparaître. Elle évaluait ses douleurs avant la cimentoplastie à environ 9 à 10/10, sans pouvoir faire de manœuvre de Valsalva. Elle ressent des douleurs aujourd'hui à environ 5/10 et elle peut aller aux toilettes de manière tout à fait naturelle. Elle ressent encore des douleurs lors de la palpation profonde sur la face antérieure de son thorax. Elle dit ressentir une tuméfaction qui me semble plutôt subjective, car cliniquement les tissus sont souples et ne démontrent pas d'effet de masse palpable, ni de collection sous-jacente. Il n'y a pas d'anomalie de la coloration e (sic) la peau à ce même endroit.

La patiente a suivi un ttt [traitement] de physiothérapie qui n'ose pas toucher à son thorax, mais qui travaille beaucoup au niveau lombaire avec la patiente, ce qu'elle apprécie et elle a pu remarquer des diminutions au niveau lombaire. J'ai bien précisé à la patiente qu'elle devrait maintenant commencer à prendre confiance et à accepter que la physiothérapie travaille avec elle au niveau thoracique, ce qui favoriserait un drainage des tissus sous-cutanés et cette inflammation résiduelle probable au niveau de ces tissus sous-cutanés. Je pense qu'il y a encore un certain travail psychologique aussi à faire, mais elle est en très bonne voie.

J'ai vu que vous avez modifié son ttt antalgique, ce que j'approuve tout à fait. Je lui ai rajouté un anti-inflammatoire, type Celebrex®

200 mg 2x/j pour essayer d'améliorer l'éventuelle inflammation résiduelle. Si la symptomatologie s'améliore, je pense qu'il faut continuer, s'il n'y a pas d'évidence d'évolution, je pense qu'il y aura lieu d'arrêter ce médicament. »

Selon un rapport du 18 février 2013 du Dr C._____, si au départ les douleurs étaient en relation avec les fractures, il n'y avait actuellement pas vraiment d'explication traumatique de la persistance des plaintes.

Une expertise a été confiée au Docteur D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu son rapport le 15 mars 2013. Il a conclu à ce qui suit (sic) :

« **Appréciation du cas et diagnostics**

Il s'agit d'une femme de [...] ans en date de l'expertise, passagère arrière droite ceinturée, victime d'un accident de la voie publique. Perte de connaissance de brève durée, transférée en urgences au S._____, où il est mis en évidence des lésions essentiellement thoraco-pulmonaires, sous forme d'une fracture du sternum, d'une fracture des côtes V, VI et VII des arcs postérieurs, une fracture de l'apophyse de L2. Il n'y a pas de contusion myocardique, avec un ECG qui restera normal, une absence d'élévation enzymatique. Une toute petite contusion pulmonaire d'évolution simple.

Traitement antalgique par péridurale durant dix jours, puis transfert à l'Hôpital d' [...] pour rééducation. Malgré l'absence de lésion des membres inférieurs, l'assurée se plaindra d'emblée d'une gêne dans la fesse droite en raison d'un hématome, et dans le genou gauche, rendant le sevrage des cannes impossible.

Les investigations complémentaires montreront des fractures costales et en particulier chondro-costales de tout l'hémi-thorax gauche antérieur, sauf de la côte VIII, mais non déplacées.

La scintigraphie osseuse pratiquée le 30 août 2012 ne montre plus d'hyperfixation sur l'apophyse transverse de L2, mais une persistance des fractures costales et du manubrium sternal. Il est alors décidé d'une stabilisation de la fracture sternale par une infiltration de ciment acrylique, qui n'améliore pas franchement la symptomatologie douloureuse. La symptomatologie persiste, les opiacés de type Oxynorm et Oxycontin ne peuvent être stoppés, en plus des antidouleurs et des anti-inflammatoires. L'assurée est alors adressée en antalgie au S._____, ou des patchs sont prescrits. Le contrôle au service d'antalgie du S._____ a lieu le jour même au S._____, soit le 21 février 2013.

Je suis frappé par les plaintes de la patiente, particulièrement concernant ses troubles de l'équilibre que je n'explique pas et cette gêne à la marche nécessitant des cannes.

En effet, le bilan radiologique du genou gauche montre un début de gonarthrose interne, et le status partiel il est vrai que j'ai pu faire de la hanche la patiente ne pouvant se coucher, n'a pas mis en évidence de déficit de mobilité, de douleurs à la mobilisation. Je n'ai pas d'explication pour cette marche qui nécessite des cannes, d'autant plus que le port des cannes ne peut qu'augmenter les douleurs sternales et para-sternales, voire thoraciques, l'utilisation de ces dernières nécessitant une stabilisation des ceintures scapulaires qui ne peut se faire que par la musculature intercostale, les pectoraux, le grand dentelé, les rhomboïdes, le grand dorsal, etc.

J'ai également été frappé durant l'examen par le mouvement de torsion du tronc, les mouvements de porte-à-faux pour porter son sac, la patiente ne voulant se lever. La patiente se lève également en s'appuyant avec les bras sur les accoudoirs du fauteuil, ces mouvements ne pouvant qu'augmenter les douleurs thoraco-sternales. Je suis donc frappé par les attitudes et les mouvements, allant à l'inverse des mouvements d'épargne antalgique, en particulier thoracique.

L'assurée déclare également une prise pondérale de 20kg en neuf mois, ce que je lui ai fait répéter à plusieurs reprises, sur la base des documents en ma possession, on constate avant l'intervention un poids aux environs de 90kg, et le poids mesuré lors de mon examen est de 95kg, il y a donc là également une différence claire entre les plaintes et l'examen objectif.

En résumé, je suis donc un peu perplexe face aux plaintes multiples de l'assurée, et aux éléments objectifs vis-à-vis de l'accident et de ses séquelles. Sur le plan du rachis la fracture de l'apophyse transverse de L2 a guéri ou du moins n'a plus de traduction scintigraphique déjà trois mois après l'événement.

Je n'ai aucune expérience concernant les cimentoplasties de sternum par fracture, et en particulier leur devenir à moyen et long terme, compte tenu que le sternum travaille plutôt en torsion/distraction, alors qu'une vertébroplastie classique dorsale ou lombaire travaille essentiellement en compression avec un peu de flexion.

J'ai refait la littérature médicale internationale, et je n'ai rien trouvé concernant le traitement des fractures du sternum par ciment acrylique. Il existe de nombreuses études traitant des fractures vertébrales par injection de ciment acrylique, et évidemment de études de traitements traitant des fractures métastatiques vertébrales ou autres, en particulier du sternum, traitées par ciment acrylique, puis irradiation.

Il n'y a aucune série spécifique au sternum, que cela soit pour des traitements de fractures métastatiques.

J'ai personnellement questionné le Pr. F._____, concernant les éventuelles études qu'il aurait faites ou en sa connaissance, il m'a également dit qu'il n'en connaissait aucune. Il s'agit donc clairement d'une thérapeutique expérimentale, et l'on peut se poser la question s'il appartient à l'assureur LAA de prendre en charge ce type de traitement.

Je rappellerai que le ciment acrylique n'est qu'un spacer, soit un bouche trou et n'améliore en rien la consolidation osseuse. Au contraire il empêche celle-ci, puisqu'il s'interpose entre les fragments osseux un tissu amorphe, inerte, et rend impossible la constitution d'un cal osseux. Si le ciment acrylique est capable de transmettre les forces en compression, il n'a pas d'effet colle, et dans les mécanismes de torsion et de cisaillement sur un os essentiellement spongieux comme le sternum, on peut se demander le devenir de l'interface ciment/os, avec rapidement l'apparition de liseré, l'absence de contact intime, et apparition de phénomènes irritatifs locaux.

Je rappellerai que le ciment n'est qu'un spacer, soit un bouche trou, et n'améliore en rien la consolidation osseuse.

Il avait été utilisé en France par les chirurgiens orthopédistes, pour combler l'espace créé lors des ostéotomies de valgisation tibiale proximale pour ouverture interne et mise en place d'une plaque dans les années 1980.

Actuellement, depuis plus de vingt ans, plus personne n'utilise cette technique, dans une quelconque ostéotomie.

Au vu des douleurs résiduelles, après cimentoplastie pour la pseudarthrose sternale, je pense qu'il y a lieu de faire un bilan soigneux par IRM [imagerie par résonance magnétique] ou pet[tomographie par émission de positons]-CT, pour voir qu'elle est la réalité de la stabilisation de cette pseudarthrose.

Afin de juger sur la réelle gêne thoracique, en particulier pulmonaire, je pense qu'il y a lieu de pratiquer un bilan pulmonaire, spyrométrie, mesure des ampliatiions pulmonaires qui pourraient être comparés aux examens préexistants.

En conséquence, je pense qu'actuellement le cas n'est pas stabilisé. Je proposerai ce complément de bilan afin de juger de l'évolution de cette pseudarthrose sternale.

Au-delà de cette problématique thoracique, je reste perplexe face aux plaintes concernant la gêne à la marche, en tant que séquelles d'accident.

En conséquence, je retiendrai donc les diagnostics suivants :

- Syndrome douloureux résiduel thoracique après fracture sternale traitée par cimentoplastie et fracture costales gauches en série.
- Fracture de l'apophyse transverse de L2 actuellement guérie.
- Contusions multiples.

La fracture transverse de L2 est guérie de même que les contusions multiples. Les côtes sont probablement toutes guéries, il persiste des douleurs thoraciques antérieures après un traitement d'une pseudarthrose sternale par cimentoplastie, technique expérimentale.

Réponses aux questions

Question 1 : Anamnèse ?

C.f. Anamnèse.

Question 2 : Plaintes actuelles du patient ?

c.f. plaintes lors de la consultation.

Question 3 : Mesure d'instructions complémentaires nécessitées pour mener à bien le présent mandat ?

Mes recherches de documents radiologiques et de rapports radiologiques.

Question 4 : Etat de Santé objectif ?

C.f. status et bilan radiologique.

Question 5 : Diagnostics ?

- Pseudarthrose sternale traitée par cimentoplastie.
- Fractures costales et chondro-costales gauches non déplacées et consolidées.
- Fracture de l'apophyse transverse de L2 gauche actuellement consolidée.
- Contusions multiples.

Diagnostics sans rapports avec l'accident du 13 mai 2012.

- Gonarthrose interne bilatérale débutante.
- Obésité morbide.
- Diabète de type II.
- Hypertension.
- Syndrome métabolique.

Question 6 : L'état de santé actuel est-il dû à l'accident du 13 mai 2012 (50% ou plus) ? Si non. Quels sont les autres facteurs intervenant dans l'évolution qui jouent un rôle prépondérant ? Quelle est leur importance ?

- La problématique des douleurs résiduelles thoraciques est à investiguer (c.f. réponse à la question 9).
- Problématique du port des cannes, c.f. appréciation du cas.

Question 7 : A a-t-il lieu de limiter la causalité dans le temps ? a) à partir de quand ? b) dans quelle proportion ? c) le statu quo ante resp. sine a-t-il été retrouvé / atteint ?

Actuellement pas, le cas n'est pas stabilisé, il ne peut donc y avoir un éventuel statu quo.

Question 8 : Questions relatives à la capacité de travail ? Dans la mesure du possible veuillez répondre en tenant compte de toutes les limitations dues à l'état de santé et le cas échéant en prenant en considération uniquement les

limitations dues à l'accident.6.1) Dans l'ancienne activité professionnelle en tant qu'aide soignante ? Dans une autre activité exigible ?

Le cas n'est pas stabilisé, et au vu des plaintes douloureuses thoraciques et plus particulièrement sternales, une activité utilisant les bras n'est pas possible actuellement.

Question 9 : Les traitements actuellement prodigués sont-ils appropriés ?

Je reste perplexe quant à la cimentoplastie sternale. En effet, il ne s'agit pas du tout d'un traitement reconnu, aucune série n'est publiée dans la littérature.

Par ailleurs, sur le plan biomécanique, au vu des contraintes par distraction, torsion, je doute que le ciment soit d'une quelconque utilité, si ce n'est un facteur irritatif.

J'ai également pris contact téléphonique avec le Dr. H. _____, chirurgien cardiaque FMH à [...], pratiquant depuis vingt-cinq ans, qui m'a déclaré n'avoir strictement aucune connaissance ou expérience dans la cimentoplastie des fractures sternales, et que le seul traitement était chirurgical par ostéosynthèse, d'autant plus s'il s'agit d'une fracture oblique sur laquelle les contraintes sont très importantes.

Je pense qu'il y a lieu de pratiquer le bilan précité et de la présenter à un chirurgien cardiaque de même qu'un chirurgien orthopédiste.

Question 10 : Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé ? Proposition de mesures thérapeutiques ?

Oui, c.f. réponse à la question 9.

Question 11 : Si son appréciation est possible, existe-t-il une atteinte à l'intégrité ? Le cas échéant quel est le pourcentage de l'atteinte selon la LAA (annexe 3 OLAA et tabelles SUVA)

Trop tôt pour se prononcer.

Question 12 : Remarques, renseignement susceptible de nous intéresser et d'être en rapport avec les questions soulevées ?

Aucune. »

A la question de savoir quel était son pronostic vis-à-vis de la cimentoplastie et si à terme, une ostéosynthèse était envisageable, le Dr C. _____ a répondu comme suit dans une évaluation du 25 mars 2013 :

« ? Car aucune expérience et aucun article sur les cimentoplasties pour fractures du sternum. »

Le Dr C. _____ était également d'avis que les étonnements de l'expert s'agissant du déplacement de l'assurée avec des cannes méritaient d'être investigués.

Le 12 juin 2013, X. _____ a retourné à K. _____, psychologue, des factures, exposant que l'accident ne justifiait pas un traitement en psychothérapie.

Par lettre du 28 juin 2013, K. _____ s'est étonné du refus de remboursement de ses factures.

Le 23 juillet 2013, le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, a adressé au Dr T. _____ un rapport au terme duquel il a conclu à la présence d'un syndrome du tunnel carpien sévère sur le plan électrophysiologique des deux côtés, douloureux et déficitaire sur le plan sensitif, justifiant une intervention chirurgicale des deux côtés. Il joignait les rapports suivants :

- Rapport du 2 avril 2013 des Drs P. _____ et Q. _____, respectivement spécialiste en médecine interne générale et médecin assistant au Service de médecine interne du S. _____, à teneur duquel l'assurée a séjourné dans ce service du 1^{er} au 12 mars 2013 en raison d'une douleur et d'un œdème d'un membre. Le diagnostic principal posé était celui de lipœdème des membres inférieurs. Comme diagnostics secondaires et comorbidités actives, les médecins posaient le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant avec un probable syndrome de stress post-traumatique, une suspicion d'un trouble de la personnalité et des paresthésies des mains. Ils relevaient que ces douleurs pourraient être liées à l'utilisation des cannes anglaises avec appuis au niveau carpien, un syndrome du tunnel carpien bilatéral dans un contexte d'œdèmes généralisés restant un diagnostic différentiel.

- Rapport du 12 mars 2013 des Drs RZ._____ et B._____, tous deux spécialistes en anesthésiologie au Centre d'antalgie du S._____, dont il ressortait que l'intéressée les avait consultés le 21 février 2013.

L'assurée a séjourné à la Clinique SR._____ (ci-après : la SR._____) du 6 août au 3 septembre 2013. Dans un rapport du 29 août 2013 suite d'un scanner du thorax du 28 août 2013, les Drs RG._____ et O._____, respectivement spécialiste en radiologie et médecin assistant à la SR._____, ont relevé un status post-cimentoplastie du sternum et l'absence de pseudarthrose visible. Ils ont également constaté qu'il n'y avait pas de fracture costale décelable, ni de lésion lytique. Ainsi, ils ont conclu à un status post-cimentoplastie du sternum avec bonne consolidation et à un grill costal sans particularité notable. Par rapport final du 19 septembre 2013, les Drs U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique, et ML._____, médecin-assistant, ont notamment considéré ce qui suit (sic) :

« **DIAGNOSTICS PRINCIPAUX**

- **Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs thoraciques antérieures, lombalgies à prédominance gauche, douleur hanche droite**

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- **Cimentoplastie de la pseudarthrose du sternum sur une fracture oblique de ce dernier le 17.10.2012.**
- **Fractures costales et chondro-costales gauches non déplacées et consolidées.**
- **Fracture de l'apophyse transverse de L2 gauche actuellement consolidée.**
- **Accident de la circulation le 13.05.2012 avec polytraumatisme (passagère dans un véhicule).**
- **Gonarthrose interne genou gauche débutante.**
- **Trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse de type PTSD [syndrome de stress post-traumatique].**
- **Obésité morbide (36.62 kg/m2).**
- **Diabète de type II sous traitement.**
- **Hypertension artérielle sous traitement.**
- **Dermatosis papulosa nigra.**
- **Syndrome métabolique.**

- **Fracture du coccyx opérée en 1994.**
- **Tunnel carpien bilatéral (suivi à la [...]).**

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles de la patiente sont des douleurs sternales persistantes, des sensations d'oppression bloquant parfois la respiration selon la patiente. La patiente dit qu'elle dort depuis l'accident, en semi-couché. Elle n'est pas arrivée jusqu'à maintenant à se mettre en position couchée en raison des douleurs et troubles respiratoires. Ces douleurs sont estimées entre 7 et 8/10, présentes à la face antérieure du sternum et s'étendent vers l'hémithorax gauche jusqu'à la région dorso-lombaire. La position debout prolongée augmente aussi les douleurs. Le deuxième site douloureux est au niveau de la hanche droite où la patiente signale des douleurs permanentes qui s'aggravent à la mise en charge. Elle dit, qu'en fin de journée, elle se sent parfois bloquée. La douleur la réveille souvent la nuit, comme les douleurs sternales. Douleurs cotées à 6-7/10, localisées au niveau de la région latérale de la hanche et du pli de l'aîne. Il existe aussi des douleurs au niveau de la région fessière droite dues à un hématome après l'accident et des douleurs au niveau du genou gauche, essentiellement à l'appui. Les douleurs lombaires ont diminué par rapport au début, elles sont exacerbées surtout à la flexion du tronc et au redressement, ainsi qu'à l'appui et au niveau lombaire haut par le dossier de la chaise. La patiente fait de la physiothérapie à [...], au Centre [...]. Elle n'a pas remarqué de grande amélioration. La piscine lui fait du bien. Le traitement antalgique de TENS [stimulateur électrique transcutané] n'a pas changé grand-chose. Le moral est fluctuant. Peurs et inquiétudes par rapport à son état de santé actuel, par rapport à la consolidation des fractures. Elle dit que la douleur au niveau de la hanche n'a jamais été explorée ni examinée. Elle estime que le retour à son travail antérieur est presque impossible.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Sur le plan radiologique, dossier radiologique à disposition :

- CT polytrauma du 13 et 14.05.2012 : on objective la fracture du sternum et les fractures des côtes 5, 6 et 7, déplacées à gauche.
- CT scan du 06.07.2012 : fracture du processus transverse de L2, du sternum et des 4ème et 5ème jonctions costo-chondrales sternales gauches et de toutes les côtes gauches exceptées la 8ème.
- CT thoracique du 20.08.2012 : fractures costales du côté 6, 7 gauche consolidées. Fracture du sternum en voie de consolidation.
- Rapport de la scintigraphie du 30.08.2012 : hyperfixation du sternum, des 1ère et 2ème côtes ainsi que des 7ème et 12ème côtes, des genoux à prédominance gauche et des articulations acromio-claviculaires.
- CT du 26.10.2012 : ciment dans le sternum, fuites antérieures. La fracture du sternum n'est pas visible.

Durant le séjour et dans le but de savoir si la fracture sternale est consolidée après la cimentoplastie, un CT scan du thorax a été effectué le 28.08.2013 et qui objective une bonne consolidation après cimentoplastie. Le reste des fractures au niveau des côtes est consolidé aussi. Finalement et suite à des douleurs au niveau de la hanche droite, des radiographies de la hanche droite axiale et bassin de face ont été effectuées qui n'objectivent aucune anomalie.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan dermatologique : dermatosis papulosa nigra étendu sur tout le corps, visage et cou. Selon avis de la dermatologue, Dresse [...], le traitement ablatif est possible mais est déconseillé en raison des risques d'hypo ou d'hyper pigmentation résiduelle.

Sur le plan psychiatrique : un diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse de type PTSD. Aucune médication n'a été introduite et la patiente a suivi un traitement psychothérapeutique pendant le séjour, qu'elle devrait poursuivre en ambulatoire (cf. rapport de psychiatrie).

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportés par la patiente : comportements d'évitement et d'autolimitations en relation avec des croyances dysfonctionnelles, probables facteurs culturels difficilement évaluables compliquent la prise en charge, comportement d'invalidé, handicap fonctionnel subjectif très important.

[...]

Le traitement antalgique est lourd et à base de morphiniques. La patiente a comme traitement le Transtec patch 70 mcg qu'elle met une fois chaque 4 jours, de l'Oxycontin 20 mg 1x le matin, 1x le soir, Neurodol patch qu'elle met au niveau de la hanche pour les douleurs de la hanche, plus de l'Oxynorm en réserve. Pendant le séjour, la patiente a été présentée à notre consultante spécialisée en antalgie. Cette dernière nous a proposé des modifications de traitement en laissant le Transtec comme un traitement de fond, et remplaçant l'Oxycontin par de la Buprénorphine orale ou du Temgésic à de faibles doses en réserve en cas de douleurs pour éviter l'escalade morphinique.

Pas d'évolution subjective et objective significative (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation de la patiente aux thérapies a été considérée comme élevée mais la prise en charge est compliquée par les facteurs contextuels (cf. ci-dessus).

Des incohérences ont été relevées avec un comportement d'invalidé prononcé : exemple la force de préhension est si faible des deux côtés lors de l'examen qu'elle ne permettrait pas de tenir un objet alors que la patiente se déplace en serrant fort les poignées sur des cannes.

Les limitations fonctionnelles suivantes sont retenues : port de charges lourdes, position en porte à faux, position statique prolongée.

La situation est stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie, notamment la balnéothérapie, pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie de la patiente.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison partiellement des facteurs médicaux retenus après l'accident (cf. diagnostics), mais surtout des facteurs non-médicaux.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable en raison des facteurs non-médicaux présents listés ci-dessus). »

La SR. _____ conclut à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 3 mars au 2 octobre 2013.

Dans une lettre de sortie du 8 octobre 2013, à la suite de l'hospitalisation de l'assurée à la Clinique Z. _____ du 21 au 28 août 2012 en raison de douleurs thoraciques et du rachis, le Dr R. _____ a posé le diagnostic de douleurs post-traumatiques et aiguës du rachis dorsal, lombaire et de la cage thoracique ensuite d'une fracture du sternum ainsi que de trois arcs costaux postérieurs non consolidés. Il a exposé que la scintigraphie osseuse avait mis en évidence une hyperfixation en projection des corps du sternum ainsi que de plusieurs arcs costaux gauches, confirmant la persistance d'un processus inflammatoire actif.

Dans un avis du 14 octobre 2013, le Dr C. _____ a refusé la prise en charge d'un corset sur mesure, expliquant qu'il n'y avait pas de lésion du rachis objective, que ce genre de corset était très difficile à adapter chez une obèse, voire impossible, et finalement que c'était probablement le surpoids qui était responsable des douleurs lombaires, de sorte qu'il s'agissait donc d'une maladie.

Le 27 janvier 2014, le Dr C. _____ a répondu comme suit à des questions de X. _____ :

- « 1) Après le séjour de l'assurée à la SR. _____, les troubles dont souffre l'assurée, justifiant l'incapacité de travail, sont-ils encore en relation de causalité, pour le moins probable, avec l'événement du 13 mai 2012 à notre charge ?
Possible
- 2) Depuis la sortie de la SR. _____, existe-t-il encore des séquelles objectives démontrées, en relation de causalité avec l'événement du 13 mai 2012 à notre charge, prouvant l'origine des douleurs qui continuent à être rapportées par l'assurée à son médecin-traitant ?
Pas vraiment, les fractures étant consolidées.
- 3) Si vous avez répondu aux questions 1 et 2 par la négative, l'état de santé, tel qu'il aurait été vraisemblablement sans la survenance de l'accident du 13 mai 2012, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant, a-t-il été atteint ? Si oui, à quelle date ?
Statu quo sine à la sortie de la SR. _____
- 4) Un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) est-il ouvert ? Si oui, merci d'en fixer le taux ?
Non, vu le statu quo sine. »

Le 4 février 2014, le Dr T. _____ a écrit ceci à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) :

« Madame V. _____ souffre de douleurs sternales oppressantes persistantes et des cervico lombalgies chroniques. Les différents traitements antalgiques et de physiothérapie ne permettent qu'un soulagement partiel.

La prescription d'un corset sur mesure est médicalement indiquée.

Les diagnostics retenus à ce jour sont un traumatisme cranio cérébral avec perte de connaissance, une fracture spiroïde du sternum non consolidée avec pseudarthrose, une fracture de l'apophyse transverse L2 gauche, un volet costal sur fracture des côtes thoraciques gauches et un syndrome de stress post traumatique. L'usage quotidien des cannes anglaises résulte en un syndrome du tunnel carpien bilatéral.

Malheureusement la reprise de l'activité professionnelle comme aide-soignante dans un établissement médico-social est sévèrement compromise. »

Le 5 février 2014, X. _____ a rendu une décision, selon laquelle les prestations légales étaient à sa charge jusqu'au 3 septembre 2013 inclus. Les traitements au-delà de cette date n'étaient plus en rapport avec le sinistre annoncé. L'assureur précisait renoncer, à bien

plaire, à réclamer le remboursement des prestations versées à tort pour la période courant du 4 septembre 2013 au 5 février 2014.

Le 14 février 2014, le Dr T._____ a écrit ce qui suit à Me Gilles Miauton, conseil de l'assurée :

« Madame V._____ a été victime d'un grave accident de circulation de haute énergie sur un choc frontal de deux véhicules. Les lésions sont importantes et entraînent une invalidité permanente. Les souffrances physiques malheureusement ne sont réduites que partiellement par les différentes actions thérapeutiques et perdureront tout le long de son existence. Il est raisonnable de penser que les conséquences physiques du traumatisme resteront permanentes à la fin de l'année.

Elle se déplace avec deux cannes anglaises depuis l'accident. A mon humble avis, c'est leur usage continu qui aurait éventuellement provoqué la symptomatologie du tunnel carpien bilatéral. Madame étant complètement dépendante si une main est dans l'impossibilité d'être utilisée, un séjour médicalisé devient médicalement indiqué. C'est le cas de l'intervention sur le tunnel carpien gauche. La prise en charge du séjour dans le centre de réhabilitation de l'hôpital de [...] étant refusée par l'assurance accident X._____, c'est l'option de l'EMS [...] qui est choisie. »

Le 19 février 2014, l'assureur-maladie de l'intéressée a fait opposition à titre préventif à l'encontre de la décision du 5 février 2014.

L'assurée a fait opposition par acte de son conseil du 7 mars 2014.

Le 3 avril 2014, l'assureur-maladie a retiré son opposition.

Sur interpellation du 5 mai 2014 de X._____, le Dr C._____ a considéré que, comme une scintigraphie effectuée à la clinique Z._____ semblait montrer que la fracture n'était pas encore solide, l'hospitalisation de l'assurée au S._____ du 20 août au 21 août 2012 puis à la clinique Z._____ jusqu'au 28 août 2012 était à la charge de l'assureur-accidents.

Le 12 août 2014, le Dr T._____ a établi le rapport suivant :

« Madame V. _____ souffre de douleurs sternales oppressantes persistantes ainsi que des cervico lombalgies chroniques. Elle ne peut pas rester en décubitus dorsal qui l'obligent [sic] à dormir en position assise. Elle présente une dyspnée avec bronchospasmes. Un œdème cutané de l'hypochondre gauche est extrêmement algique. Les différents traitements antalgiques et de physiothérapie ne permettent qu'un soulagement partiel.

Les diagnostics retenus à ce jour sont un traumatisme cranio cérébral avec perte de connaissance, une fracture spiroïde du sternum non consolidée avec pseudarthrose, une fracture de l'apophyse transverse L2 gauche, un volet costal sur fracture des côtes thoraciques gauches et un syndrome de stress post traumatique. L'usage quotidien des cannes anglaises résulte en un syndrome du tunnel carpien bilatéral.

Malheureusement la reprise de l'activité professionnelle comme aide-soignante dans un établissement médico-sociale n'est plus possible.

L'état antérieur n'est évidemment pas atteint et il est illusoire qu'il le soit un jour. En effet les conséquences de l'accident que sont les douleurs sternales et de la colonne vertébrale ainsi que l'état dépressif résultent en un état algique permanent et handicapant. »

Le 28 août 2014, le Dr D. _____ a complété son expertise comme suit :

« Suite à votre demande de de [sic] complément d'expertise sur dossier du 24 juin 2014, j'ai pris connaissance du dossier que vous m'avez fait parvenir concernant l'assurée susnommée que j'ai vue en expertise en date du 21 février 2013, rapport rendu le 15 mars 2013.

J'ai pris connaissance de l'intégralité du dossier et en particulier du rapport du séjour du 6 août 2013 au 3 septembre 2013 dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la SR. _____ à [...]. Il s'agit d'un rapport exhaustif, pluridisciplinaire, basé sur une observation d'un mois.

Sur le plan orthopédique, les investigations ont permis de mettre en évidence la consolidation des fractures liées à l'accident du 13 mai 2012, soit la fracture du sternum, les fractures des cotes V, VI et VII postérieures gauches, et la fracture de l'apophyse transverse L2 gauche. Les investigations ont été faites par scintigraphie osseuse et CT scanner. Ces investigations ont également mis en évidence l'absence de lésions séquellaires au niveau du bassin, et en particulier au niveau de la hanche à droite.

En conséquence, en date du 3 septembre 2013, date du retour à domicile de Madame V. _____ après son séjour à la SR. _____, sur le plan strictement ostéoarticulaire le statu quo sine peut être considéré comme acquis vis-à-vis de l'accident du 13 mai 2012. »

Par lettre du 18 septembre 2014, le conseil de l'assurée, se référant aux avis des 4 et 14 février 2014 du Dr T._____, a estimé qu'il n'était pas raisonnable de conclure que le « statu sine quo » était atteint.

Dans un avis du 29 septembre 2014, le Dr C._____ a exposé que le Dr T._____ avait oublié de mentionner que lors du séjour à la SR._____, il avait été démontré une consolidation de la fracture du sternum ainsi que des autres fractures costales et apophysaire de L2. Ceci impliquait qu'il ne restait que des troubles subjectifs douloureux mais sans substrat objectif. Il était probable que l'incapacité de travail perdure mais sans preuve de corrélation avec l'accident. Selon le Dr C._____, sur le plan de la causalité naturelle, le Dr T._____ n'apportait aucun argument et aucun diagnostic récent sur le plan accidentel.

Par décision sur opposition du 8 octobre 2014, X._____ a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a considéré que, compte tenu des pièces médicales au dossier, le *statu quo sine* était acquis au 3 septembre 2013 et que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles actuels de l'intéressée et l'accident litigieux devait en outre être niée.

B. Par acte du 10 novembre 2014, V._____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise médicale permettant d'établir le lien de causalité entre l'accident du « 15 mai 2012 » et son état de santé actuel, ainsi que le fait que son état de santé n'était pas stabilisé. Elle a notamment produit une ordonnance pénale du 4 novembre 2013, dont il résultait que la conductrice du véhicule dans lequel elle se trouvait lors de l'accident avait été condamnée notamment pour lésions corporelles graves par négligence en raison des blessures qu'elle avait subies. Il en ressortait notamment que le conducteur de la voiture heurtée avait eu de nombreuses contusions. La conductrice fautive avait souffert d'une fracture de la jambe gauche, au niveau de l'articulation du bassin, ainsi que de diverses contusions. Quant à son fils, âgé de moins de douze ans au moment des

faits, passager avant dans la voiture de sa mère et qui n'était pas installé dans un dispositif de retenue pour enfant, il avait souffert d'un hématome sur la joue et de diverses contusions.

Dans une décision du 12 novembre 2014, la juge instructrice a octroyé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 novembre 2014, en lui accordant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Gilles Miauton.

Par réponse du 9 décembre 2014, l'intimée a conclu au rejet.

Avec sa réplique du 6 janvier 2015 confirmant ses conclusions, la recourante a produit l'attestation suivante établie le 19 février 2013 par K. _____ (sic) :

« Par la présente, j'atteste que Mme V. _____ présente un Etat de Stress Post-traumatique (ESPT) des suites de l'accident de voiture dont elle a été victime en mai 2012.

Les divers symptômes de l'ESPT sont clairement en lien avec cet accident: l'événement traumatique est constamment revécu par des flashbacks et des cauchemars de l'accident. Mme V. _____ a une réactivation physiologique intense lorsque qu'elle doit utiliser un bus ou lorsqu'elle est passagère en voiture, quand elle ne peut pas éviter les transports. On observe également une restriction des émotions, un sentiment de ne pas pouvoir s'en sortir, un sommeil perturbé, tant par les douleurs que par des causes psychiques; une hypervigilance quand elle est sur le bord de la route ou dans un transport avec des réactions de sursaut. Un état dépressif s'est associé à cet ESPT.

Les séquelles physiques étant graves et encore présentes sans doute encore pour une durée longue, cela rend le traitement psychothérapeutique très difficile actuellement et le pronostic réservé. Par exemple le sternum fracturé rend impossible la pratique d'exercices de respiration pour gérer les symptômes anxieux de l'ESPT, ce qui représente la base de la gestion des symptômes dans l'ESPT. Le risque est grand que des séquelles psychiques restent présentes à long terme et limitent la patiente de façon durable. »

L'intimée a dupliqué le 16 janvier 2015, maintenant ses conclusions.

Le 8 février 2016, la recourante a encore produit :

- Une lettre du 27 juillet 2015 du Dr T. _____ à l'intention du Service de radiologie du S. _____ ainsi libellée (sic) :

« Je vous remercie de convoquer Madame V. _____ et de pouvoir procéder à un CT Scan thoracique sous sédation.

Le Ct Scan thoracique avec fenêtres osseuses ainsi qu'un CT SCAN de la colonne cervicale, dorsale et lombaire.

Elle souffre de douleurs thoraciques antérieures, cervico dorsales et lombaires suites à son traumatisme. Elle décrit une sensation de collection rétro sternale qui l'entrave dans sa respiration. Elle est dans l'impossibilité de se coucher sur le dos impossibilisant toute imagerie.

L'anamnèse de douleurs thoraciques avec dyspnée est présente depuis l'accident de 2012 et est imputé à des séquelles de la fracture du sternum.

Une polygraphie nocturne exclut un syndrome d'apnées du sommeil.

Elle souffre de douleurs sternales oppressantes persistantes et des cervico lombalgies chroniques. Les différents traitements antalgiques et de physiothérapie ne permettent qu'un soulagement partiel.

Les diagnostics retenus à ce jour sont un traumatisme crânio cérébral avec perte de connaissance, une fracture spiroïde du sternum non consolidée avec pseudarthrose, une fracture de l'apophyse transverse L2 gauche, un volet costal sur fracture des côtes thoraciques gauches et un syndrome de stress post traumatique. L'usage quotidien des cannes anglaises résulte en un syndrome du tunnel carpien bilatéral. »

- Une lettre de sortie du 28 septembre 2015, par laquelle le Prof. GZ. _____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétique au Service de médecine interne du S. _____, a indiqué ce qui suit :

« La patiente susnommée a séjourné dans notre Service de médecine interne du 31.08.2015 au 07.09.2015, date de son retour à domicile.

Motif de recours

Surveillance post-CT en anesthésie générale

Diagnostic principal

- **Trouble somatoforme persistant avec :**
 - **Syndrome douloureux sternal et costal sur accident de la voie publique (AVP) en mai 2012 avec :**

- **Pseudarthrose et cimentoplastie du sternum sur fracture**
- **Fractures des côtes V, VI et VII arcs postérieurs à gauche**
- **Fracture de l'apophyse transverse gauche de L2**
- **Rachialgies diffuses, chroniques, non spécifiques persistantes avec :**
 - **Troubles statiques et manométriquement dégénératifs lombaires modérés (L4-L5)**
 - **Coccygectomie non précisée, en 1994**
- **Probable syndrome de dépendance active aux opiacés**
- **Actuellement : déficit sensitivo-moteur au membre inférieur gauche d'origine psychogène**

Comorbidités passives et antécédents

- **Syndrome de stress post traumatique**
- **Suspicion d'un trouble de la personnalité schizotypique**

- **Syndrome métabolique avec:**
 - **Hypertension artérielle essentielle traitée**
 - **Hypercholestérolémie non traitée**
 - **Diabète de type II non insulino-requérant**
 - **Obésité**
- **Cure tunnel carpien gauche, en 2013 »**

Le 1^{er} mars 2016, l'intimée a produit un rapport du 29 février 2016, au sein duquel le Dr C. _____ a estimé ce qui suit :

« Les 2 documents du 27.7.2015 et 28.9.2015 n'apporte [sic] aucun fait nouveau traumatique.
Le Dr T. _____ ne fait que reprendre les DD [diagnostics différentiels] anciens sans parler de l'état actuel, alors qu'on sait que la pseudarthrose est consolidée.
Quant au S. _____, s'il reprend ces diagnostics, il ne se prononce pas dessus actuellement vu les nombreuses autres pathologies médicales associées. »

Les parties se sont encore déterminées par la suite, confirmant à chaque fois leur position respective.

Le 1^{er} juillet 2019, Me Miauton a produit la liste de ses opérations.

C. Dans le cadre de la procédure de recours et sur demande de la juge instructrice, l'OAI a transmis son dossier concernant la recourante, duquel il résulte notamment les documents suivants :

- Un rapport du 7 octobre 1999 de la Dresse WM.____ et des Drs BL.____ et SN.____, tous spécialistes en radiologie au Centre RD.____, ensuite d'une radiographie de la colonne lombaire et de la hanche gauche le même jour en raison de lombosciatalgies et péri-arthrite gauche, qui n'a révélé aucune anomalie si ce n'est la présence de discrets troubles statiques sous forme d'une attitude scoliotique à convexité droite de la colonne lombaire.

- Un rapport du 22 février 2000 du Dr TK.____ du Centre RD.____, ensuite d'une scintigraphie osseuse du même jour en raison de douleurs osseuses diffuses depuis janvier 1999.

- Un rapport du 27 décembre 2000 du Dr I.____ du Centre LT.____ ensuite d'une échographie abdominale complète et lavement baryté double contraste en raison d'un bilan de douleurs abdominales, surtout à l'hypochondre droit.

- Un rapport du 18 janvier 2005 du Dr SH.____, spécialiste en radiologie à l'A.____SA, ensuite d'un examen du même jour pratiqué en raison de contractures paracervicales, douleurs des poignets et dysesthésiques nocturnes.

- Un rapport du 12 avril 2005, par lequel le Dr M.____ a conclu à ce qui suit :

« Cette patiente présente des douleurs aux deux membres supérieurs, assez mal systématisées, diffuses, sans nette acroparesthésie associée, mais avec une recrudescence nocturne éventuellement compatible avec un syndrome du tunnel carpien. Au status, il n'y a pas d'anomalie significative. En particulier, il n'y a pas de syndrome cervical, d'élément en faveur d'un syndrome radiculaire aux membres supérieurs, ni de signe clinique en faveur d'une neuropathie canalaire type tunnel carpien ou cubitale au coude. Comme tu peux le constater, l'examen ENG [électronystagmographie] est rigoureusement normal, et ceci ddc [des deux côtés]. Cet examen permet ainsi d'exclure formellement un syndrome du tunnel carpien, une neuropathie cubitale au coude, un TOS [syndrome du défilé thoraco-brachial]. Il n'y a donc pas de pathologie neurologique périphérique sous-jacente qui explique la

symptomatologie douloureuse de cette patiente, qui me semble atypique, et à caractère fibromyalgique. »

- Un rapport du 21 octobre 2005 du Dr HN._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à l'Unité Rachis du Service de Rhumatologie, Médecine physique et Réhabilitation du S._____, dont la conclusion était la suivante :

« Madame V._____ présente un syndrome douloureux, dans un contexte de déconditionnement physique marqué. En cours de status, elle m'a précisé sur question dirigée qu'avant la chute provoquée par le conflit, elle pratiquait régulièrement du sport à un niveau relativement élevé, puisqu'elle pouvait courir 2 à 3x/semaine l'année durant 20 km en 1 h - 1 h 30. C'est à partir de cette période qu'elle a pris du poids. On peut donc émettre l'hypothèse que le sevrage du sport, ayant conduit à une prise pondérale et à un déconditionnement, s'est vu aggravé par les mauvais traitements subis dans les années qui ont suivi, ainsi que par les conséquences psychologiques de ces traitements, sous forme d'un syndrome de troubles de l'adaptation post-traumatique. Dans ce contexte, il est assez logique de constater les déficiences musculaires observables au status clinique. Ceci justifierait une prise en charge de rééducation active, qui, à mon avis et dans la situation actuelle est rendue extrêmement difficile par la surcharge pondérale. Dès lors, il conviendrait de faire un bilan concernant la possibilité de faire perdre du poids à notre patiente, ce qui lui permettrait parallèlement de pouvoir reprendre une certaine activité physique et par conséquent également d'améliorer son syndrome douloureux. Le tableau se complète de 11 points douloureux de fibromyalgie sur 18, ce qui met ce diagnostic à la limite de la vraisemblance.

En pratique, je vous propose de revoir avec Madame V._____ la possibilité d'une prise en charge par une consultation spécialisée de l'obésité, avec la mise en route progressive d'une activité en endurance, seule condition qui lui permettrait de récupérer suffisamment de mobilité pour être accessible à un traitement de rééducation légers.

On peut aussi imaginer de mettre les deux traitements en parallèle, auquel cas je vous proposerai de lui prescrire comme vous l'avez déjà fait une kinésithérapie au long cours, mais à raison d'au moins 3 séances par semaine, en précisant sur l'ordonnance « cas complexe et position tarifaire 7311 » ce qui permet au kinésithérapeute de prendre en charge notre patiente pendant $\frac{3}{4}$ d'heure et non pas 30 minutes.

Sur le plan de la prise en charge intensive, je ne pense pas que Madame V._____ soit capable de le faire actuellement selon les schémas habituels de l'Unité Rachis. Néanmoins, cette option peut se rediscuter en fonction de l'évolution ultérieure. »

- Un rapport du 19 mars 2007 du Dr VF._____, spécialiste en radiologie au Centre LT._____, ensuite d'un scanner abdominal en raison de la persistance de douleurs d'étiologie peu claire abdominales supérieures et plus dans l'hypochondre droit.

- Un rapport du 24 juin 2009, par lequel le Dr JS._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a considéré ce qui suit :

« **Motif(s) de la consultation :** - Dyspnée
- DRS [douleurs rétrosternales]
atypiques

Diagnostic(s) : Principal - Dyspnée d'origine indéterminée, pas d'élément pour une participation cardiaque prédominante :
- échocardiographique dans la norme
- effet de l'HTA non exclu
- conséquence de l'obésité probable

- DRS atypiques d'origine indéterminée->ad IRM de stress (ergométrie standard impossible)

Secondaire - Facteurs de risque cardiovasculaire :
- HTA
- excès pondéral important (BMI [indice de masse corporelle] 36.6 kg/m2)

- Probable fibromyalgic (cf. investigations NLG et RMR en 05)
- S/p op bassin/coccyx en 94 suite à traumatisme

Cher Ami,

Je te remercie de m'avoir adressé ta patiente susnommée que j'ai vue à ma consultation le 24 juin 2009 et pour laquelle j'ai le plaisir de t'adresser le présent rapport.

Histoire clinique :

Il s'agit d'une patiente de [...] ans sans antécédent cardiaque mais avec comme FRCV [facteurs de risque cardio-vasculaire] HTA et obésité qui est essentiellement connue pour des douleurs mal systématisées, prédominant au MSG [membre supérieur gauche], attribuées à une possible fibromyalgie (cf. investigation RMR et NLG

en 05). Madame V._____ se plaint de l'apparition, suite à un épisode de bronchite, d'une dyspnée modérée ainsi que des DRS nouvelles (atypiques, non liées à l'effort et prolongées); il n'y a pas d'autre élément suspect de cardiopathie.

A noter une brève hospitalisation le 15.03.09 suite à une crise HTA (céphalées avec TA [tension artérielle] 190/110 mmHg) motivant l'introduction d'un antiHTA (felodipine puis cilazapril). »

- Une demande de prestations déposée le 3 octobre septembre 2012 auprès de l'OAI.
- Un rapport du 6 novembre 2012 du Dr T._____, selon lequel le pronostic était défavorable et une reprise de l'activité professionnelle difficilement envisageable.
- Un rapport du 15 juillet 2013 de la Dresse SP._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé comme diagnostic un état de stress post-traumatique, ainsi qu'un épisode dépressif léger, et qui a évoqué une suspicion d'un syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis au moins mai 2013.
- Un rapport du 5 novembre 2013 du Dr T._____, dont la teneur était notamment la suivante :

« Madame V._____ souffre de douleurs sternales oppressantes persistantes et des cervico lombalgies. Elle est dans l'impossibilité de se coucher sur le dos et sur les côtés en raison d'oppressions sternales. Une cimentoplastie de la fracture sternale ne permet qu'un soulagement partiel des douleurs antérieures et la prescription de dérivés morphiniques à hautes doses a un effet antalgique limité.

L'usage d'un lit conventionnel est impossible. Elle est obligée d'utiliser un fauteuil pour passer les nuits. Un lit électrique est médicalement indiqué.

Cette condition algique ne permet pas de réaliser des compléments d'investigations au niveau de la colonne cervicale et de la colonne lombaire, retardant des compléments diagnostics.

Les diagnostics retenus à ce jour sont un traumatisme crânio cérébral avec perte de connaissance, une fracture spiroïde du sternum non consolidée avec pseudarthrose, une fracture de l'apophyse transverse L2 gauche, un volet costal sur fracture des côtes thoraciques gauches et un syndrome de stress post

traumatique. L'usage quotidien des cannes anglaises résulte en un syndrome du tunnel carpien bilatéral.

Malheureusement la reprise de l'activité professionnelle comme aide-soignante dans un établissement médico-social est sévèrement compromise. »

- Une demande d'allocation pour impotent déposée par la recourante le 25 avril 2014 auprès de l'OAI.
- Un rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre DH. _____ (ci-après : DH. _____) du 3 mars 2015, par lequel les Drs XF. _____, spécialiste en médecine interne générale, VK. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et TN. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont considéré ce qui suit (sic) :

« [...]

ANALYSE DU DOSSIER

[...]

Rapport de scanner thoracique du 28.08.2013 ([destiné au] Dr ML. _____) : pas de pseudarthrose sternale ni de fracture costale visible.

Madame V. _____ a été hospitalisée à la Clinique SR. _____ du 06.08 au 03.09.2013 pour thérapie physique et fonctionnelle pour douleurs thoraciques antérieures, lombalgies à prédominance gauche, douleurs de hanche droite. Examen d'entrée : 1 m 62, 96 kg, TA : 175/105 mmHg au bras gauche, 166/100 mmHg au bras droit, difficultés à l'habillage, changement de posture et retournement sur le lit impossibles, douleurs vives à la palpation sternale et au niveau de tout l'hémithorax gauche, impossibilité de se mettre en décubitus dorsal, ne peut se tenir debout sans les cannes, douleurs à la palpation de la région péri-trochantérienne et du pli de l'aîne. Des rapports de consultation de centre du traitement de la douleur, de consilium psychiatrique, de rapports de physiothérapie et d'ergothérapie sont annexés, mettant en évidence un probable surdosage des morphiniques, un état de stress post-traumatique associés à de probables facteurs culturels surajoutés qui compliquent la prise en charge. Le traitement associé consiste en psychothérapie, physiothérapie, ergothérapie, avec une autonomisation pour les actes ordinaires de la vie quotidienne. Il est cependant noté l'absence d'amélioration signification objective sur le bilan de sortie, la situation médicale est stabilisée, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, ainsi que dans une activité adaptée. Traitement de sortie : Citalopram 20 mg :

1 par jour, Conversum N 5 mg : 1 par jour, Metformine 500 mg : 1 par jour, Neurodol Tissugel : 1 par jour ; Oedemex 40 mg : 2 par jour, Pantozol 40 mg : 1 par jour, Transtex patch : 1 tous les quatre jours, physiothérapie

Dans un courrier du 05.02.2014, X._____ informe Madame V._____ de l'interruption des prestations à la date du 03.09.2013.

Rapport médical du Dr T._____ à X._____ du 11.11.2013 : intervention chirurgicale sur le tunnel carpien bilatéral le 23 11 2013 justifiant un séjour à l'EMS [...].

Rapport médical du Dr T._____ à l'OAI du 07.04.2013 pour demande d'allocation pour impotents.

DONNÉES SUBJECTIVES

[...]

EXAMENS ET DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

MONITORING MEDICAMENTEUX du 20.11.2014

Non compliance au Seropram, Neurontin et Oxycontin.

Cf. annexe

ÉTUDE DU DOSSIER RADIOLOGIQUE

Les investigations réalisées avant 2012 ne sont pas disponibles
Celles réalisées à la SR._____ non plus.

21.02.2013, genoux face

La structure osseuse est sans particularité. À droite les interlignes articulaires sont réguliers, il n'y a pas de pincement articulaire. À gauche il n'y a pas d'anomalie des interlignes mais un début d'ostéophytose du condyle interne et des épines.

05.12.2013, Scanner thoracique

En situation pré-sternale, on remarque une opacité dense créant quelques artéfacts dans sa périphérie.

05.12.2013: sur le scanner de profil on remarque en fenêtre osseuse que du ciment radio-opaque a été introduit à l'intérieur du sternum. Au niveau de la colonne dorsale visible il n'y a pas de modification. Le ciment en question est également visible en position pré-sternale. Il y a ensuite différents clichés du thorax de face.

20.08.2012 : Scanner corps entier

Présence d'une fracture du sternum ainsi que d'une possible fracture de la transverse g de L2.

14.05.2012 : Scanner corps entier

On retrouve la fracture du sternum ainsi que celle de la transverse g de L2.

Absence de lésion au niveau cervical. La présence d'une pathologie coccygienne n'est pas évidente

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale :

Madame V. _____ est une assurée [...] de [...] ans, célibataire, sans enfants, mais qui en soutenait financièrement plusieurs dans son pays avant son accident) Elle a été institutrice dans son pays et a en Suisse une formation d'aide-infirmière à la [...], elle était en train de terminer la formation d'assistante en soins et santé communautaire à l'époque de l'accident.

Elle présente un syndrome douloureux diffus nécessitant déjà en 2002, la réalisation d'une scintigraphie osseuse. Elle est également connue de longue date pour pyrosis, dyspepsie, douleurs abdominales, dont l'origine est probablement d'ordre fonctionnel.

En 2005, elle est examinée par le Dr M. _____, neurologue en raison de douleurs des deux membres supérieurs. L'examen neurologique et électro-neurographique revient normal L'examen rhumatologique en 2005 conclut à des rachialgies diffuses chroniques non spécifiques, avec 11/18 points de fibromyalgie.

Elle est également connue pour une obésité, une hypertension artérielle est traitée depuis 2009 environ, et un diabète de type 2 traité par Metfin 500 1 comprimé par jour. Il n'est pas relaté de complications liées au diabète, tant ophtalmiques que rénales. Les examens cardiologiques effectués en 2012 ainsi qu'en 2009 sont dans la norme.

Madame V. _____ fait remonter l'ensemble de ses ennuis de santé actuels à un accident survenu le 13.05.2012 Elle déclare avoir été auparavant en bonne santé et avoir pu travailler sans problèmes. A relever que ceci est étonnant au vu des pièces du dossier dans lesquelles des symptômes existent au niveau de l'appareil locomoteur depuis 1999.

Après l'accident, elle a été hospitalisée au S. _____. On y a constaté essentiellement une fracture du sternum et des côtes à gauche, ainsi qu'une fracture du processus transverse gauche de L2. En plus de ces lésions documentées dans le dossier, Madame V. _____ décrit une atteinte des deux genoux et de la hanche droite ainsi qu'un coup du lapin.

L'évolution s'est faite avec une persistance de la symptomatologie douloureuse thoracique En outre, des difficultés de la marche se sont déclarées.

Lors d'un séjour à la Clinique SR. _____ en août 2013, une explication à l'intensité de la symptomatologie de l'appareil

locomoteur n'a pas été trouvée. Il existe une notion de gonarthrose débutante à gauche.

Plus tard, en 2013, une cure d'un syndrome du tunnel carpien gauche a été effectuée.

Elle n'a aucun antécédent psychiatrique personnel avant l'accident. D'après ses dires, elle consulte sa psychiatre de *temps en temps*, le dernier rendez-vous ayant été il y a environ un mois Elle dit prendre chaque jour son traitement de Citalopram 20 mg par jour.

Nous avons un rapport médical pour l'AI daté du 15.07.2013, du Dr SP. _____ dont il n'est pas spécifié la spécialisation, mais qui est présenté par l'expertisée comme sa psychiatre. Le diagnostic que pose ce médecin est un état de stress post-traumatique depuis l'accident, un épisode dépressif léger au moins depuis mai 2013 et une suspicion de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis également mai 2013. Le suivi a débuté le 13.03.2013. Nous apprenons que l'expertisée a été suivie par un psychologue à [...], Monsieur K. _____. Dans l'anamnèse, il est noté qu'elle a perdu ses parents et des proches durant la guerre au [...] et qu'elle aurait même subi des violences lors de ces événements. Depuis l'accident, elle se plaint de multiples douleurs. L'examen psychiatrique décrit qu'elle peut se montrer triste, qu'elle a parfois des larmes aux yeux, qu'elle a des cauchemars réguliers, qu'elle évite au maximum de rentrer dans une voiture, que lorsqu'elle y rentre, elle ferme les yeux à chaque fois qu'elle voit des voitures qui viennent en sens inverse, elle se plaint de troubles de la concentration et de l'attention, ainsi que des difficultés au niveau de la mémoire, elle décrit une tristesse, asthénie et anhédonie, des troubles du sommeil et de l'appétit, elle est plutôt pessimiste et inquiète pour son avenir. La fréquence du suivi est bimensuelle Un traitement de Citalopram 20 mg par jour a été instauré dès le 26.06.2013, son médecin estime que l'expertisée a une capacité de travail de 50 % depuis le 13.03.2013, en raison de quelques troubles attentionnels et de la concentration, d'une fatigabilité psychique. Les conclusions de la psychiatre sont que les douleurs et les problèmes physiques sont au premier plan et entraînent une symptomatologie dépressive.

Comme facteurs de stress, hormis son accident de la circulation et ses séquelles physiques, nous retenons le fait qu'elle a subi la guerre dans son directement et indirectement ; a son arrivée en Suisse elle a dû renoncer à son métier d'institutrice et se réorienter professionnellement ; 6 mois après son accident elle a vécu une rupture sentimentale.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, il est fait état de nombreuses plaintes d'allure fonctionnelle tant pulmonaire que digestive Il existe également des symptômes à type d'acouphène, d'hypoacousie, vertiges, troubles de l'équilibre, sans substrat évident. Dans un contexte de syndrome métabolique avec obésité (BMI : 36,2 kg/m²), elle présente un diabète de type 2 sans complication, sans argument en faveur d'une polyneuropathie Une hypertension artérielle est constatée à 190/100 mmHg, sans signe d'insuffisance cardiaque.

L'examen clinique est parasité par des incohérences, des pseudo-lâchages, des contre-pulsions. Toutefois, les petites et moyennes articulations ne présentent aucune déformation ou tuméfaction. Il n'y a pas de ténosynovite. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une maladie rhumatologique évolutive. Elle se plaint de paresthésies invalidantes dans les deux mains, non améliorées par une cure de tunnel carpien gauche en novembre 2013.

La situation reste donc difficile chez cette patiente présentant un syndrome douloureux chronique. Le syndrome métabolique avec obésité, hypertension et diabète ne détermine toutefois aucune limitation fonctionnelle.

Sur le plan orthopédique, nous voyons Madame V. _____ deux ans et six mois après un accident de la circulation ayant provoqué une fracture du sternum, des fractures multiples des côtes à gauche, une fracture transverse de L2. Elle ne décrit pas de pathologie de l'appareil locomoteur préalable à l'accident et nous n'avons pas eu accès aux investigations réalisées avant celui-ci.

Ce jour, Madame V. _____ a une mobilité extrêmement réduite, elle ne peut pas se placer en décubitus dorsal, ce qui relativise les possibilités d'examen clinique de l'appareil locomoteur. D'une manière générale, la situation est tout à fait semblable à celle qui existait à la sortie de la Clinique SR. _____.

Les lésions constatées au niveau de l'appareil locomoteur au moment de l'accident n'étaient pas de gravité importante. La fracture du sternum a été traitée par cimentoplastie par le Prof. F. _____, radiologue, le 17.12.2012. Nous avons fait une recherche bibliographique, notamment dans PubMed, mais n'avons trouvé aucune documentation sur ce type d'intervention au niveau du sternum.

A ce propos, nous notons que le Dr D. _____ a écrit dans les conclusions de son expertise qu'il *reste perplexe quant à la cimentoplastie sternale. En effet, il ne s'agit pas du tout d'un traitement reconnu, aucune série n'est publiée dans la littérature. Par ailleurs, sur le plan biomécanique, au vu des contraintes par distraction, torsion, je doute que le ciment soit d'une quelconque utilité, si ce n'est un facteur irritatif. J'ai également pris contact téléphonique avec le Dr. H. _____, chirurgien cardiaque FMH à [...], pratiquant depuis vingt-cinq ans, qui m'a déclaré n'avoir strictement aucune connaissance ou expérience dans la cimentoplastie des fractures sternales, et que le seul traitement était chirurgical par ostéosynthèse, d'autant plus s'il s'agit d'une fracture oblique sur laquelle les contraintes sont très importantes.*

L'expert mentionne aussi avoir refait la littérature médicale internationale et n'avoir rien trouvé concernant le traitement des fractures du sternum par ciment acrylique. Il écrit encore avoir *personnellement questionné le Pr F. _____, concernant les éventuelles études qu'il aurait faites ou en sa connaissance, il m'a également dit qu'il n'en connaissait aucune. Il s'agit donc clairement d'une thérapeutique expérimentale, et l'on peut se poser la question s'il appartient à l'assureur LAA de prendre en charge ce type de traitement.*

En conclusion, il n'est pas possible de se prononcer sur une technique et ses conséquences éventuelles qui nous sont inconnues. Cette situation devrait être revue par un chirurgien cardiaque, comme le propose le Dr D._____. Il peut être admis, comme le mentionne ce confrère, que le cas n'est pas stabilisé, et au vu des plaintes douloureuses thoraciques et plus particulièrement sternales, une activité utilisant les bras n'est pas possible actuellement.

Sur le plan psychique, Madame V._____ se plaint d'une symptomatologie surtout dépressive, anxieuse moins claire et d'état de stress post-traumatique, soit :

- Humeur dépressive permanente d'intensité plus que maximale, proportionnelle aux douleurs et aux conséquences de l'accident, inappétence mais prise de poids (attribuée aux effets secondaires des médicaments), troubles du sommeil directement liés aux douleurs chroniques, fatigue permanente et d'intensité plus que maximale attribuée aux troubles du sommeil et aux effets secondaires sédatifs des médicaments, en raison des conséquences physiques de l'accident perte de confiance et d'estime d'elle-même, elle n'arrive plus à réfléchir, elle oublie des choses et elle a perdu sa concentration, ce qu'elle attribue aux effets sédatifs des stupéfiants et à son état physique, se sent très inquiète et pessimiste pour son avenir.
- Crises de panique fréquentes qu'elle n'arrive pas à préciser d'avantage.
- Elle n'a pas vu arriver la voiture en face et a perdu connaissance ; souvenirs répétitifs et des cauchemars chaque nuit, flashbacks réguliers, sentiment de détresse lorsqu'elle doit raconter l'accident se sent mal lorsqu'elle est confrontée à une émission de télévision ou une discussion sur le thème des accidents ; elle prend régulièrement la voiture comme passagère (n'a pas le permis de conduire) n'ose pas regarder devant elle, elle préfère regarder de côté et ressent une forte angoisse, qui est soulagée uniquement lorsqu'elle peut enfin sortir de la voiture ; sommeil interrompu par les cauchemars ; hypervigilance lorsqu'elle est en voiture, et des réactions de sursaut lorsqu'elle entend des bruits forts et des accélérations.

L'appréciation de la personnalité ne relève pas dans l'anamnèse des traits de personnalité pathologique. L'examen psychiatrique montre une femme démonstrative, plutôt méfiante et réticente, en colère et révoltée, se sentant humilié et maltraitée par le système. Elle a une très bonne estime d'elle-même qui semble avoir été mise à mal depuis l'accident et les séquelles physiques qui en découlent. Sa psychiatre traitante n'évoque aucun diagnostic de trouble de personnalité.

La description des activités quotidiennes nous apprend qu'elle est dépendante pour sa toilette, pour les tâches ménagères et administratives, regarde la télévision, écoute de la musique et la radio, sans préciser la durée journalière de ces activités, elle fait de courtes promenades. Par contre, l'expertisée n'est pas repliée.

L'examen psychiatrique montre une femme obèse, fatiguée, se déplaçant lentement avec une canne, installée un coussin contre le dossier de la chaise, s'asseyant et se levant de la chaise avec beaucoup de précautions, par contre pouvant rester assise sans changer de position durant toute la durée de l'entretien. Elle exprime de manière démonstrative sa souffrance psychique, l'intensité de sa symptomatologie est estimée à chaque fois comme dépassant les 10/10

Lors des examens physiques effectués par les experts interniste et orthopédiste elle se montre également démonstrative.

Elle parle lentement, sur un ton parfois légèrement irrité, plutôt méfiante envers l'expert, elle prend soin d'expliquer dans le détail, afin d'être bien comprise par l'expert. Elle se montre réticente à donner des précisions sur ses plaintes, des événements passés ou encore les effets de l'antidépresseur. Elle semble rester sur ses gardes, méfiante envers l'expert de qui elle craint ne pas être comprise dans sa souffrance. Elle n'est pas ralentie mentalement. Il est noté des imprécisions dans la datation des événements passés, mais dans l'ensemble il n'est constaté aucun trouble cognitif patent, notamment pas de trouble de l'attention. La pensée est fixée sur un sentiment de révolte et une colère contre les assurances et les médecins à qui elle a eu à faire, elle se présente comme une victime, se sent humiliée et maltraitée L'humeur est dépressive, elle paraît triste, essuie régulièrement des larmes et se montre plutôt pessimiste concernant son avenir Elle se montre parfois irritée par certaines questions de l'expert, comme si le fait qu'il les pose montrait qu'il ne comprend pas sa souffrance.

Le dosage plasmatique du Citalopram de la Gabapentine et de l'Oxycodone montre des taux très faibles, argument pour une probable mauvaise observance thérapeutique. Il n'y a pas d'autre explication médicale pouvant expliquer des taux aussi bas, l'expertisée ne fume pas et il n'existe pas d'interactions entre les médicaments qu'elle dit prendre qui puissent baisser de la sorte les concentrations plasmatiques

En conclusion, autour des plaintes, il existe une symptomatologie dépressive (qui ne mérite pas un diagnostic séparé et est réactionnelle aux plaintes physiques) et surtout une attitude de révolte et de revendication, envers les assurances notamment. On pourrait dire que l'expertisée est autant démonstrative dans l'expression de sa souffrance physique que pour celle psychique Le suivi psychiatrique reste léger, au maximum deux séances par mois, et visiblement l'expertisée ne prend pas son traitement tant antidépresseur qu'antalgique, alors même qu'elle dit subir les effets sédatifs de ces molécules.

L'accident a visiblement déstabilisé la vie de cette expertisée qui n'a pas pu terminer sa formation d'aide-soignante et qui s'est séparé de son compagnon de vie, d'après ses dires en raison du handicap provoqué par l'accident.

Ses souffrances ont pour effet de mobiliser son entourage qui se montre très soutenant et prend en charge le ménage, les tâches

ménagères et les déplacements. L'expertisée n'est pas repliée socialement.

Il existe une symptomatologie de stress post-traumatique, certes source de souffrance, mais que l'on pourrait qualifier de légère, car cela n'aboutit pas à un évitement, l'expertisée continuant à se faire véhiculer en voiture. De toute façon, dans son cas, le trouble de stress post-traumatique n'est pas en soit incapacitant.

La symptomatologie peu claire de crises de panique semble également liée aux plaintes somatiques. De même nous n'avons pas suffisamment d'éléments à disposition pour avancer un diagnostic de trouble de personnalité.

Il y a certainement chez cette expertisée des aspects culturels dans la manière d'exprimer les souffrances, mais contrairement au psychiatre traitant, nous ne retenons pas de trouble somatoforme, car une large part des plaintes somatiques se base sur une réalité, comme le mentionne les chirurgiens orthopédiques, qui rapportent que *le cas n'est pas stabilisé, et au vu des plaintes douloureuses thoraciques et plus particulièrement sternales, une activité utilisant les bras n'est pas possible actuellement*. On retiendra par contre un diagnostic d'état de stress post-traumatique résiduel qui n'est pas incapacitant.

La capacité de travail est complète en temps et rendement.

RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITE DE VAUD

A Questions cliniques

1. Anamnèse

Anamnèse professionnelle et sociale

Évolution de la maladie et résultats des thérapies

Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Cf. ci-dessus.

2. Plaintes et données subjectives de l'assurée(e)

Cf. ci-dessus.

3. Status clinique

Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)

Résultats des tests avec la méthode utilisée

Cf. ci-dessus.

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD[International Classification of Diseases]-10)

*4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

- Fracture de sternum avec douleurs résiduelles après cimentoplastie.

*4 2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

- Gonarthrose débutante à gauche (?)
- Traumatisme le 13.05.2012 avec
 - o Fracture du sternum (incapacitant)
 - o Fracture des côtes V, VI, et VII postérieures à gauche.
 - o Fracture apophyse transverse gauche de L2
- Syndrome métabolique avec
 - o Obésité, avec BMI à 36 2 kg/m²,
 - o Hypertension artérielle, dès 2009,
 - o Diabète de type 2 non insulino-requérant dès 2011.
- Dyspepsie fonctionnelle,
- Colopathie fonctionnelle,
- Asthme bronchique vraisemblablement atopique
- État de stress post-traumatique (F43 1) résiduel.

5. *Appréciation du cas et pronostic*

Cf. ci-dessus.

B. *Influences sur la capacité de travail*

1. *Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés*

Sur le plan physique

Aucun, hormis les problèmes de sternum qui reste douloureux.
Une activité utilisant les bras n'est pas possible actuellement.

Sur le plan psychique et mental

Aucune.

Sur le plan social

Aucune.

2. *Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

Comme mentionné dans la discussion, il n'est pas possible de se prononcer sur une technique et ses conséquences éventuelles qui nous sont inconnues

Sans influence pour les autres disciplines pour lesquelles la capacité de travail est préservée.

[...]

3. *En raison de ses troubles psychiques, l'assurée(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?*

Oui.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- 1. la possibilité de s'habituer à un rythme de travail*
 - 2. l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social*
 - 3. la mobilisation des ressources existantes*
- Si non, pour quelles raisons ?*

Oui, dès que la situation sera stabilisée.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non, la situation n'est pas stabilisée.

2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Actuellement non, la situation n'est pas stabilisée.

[...] »

- Un projet de décision du 19 mars 2015, par lequel l'OAI a informé la recourante de son intention de lui refuser momentanément l'octroi d'une allocation pour impotent, en considérant ce qui suit :

« Selon le rapport d'expertise médical pluridisciplinaire du Centre DH._____ du 3 mars 2015, vous subissez des limitations physiques qui doivent être mises en relation avec la fracture du sternum subie lors de votre accident du 13 mai 2012, respectivement du traitement qui lui a fait suite. Le DH._____ ne conclut pas à l'existence de limitations qui auraient une autre origine.

Dès lors, nous ne pouvons en l'état que considérer comme hautement vraisemblable qu'une éventuelle impotence ne pourrait qu'être mise en relation avec l'accident précité, évènement pris en charge par un assureur LAA. Dans ces conditions, le versement d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité n'est pas indiquée (ATF 9C_281/2014 du 11er juillet 2014, consid. 5).

Les conditions d'octroi éventuel d'une allocation pour impotent AI seront toutefois réexaminées au moment où sera portée à notre connaissance l'issue du litige qui vous oppose actuellement à votre

assureur LAA (cause actuellement pendante devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. »

- Une décision du 18 mai 2015 de l'OAI, confirmant son projet du 19 mars 2015.
- Un projet de décision du 23 juin 2015, par lequel l'OAI a informé la recourante de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2013, retenant un degré d'invalidité de 100 % compte tenu d'un revenu sans invalidité de 41'724 fr.80 et d'un revenu avec invalidité nul, aux motifs suivants :

« Depuis le 13 mai 2012 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité d'aide-infirmière. Sans atteinte à la santé, vous travailleriez à un taux de 80%.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoquée le 20 novembre 2014 et le 5 décembre 2014 en vue d'une expertise médicale pluridisciplinaire du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, soit le 13 mai 2013, votre incapacité de travail et de gain est entière dans toute activité. A partir du 3 septembre 2013, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans toute activité n'utilisant pas les bras. Or, il n'existe pas de pareille activité sur le marché libre de l'économie.

Sans atteinte à la santé, comme assistante en soins et santé communautaire (métier dont vous aviez entrepris la formation), vous auriez pu prétendre à un revenu annuel de CHF 41'724.80 pour un taux de 80%. »

- Des décisions des 18 septembre et 14 décembre 2015 de l'OAI, confirmant son projet du 23 juin 2015.
- Un rapport du 28 septembre 2015, par lequel le Dr HX._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le diagnostic de polytraumatismes

graves suite à l'accident du 13 mai 2012 consistant en des fractures des apophyses postérieures L2-L3, une lésion de C3-C4 et des fractures du sternum et des côtes V, VI et VII des arcs postérieurs à gauche. Il a en outre estimé ce qui suit :

« fractures des côtes V VI VII à gauche, fracture de l'apophyse transverse gauche L2, fracture du sternum qui reste toujours non consolidée. La patiente souffre actuellement de l'épaule gauche de lombosciatalgie gauche. Sternum très douloureux à la palpation. Elle souffre également de l'épaule droite. Elle souffre de sciatgie. Elle est soulagée par une quantité énorme d'opiacés. »

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-accidents (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, 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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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 droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 3 septembre 2013 pour les suites de son accident du 13 mai 2012.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b/aa) 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. 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 précité consid. 3.1).]

bb/i) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

ii) En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).]

iii) Il en va différemment lorsqu'il convient de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence ayant dégagé des critères objectifs pour juger d'un tel lien (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

Dans ce cas de figure, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non

pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont 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 définis par la jurisprudence 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_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept susmentionnés ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident. En revanche, en présence d'un accident apparaissant comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, un seul des sept critères peut être suffisant. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées ; 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

Le Tribunal fédéral a régulièrement qualifié des collisions frontales comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (TF 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.1 avec les références citées). Il a considéré comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (TFA U 88/98 du 7 juin 1999 ; cf. la jurisprudence genevoise ATAS/152/2006 du 16 février 2006). En revanche, une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, à la limite du cas bénin (TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5, *in RAMA* 2005 n° U 549 p. 236 ; TF 8C_633/2007 du 7 mai 2008 consid. 6.2 *in fine* et 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1).

On peut encore préciser que selon le Tribunal fédéral, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule

et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (TF 8C_182/2009 du 8 décembre 2009). Ont été qualifiés d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, une perte de maîtrise sur l'autoroute à la suite de l'éclatement d'un pneu alors que le véhicule roule à 95 km/h et qu'il y a immobilisation sur le toit (TFA U 161/01 du 25 février 2003), une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), ainsi qu'une collision frontale entre deux véhicules à laquelle a succédé un choc avec une troisième voiture, accident au cours duquel l'assuré a subi diverses blessures, dont la mère a eu des côtes fracturées et dont le père est décédé au cours d'une opération consécutive à l'accident (exemples cités dans l'arrêt TF U 307/06 du 14 février 2007 consid. 4.2). A été qualifiée de grave, une collision frontale lors de laquelle deux personnes ont été tuées et l'assuré grièvement blessé (TFA U 145/94 du 15 décembre 1994).

iv) On ajoutera qu'il est admissible de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1).

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

ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

ii) Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206).

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGA) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3 in fine ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un

premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et les références citées).

4. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) 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 assécurologique. 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).

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).

5. a) En l'espèce, sur le plan somatique, l'intimée a retenu que le *statu quo sine* était acquis au 3 septembre 2013, sur la base pour l'essentiel du rapport du 19 septembre 2013 des médecins de la SR._____, mais également de l'expertise du 15 mars 2014 et du complément d'expertise du 28 août 2014 du Dr D._____, ainsi que du rapport du Dr C._____ du 27 janvier 2014.

On précisera qu'afin de savoir si l'intimée doit prester pour les suites de l'accident du 13 mai 2012, il doit être déterminé si les douleurs

invoquées par la recourante découlent de cet accident, mais non si lesdites douleurs existent réellement.

aa) A cet égard, les médecins de la SR. _____ ont conclu que la situation de l'intéressée était stabilisée du point de vue médical et que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par des lésions objectives constatées pendant le séjour.

Ils ont expliqué que la recourante se plaignait notamment de douleurs dans la région fessière droite et au genou gauche. S'agissant des premières, les radiographies effectuées par leur soin durant le séjour n'avaient rien objectivé. Concernant les secondes, ils évoquaient uniquement une gonarthrose, atteinte donc dégénérative, rejoignant par là les constatations que le Dr D. _____ avait déjà faites dans son rapport d'expertise du 15 mars 2013, sur la base du bilan radiologique. Au surplus, ces constatations sont en parfaite cohérence avec celles effectuées directement après l'accident du 13 mai 2012. En effet, les Drs FT. _____ et QL. _____, ensuite d'un scanner polytraumatisme du jour de l'accident, n'avaient évoqué aucun traumatisme à la hanche ou fesse droite ou au genou gauche. A l'instar du Dr D. _____ dans son rapport d'expertise du 15 mars 2013, on ne peut que constater l'absence de lésion des membres inférieurs. Il précisait d'ailleurs ne pas avoir d'explications à l'usage de cannes par la recourante.

Les Drs FT. _____ et QL. _____ susmentionnés avaient cependant constaté ensuite de l'accident la présence de fractures du sternum, des côtes gauches et de l'apophyse transverse gauche de L2 (cf. rapport du 13 mai 2012). Il est constant que l'accident du 13 mai 2012 a causé ces atteintes. Les fractures des côtes et de l'apophyse transverse se sont consolidées selon un processus normal. Dans son rapport d'expertise du 15 mars 2013, le Dr D. _____ avait ainsi considéré que ces fractures devraient être consolidées, ce qu'ont en définitive confirmé les médecins de la SR. _____ sur la base d'un scanner du thorax (cf. rapport du 29 août 2013 des Drs RG. _____ et O. _____ et rapport final du 19 septembre 2013 des Drs U. _____ et U. _____). La fracture du

sternum a posé de plus amples problèmes. En effet, alors qu'il relevait des signes de consolidation des fractures des côtes, le Prof. F. _____ constatait une réelle pseudarthrose s'agissant de la fracture du sternum (cf. rapport du 5 octobre 2012). Il a alors procédé à une cimentoplastie le 17 octobre 2012. Dans son rapport d'expertise du 15 mars 2013, le Dr D. _____ a émis des doutes quant à l'adéquation d'une telle intervention. Au vu des douleurs résiduelles exprimées par la recourante, il recommandait un bilan radiologique soigneux, afin de voir quelle était la réalité de la stabilisation de cette pseudarthrose, et retenait, en l'état, que le cas n'était pas stabilisé, compte tenu de cette problématique du sternum. Ce bilan radiologique a précisément été effectué à la SR. _____ par les Drs RG. _____ et O. _____ (cf. rapport du 28 août 2013). Ainsi que constaté également par les Drs U. _____ et ML. _____ dans leur rapport final du 19 septembre 2013, ce scanner avait objectivé une bonne consolidation après cimentoplastie. Dès lors, ces médecins ont indiqué que la situation était désormais stabilisée d'un point de vue médical et ont relevé que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par des lésions objectives constatées pendant le séjour.

Il convient encore de préciser que les médecins de la SR. _____ ont en outre fait état d'incohérences avec un comportement d'invalidé prononcé et que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la recourante. Ils ont conclu à un pronostic défavorable en termes de réinsertion professionnelle que ce soit dans l'ancienne activité ou dans une activité adaptée. Ce pronostic était défavorable en raison principalement de facteurs non médicaux dans l'activité habituelle et exclusivement en raison de tels facteurs dans une activité adaptée. Au demeurant, il est constaté que le Dr D. _____ avait déjà indiqué - dans son rapport d'expertise du 15 mars 2013 - demeurer un peu perplexe face aux plaintes multiples de l'intéressée, et aux éléments objectifs vis-à-vis de l'accident et de ses séquelles. Il était en particulier frappé par les attitudes et les mouvements de la recourante, allant à l'inverse des mouvements d'épargne antalgique, en particulier au niveau thoracique.

Compte tenu du rapport de la SR._____, le Dr C._____ a relevé que les fractures étaient consolidées et que le *statu quo sino* pouvait dès lors être fixé à la sortie de la SR._____ (cf. rapport du 27 janvier 2014). Le dossier a alors été soumis une nouvelle fois au Dr D._____ pour complément d'expertise. Dans un rapport du 28 août 2014, il a ainsi indiqué qu'après avoir pris connaissance de l'entier du dossier, il qualifiait le rapport de la SR._____ d'exhaustif. Il constatait ainsi la consolidation de toutes les fractures causées par l'accident litigieux et se ralliait à l'avis que le *statu quo sine* pouvait être fixé à la date du retour à domicile de la recourante après son séjour à la SR._____, soit au 3 septembre 2013. Dans un avis du 29 septembre 2014, le Dr C._____ maintenant en définitive sa position.

A l'aune de ce qui précède, force est de constater que, au plan somatique, les conclusions des Drs U._____ et ML._____ dans leur rapport final du 19 septembre 2013 résultent d'une étude fouillée, menée sur la base d'exams complets - lors desquels les plaintes de la recourante ont été recueillies -, du dossier et en pleine connaissance de l'anamnèse. Ces médecins ont clairement et de manière convaincante expliqué leur position. Au terme d'un examen global, ils ont dûment motivé leurs conclusions. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport final de la SR._____ du 19 septembre 2013. Ce qui précède est par ailleurs confirmé par le complément d'expertise du 28 août 2014 du Dr D._____, qui a constaté le caractère exhaustif du rapport des médecins de la SR._____ et s'est rallié à leurs conclusions. Il a ainsi estimé que le séjour à la SR._____ avait amené les réponses aux questions posées dans son rapport d'expertise du 15 mars 2013.

bb) Rien au dossier ne vient jeter le doute sur l'appréciation qui précède.

Le Dr T._____, médecin traitant de la recourante, a continuellement fait état de multiples atteintes et douleurs chez l'intéressée, qu'il a mis en relation avec l'accident du 13 mai 2012. Or, ce médecin a posé dans ses rapports notamment le diagnostic de fracture

spiroïde du sternum non consolidée avec pseudarthrose (cf. par exemple rapports du 12 août 2014 et du 27 juillet 2015), se distanciant ainsi des conclusions des médecins de la SR._____ fondées sur une analyse radiologique. Le Dr T._____ n'a pas expliqué pas comment il était arrivé à cette conclusion, et à défaut de toute examen clinique pertinent, en particulier radiologique, il ne saurait être suivi. Cette appréciation vaut en définitive pour toutes les atteintes que le médecin traitant a mises en relation avec l'accident. Au surplus, le Dr T._____ a mentionné un syndrome du tunnel carpien bilatéral, qui résulterait de l'usage des cannes anglaises, mais n'a pas expliqué en quoi celles-ci seraient utiles. Or, dans son rapport d'expertise du 15 mars 2013, le Dr D._____ avait précisé ne pas pouvoir expliquer l'usage de ces cannes, lesquelles ne pouvaient d'ailleurs qu'augmenter les douleurs sternales et para-sternales, voire thoraciques. Force est ainsi de constater que le Dr T._____ n'a aucunement objectivé les douleurs et atteintes concernées. Il semble en réalité fonder le rapport de causalité invoqué sur les plaintes de la recourante, ainsi que sur le fait que les douleurs seraient apparues à la suite de l'accident, ce qui est insuffisant. En effet, 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 (interdiction du raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, conformément à la jurisprudence, cf. consid. 3b/aa *supra*). En outre, il ressort des rapports versés au dossier AI que la recourante se plaignait de nombreuses douleurs avant l'accident déjà. Ont ainsi été évoqués des lombosciatalgies et péri-arthrite gauche (cf. rapport du 7 octobre 1999 des Drs WM._____, BL._____ et SN._____), des douleurs osseuses diffuses (cf. rapport du 22 février 2000 du Dr TK._____), des douleurs abdominales, surtout à l'hypochondre droit (cf. rapport du 27 décembre 2000 du Dr I._____), des contractures paracervicales, des douleurs des poignets et dysesthésiques nocturnes (cf. rapport du 18 janvier 2005 du Dr SH._____), des douleurs aux deux membres supérieurs, éventuellement compatibles avec un syndrome du tunnel carpien, lequel était cependant exclu, et une symptomatologie douloureuse atypique à caractère fibromyalgique (cf. rapport du 12 avril 2005 du Dr M._____), une fibromyalgie à la limite de la vraisemblance (cf. rapport du 21 octobre

2005 du Dr HN._____), la persistance de douleurs d'étiologie peu claire abdominales supérieures et plus dans l'hypochondre droit (cf. rapport du 19 mars 2007 du Dr VF._____), ainsi que des douleurs mal systématisées, prédominant au membre supérieur gauche, attribuées à une probable fibromyalgie, et des douleurs rétrosternales atypiques (cf. rapport du 24 juin 2009 du Dr JS._____. Partant, le Dr T._____ n'a amené aucun élément permettant de jeter le doute sur les conclusions des médecins de la SR._____ et du Dr D._____.

La recourante a invoqué le rapport d'expertise du 3 mars 2015 des médecins du DH._____, mise en œuvre par l'OAI. Ces experts ont en effet posé le diagnostic de fracture du sternum avec douleurs résiduelles après cimentoplastie. A cet égard, ils ont indiqué se rallier aux conclusions du Dr D._____, en ce sens que le cas n'était pas stabilisé. Ces conclusions sont ainsi en contradiction totale avec celles des médecins de la SR._____. Or, il ressort du rapport du 3 mars 2015 que les médecins du DH._____ ont bien eu connaissance du rapport de scanner thoracique du 28 août 2013 ayant eu lieu durant le séjour de la recourante à la SR._____. Selon les médecins du DH._____, ce rapport démontrait qu'il n'y avait « pas de pseudarthroses sternale ni de fracture costale visible ». Ils ont également pu examiner le rapport final des médecins de la SR._____, duquel il ressortait, selon les mots des experts du DH._____, « l'absence d'amélioration significative objective sur le bilan de sortie » et que « la situation médicale [était] stabilisée ». Les médecins du DH._____ n'ont cependant pas expliqué pour quelles raisons ils se sont écartés de ces conclusions. Or, le rapport d'expertise du 15 mars 2013 du Dr D._____, aux conclusions duquel ils se sont ralliés, est antérieur au rapport de scanner thoracique du 28 août 2013 et au rapport final du 19 septembre 2013 de la SR._____. En outre, il ne ressort pas de leur rapport d'expertise que les médecins de la DH._____ aient été en possession de documents postérieurs aux rapports de la SR._____, qui leur auraient permis de constater que la fracture du sternum n'était pas consolidée et que le cas n'était pas stabilisé. Leur position est d'autant plus incompréhensible qu'ils ont considéré que « d'une manière générale, la situation [était] tout à fait semblable à celle qui existait à la sortie de la

Clinique SR._____ ». Bien plus, dans son complément d'expertise du 28 août 2014, le Dr D._____ s'est rallié aux conclusions du rapport de la SR._____. Les experts du DH._____ ont ainsi repris des conclusions que le Dr D._____ lui-même n'avait pas maintenues. A ce sujet, il ne ressort pas de leur rapport d'expertise du 3 mars 2015 que ces médecins ont eu accès audit complément d'expertise du Dr D._____ du 28 août 2014. En définitive, compte tenu de ce qui précède, à savoir que les experts du DH._____ n'ont pas eu accès à des documents essentiels et que leur rapport d'expertise est entaché d'incohérences, une valeur probante ne saurait lui être reconnue quant à la fracture du sternum et ses conséquences. Au surplus, il est relevé que les médecins du DH._____ ont également indiqué qu'au vu du dossier obtenu, la recourante présentait des symptômes au niveau de l'appareil locomoteur depuis 1999, alors que, de manière étonnante, celle-ci faisait remonter l'ensemble de ses ennuis de santé actuels à l'accident du 13 mai 2012, déclarant avoir été en bonne santé jusque-là. Les experts ont également rapporté que l'intéressée était démonstrative dans l'expression de sa souffrance physique. L'examen clinique était parasité par des incohérences, des pseudo-lâchages et des contre-pulsions.

Enfin, la recourante a encore fait valoir que les médecins de la SR._____ avaient noté à l'examen clinique « une légère tuméfaction au niveau du tiers inférieur du sternum ». Elle soutient que cette tuméfaction était un symptôme visible d'une complication interne. Or, force est de constater que l'examen radiologique n'a pas permis d'objectiver cette « complication interne ». L'intéressée ne peut rien déduire de la présence d'une tuméfaction. Par ailleurs, en invoquant le fait qu'elle n'avait pas de telle tuméfaction avant l'accident, elle opère un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, lequel n'est pas probant au sens de la jurisprudence déjà évoquée. En outre, selon la recourante, il n'était pas raisonnable que l'intimée admette dans ses écritures que la relation de causalité entre la tuméfaction et la fracture sternale était possible, mais rejette l'existence de ce lien de causalité au motif que la tuméfaction pourrait avoir une autre cause que l'accident. Ce faisant, elle se méprend sur les exigences établies par la jurisprudence, relative à la disparition du lien de causalité

naturelle entre l'atteinte et l'accident dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations. Il est en effet rappelé que l'assureur n'a pas à apporter la preuve de facteurs étrangers à l'accident, ni la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. consid. 3b/cc/ii *supra*), ce qui est le cas en l'espèce, ainsi que cela ressort des développements ci-dessus.

Il convient en définitive de constater qu'aucun document au dossier ne fait état d'examens cliniques, en particulier radiologiques, postérieurs au rapport des médecins de la SR. _____ et amenant à constater que les fractures du sternum, des côtes ou de l'apophyse transversale ne seraient pas consolidées. Rien au dossier ne permet également d'objectiver d'autres lésions traumatiques ensuite de l'accident du 13 mai 2012. Ainsi, il n'existe pas au dossier d'éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions des médecins de la SR. _____ et du Dr D. _____, et partant du Dr C. _____. L'on ne saurait dès lors s'écarter de leurs conclusions, de sorte qu'il convient de retenir que le *statu quo sine*, au plan somatique, a été atteint le 3 septembre 2013

b/aa) Sur le plan psychique, la question du rapport de causalité naturelle entre l'accident et d'éventuelles troubles peut être laissée ouverte (cf. consid. 3b/bb/iv *supra*), dans la mesure où de toute manière l'existence d'un rapport de causalité adéquate doit être niée (cf. consid. 5b/bb *infra*).

bb/i) Dans ce cadre, et à l'aune de la casuistique précitée (cf. consid. 3b/bb/iii *supra*), force est de constater que l'accident litigieux est de gravité moyenne *stricto sensu*, ainsi que l'a retenu l'intimée. Le véhicule a en effet heurté frontalement une autre voiture, dont le conducteur disait rouler à environ 55 km/h. Les deux voitures avaient alors été propulsées en arrière et avaient terminé leur course chacune en bordure de leur voie de circulation. Elles avaient été fortement

endommagées à l'avant plutôt gauche (cf. rapport de police du 31 juillet 2012).

ii) Dans un tel cas, trois critères parmi ceux énumérés par la jurisprudence doivent être présents pour qu'un lien de causalité adéquate puisse être retenu.

Les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa) s'apprécient d'un point de vue objectif ; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti l'accident, singulièrement au sentiment de peur qui en résulte (TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.1 in SVR 2013 UV n° 3 p. 9 ; 8C_100/2011 du 1^{er} juin 2011 consid. 3.5.1 in SVR 2012 UV n° 2 p. 7). Il faut observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TFA U 287/97 du 20 novembre 1998 consid. 3b/cc, in RAMA 1999 n° U 335 p. 207 ss ; plus récemment 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 4.4.1).

En l'espèce, le choc a certes été violent, sans que l'on puisse toutefois retenir un caractère particulièrement impressionnant à l'accident. Ainsi, le conducteur de la voiture heurtée a eu de nombreuses contusions mais a quitté l'hôpital un peu plus de 5 heures après l'accident. La conductrice fautive a eu une fracture de la jambe gauche et diverses contusions. Quant à son fils, âgé au moment des faits de moins de douze ans, passager avant dans la voiture de sa mère et qui n'était pas installé dans un dispositif de retenue pour enfant, il a souffert d'un hématome sur la joue et diverses contusions. Il n'a pas été hospitalisé. Ce critère n'est dès lors pas réalisé.

S'agissant de la gravité des blessures, celles-ci ont consisté en des fractures des côtes et du sternum et ne sont pas de nature à entraîner des troubles psychiques.

En ce qui concerne l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3 ; 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références citées). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_804/2014 précité consid. 5.2.2 et les références citées). La jurisprudence a nié que ce critère fût rempli notamment dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (TF U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

En l'occurrence, l'accident a eu lieu le 13 mai 2012 et la fin du séjour à la SR. _____ date du 3 septembre 2013, les médecins de cet établissement considérant que la situation était alors stabilisée du point de vue médical. Or, si le Dr D. _____ dans son expertise du 15 mars 2013 puis le Dr C. _____ estimaient que le cas n'était pas stabilisé, force est de constater qu'il n'y a pas eu de traitement particulier entre l'expertise et le séjour à la SR. _____. Les avis de ces deux médecins reposaient surtout sur leur perplexité quant à la cimentoplastie sternale qui ne leur paraissait guère adéquate. Cette cimentoplastie ayant été effectuée le 17 octobre 2012, il convient de retenir que le traitement médical causé par l'accident s'est terminé moins de six mois après ledit accident. Ce critère n'est donc pas non plus rempli.

S'agissant des douleurs physiques persistantes, on peut se référer aux incohérences relevées par le Dr D. _____, les experts du DH. _____ et les médecins de la SR. _____, ainsi qu'aux facteurs extra-médicaux constatés par les médecins de la SR. _____. En outre, ainsi que

retenu ci-dessus (cf. consid. 5a *supra*), les douleurs invoquées par la recourante ne sont plus à mettre en lien de causalité naturelle avec l'accident dès le 3 septembre 2013. Ce critère ne doit donc pas être retenu.

L'intéressée ne prétend pas qu'il y ait eu des erreurs dans le traitement médical ni de difficultés particulières.

Enfin, s'agissant de la durée et du degré de l'incapacité de travail, les mêmes remarques peuvent être faites que s'agissant de la durée du traitement.

Partant, au regard de l'ensemble des circonstances, aucun critère jurisprudentiel n'est rempli en l'espèce, de sorte que l'on ne saurait retenir que l'accident du 13 mai 2012, qualifié d'accident de gravité moyenne *stricto sensu*, est la cause adéquate des troubles psychiques de la recourante (cf. consid. 3b/bb/iii *supra*). Cette dernière n'a dès lors pas droit à des prestations de l'intimée pour ses éventuelles atteintes psychiques.

c) En définitive et à l'instar de ce qu'a retenu l'intimée, le *statu quo sine* était atteint au 3 septembre 2013. Elle était ainsi parfaitement légitimée à mettre fin au versement des prestations au-delà de cette date pour les suites de l'accident du 13 mai 2012.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Les opérations ressortant de la liste produite le 1^{er} juillet 2019 par Me Miauton, avocat d'office, sont justifiées. Son indemnité est arrêtée ainsi à 3'639 fr. 95 (débours et TVA compris). La rémunération du

conseil d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser, dès qu'elle est en mesure de le faire, l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 8 octobre 2014 par X._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Gilles Miauton, conseil de V._____, est arrêtée à 3'639 fr. 95, (trois mille six cent trente-neuf francs et nonante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles Miauton (pour la recourante),
- X. _____,
- 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 :