

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 avril 2017

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Henri Bercher, à Nyon,

et

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

---

**Art. 6 LAA ; art. 44 LPG**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007 à 100 % en qualité d'Aircraft Coordinatrice pour le compte de S.\_\_\_\_\_ (ci-après : S.\_\_\_\_\_) à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre LAA du 24 décembre 2009, l'assurée a indiqué qu'en date du 21 décembre 2009, elle avait été victime d'un accident professionnel. Alors qu'elle travaillait sous les avions, elle avait glissé sur le tarmac enneigé et très glissant et était tombée, ce qui avait entraîné une déchirure au niveau de la hanche gauche. Une incapacité de travail de durée indéterminée a été établie et un traitement conservateur a été administré. La CNA a pris en charge le cas et a versé les prestations légales.

L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du bassin pratiquée le 4 janvier 2010 a conclu à une infiltration liquidienne dans la partie supérieure du muscle grand fessier à droite compatible avec une minime déchirure, sans collection hématique identifiée, cette infiltration liquidienne voire hématique s'étendant dans la graisse sous-cutanée en regard, à l'absence de lésion identifiée au niveau du bassin et des hanches, ainsi qu'à la présence d'une discopathie L5-S1 avec une petite hernie discale médiane paramédiane des deux côtés et récessale droite venant au contact de la racine S1 droite.

L'IRM lombaire effectuée le 29 janvier 2010 a mis en évidence une hernie discale médiane, paramédiane des deux côtés et récessale droite L4-L5 venant au contact de la racine S1 droite, inchangée par rapport au comparatif du 4 janvier 2010, précisant qu'il n'y avait pas d'autre hernie discale, ni discopathie.

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 février 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a posé le diagnostic d'entorse lombaire sur glissade et chute en rotation.

L'IRM du rachis lombaire pratiquée le 4 mars 2010 a conclu à une très discrète progression de la hernie discale postéro-médiane et latérale droite en L5-S1 sous forme d'un petit fragment médian subluxé vers le bas ne réalisant pas de contrainte sur l'émergence des racines S1. Seule la racine S1 était effleurée par la hernie discale, laquelle était de petite taille et centrée très médialement et accessible à une infiltration de Diprophos sous contrôle CT (scanner) si la patiente le souhaitait.

Le 12 avril 2010, l'assurée a subi une intervention chirurgicale pratiquée par le Dr T.\_\_\_\_\_ consistant en une cure de hernie discale L5-S1 avec exérèse herniaire et discotomie.

Dans un rapport intermédiaire LAA du 26 octobre 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée continuait à se plaindre de lombosciatalgies bien que moins intenses qu'avant l'intervention. Il préconisait une évaluation neutre.

Dans un rapport du 18 novembre 2010 faisant suite à un examen clinique de l'assurée, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté une évolution laborieuse avec une progression jusqu'en septembre 2010 laquelle s'était apparemment dégradée à partir d'octobre 2010, compte tenu de la persistance d'un syndrome algique avec notion de sciatalgies, non déficitaires, et d'une amyotrophie modérée. Il a préconisé une hospitalisation à la B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011 faisant suite à un séjour de l'assurée du 28 décembre 2010 au 2 février 2011, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et L.\_\_\_\_\_, respectivement directrice médicale et

médecin-assistante à la B.\_\_\_\_\_, ont fait état d'une déchirure des grands-fessiers à droite à la suite d'une chute le 21 décembre 2009 et d'une cure de hernie discale L5-S1 à droite le 12 avril 2010. Ils ont notamment exposé ce qui suit :

« **APPRECIATION ET DISCUSSION**

(...).

En résumé, il s'agit d'une patiente exerçant l'activité d'air-craft coordinator à [...], qui a eu une hernie discale L4-L5, ayant nécessité une cure de hernie discale droite le 12.04.2010, avec une évolution marquée par la persistance de lombalgies et d'irradiation non radiculaire dans le membre inférieur droit. L'examen neurologique est normal et l'IRM à notre disposition montre un excellent résultat anatomique. Par contre, la musculature lombaire profonde est massivement atrophiée. Une reprise de travail n'a pas été possible depuis la chute le 21.12.2009.

Avec la prise en charge interdisciplinaire, les progrès ont été évidents et le projet d'une reprise de l'activité professionnelle d'air-craft coordinator à 50 % (demi-journée à plein rendement), dès le 01.04.2011 (d'entente avec l'employeur) au plus tard, semble réaliste. A la sortie nous attestons une incapacité de travail totale jusqu'au 31.03.2011. Un rendez-vous est prévu à la consultation du Dr X.\_\_\_\_\_ le 09.04.2011 pour un suivi spécialisé. Le pronostic fonctionnel et professionnel est à notre avis excellent mais un coaching serré est nécessaire »

Par courrier du 17 mars 2011, la CNA a informé l'assurée qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011, l'indemnité journalière serait versée sur la base d'une capacité de travail à 50 %.

L'IRM lombaire pratiquée le 27 juin 2011 a mis en évidence ce qui suit :

« Conclusion :

IRM lombaire : discopathie L5-S1, status post cure de hernie discale L5-S1 sans récurrence actuelle. Remaniements cicatriciels des parties molles paravertébrales droites, status post laminectomie L5 droite. Minimales remaniements au niveau des articulations inter-facetiaires postérieures L5-S1 prédominant à droite avec prise de contraste des parties molles en regard témoignant d'une situation inflammatoire à ce niveau. Pas d'autre lésion significative sur l'ensemble des structures osseuses et des parties molles lombaires »

Dans un rapport du 11 octobre 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint du service de rhumatologie, unité du rachis aux

W.\_\_\_\_\_ (ci-après : W.\_\_\_\_\_), a posé le diagnostic de syndrome lombovertébral chronique dans un contexte de discectomie lequel était cliniquement bien visible. Il a relevé que la patiente, bien qu'elle occupait un poste à 50 % aux positions variées, n'arrivait pas à tenir plus de 50 % en raison de l'augmentation du syndrome lombovertébral. L'intéressée décrivait alors une augmentation des blocages, une crispation musculaire crampiforme pouvant s'étendre parfois à une fesse, en général du côté droit et l'obligeant à s'allonger parfois une nuit entière pour obtenir une antalgie.

Dans un rapport du 16 mars 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a mentionné les différents traitements suivis par l'assurée. S'agissant de la capacité de travail, ce praticien a, par courriel du 12 avril 2012 à la CNA, indiqué qu'il n'y avait pas d'augmentation prévue de la capacité de travail au-delà de 50 % dans l'immédiat, la patiente étant encore très algique au niveau lombaire avec des irradiations occasionnelles de type sciatalgique. Dès que ses journées étaient un peu plus stressantes sur le plan professionnel, la situation clinique s'en ressentait immédiatement. Il a préconisé une évaluation médicale tout en retenant un pronostic réservé.

Dans un rapport du 2 mai 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a mentionné qu'il ne comprenait pas l'apparition d'une douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque assez marquée par rapport aux suites habituelles d'une hernie discale et proposait une radiographie de la colonne totale de face et de profil en position debout sur un seul cliché.

L'IRM lombaire et des sacro-iliaques du 23 mai 2012 n'a pas mis en évidence de changement significatif de la prise de contraste autour des facettes articulaires L5-S1 selon l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2012.

La radiographie de la colonne vertébrale effectuée le 12 juin 2012 a conclu à une légère scoliose à convexité droite mesurée à 6 °, entre D12 et L2 avec une courbure de redressement, ainsi qu'à une inversion de la lordose physiologique cervicale.

Dans un rapport du 4 février 2013, le Dr M. \_\_\_\_\_ a estimé que toutes les dispositions avaient été prises pour une bonne gestion du dossier (avis centre de la douleur, séjour à la B. \_\_\_\_\_, prise en charge de thérapies proposées). Il a ainsi préconisé un avis par un spécialiste du rachis.

En raison de la grossesse de l'assurée, l'expertise a été annulée.

L'assurée ayant accouché le [...], le versement d'indemnités journalières a été interrompu au [...], étant en congé maternité depuis cette date. Une incapacité totale de travail a été attestée dès le mois de juin 2013.

Dans un rapport du 16 août 2013 à la CNA, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé que l'assurée le consultait depuis janvier 2013 pour une psychothérapie de soutien et des séances d'hypnose à visée antalgique à raison d'une à deux séances par mois. Le pronostic était difficile à poser, mais l'espoir d'évolution positive était augmenté par l'importante motivation de la patiente, sa bonne insertion sociale et son activité physique régulière.

Dans un rapport du 27 mai 2014 faisant suite à un examen clinique de l'assurée, le Dr G. \_\_\_\_\_, chef de clinique de l'Unité chirurgie du rachis au N. \_\_\_\_\_ (ci-après : N. \_\_\_\_\_) - mandaté par la CNA - a constaté qu'il n'y avait plus aucun signe de hernie discale ni d'autres complications pouvant être liées à cette hernie discale mis à part la discopathie L5-S1. Théoriquement, il pouvait proposer d'effectuer une prise en charge chirurgicale avec une spondylodèse L5-S1 par voie d'abord antérieure (ALIF). Dans le cas de lombaires chroniques, il était

toutefois difficile de donner plus de 60 % de réussite. Il a dès lors préconisé une prise en charge globale avec le Dr Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint à l'Unité du rachis du département de l'appareil locomoteur au N.\_\_\_\_\_.

Le 11 juillet 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'avait plus revu la patiente depuis le 7 juin 2013, cette dernière étant à même de pratiquer l'auto-hypnose de manière autonome.

Au vu de ces éléments, la CNA a soumis le cas pour avis et prise de position au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans le cadre d'une appréciation orthopédique du 23 juillet 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ a proposé d'attendre le résultat de l'évaluation effectuée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, et d'organiser une scintigraphie osseuse à la recherche d'une captation pathologique au niveau de la sacro-iliaque droite.

Dans un rapport du 30 septembre 2014 au Dr X.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

« **Conclusions, traitement et évolution**

Madame J.\_\_\_\_\_ présente des douleurs lombaires basses chroniques dans le cadre d'un status après cure de HD [hernie discale] L5-S1. Elle signale la plainte sous forme de deux douleurs :

- Une douleur lombaire basse semblant être centrée autour des derniers disques et qu'on arrive à calmer lors du test de stabilisation, qui est un test pronostic permettant de dire que l'évolution à long terme serait favorable en travaillant le gainage et la proprioception, après avoir précédemment assoupli les chaînes postérieures.
- D'autre part, une douleur plus haut située, correspondant à une douleur référée, type syndrome de Maigne.

En fonction des douleurs invalidantes au niveau de l'hémibassin droit et de l'irradiation latérale, on pourrait lui proposer une infiltration D12/L1, mais effectuée par un antalgiste connaissant la problématique du syndrome de Maigne (ceci pourrait se faire soit ici au N.\_\_\_\_\_ auprès du Dr V.\_\_\_\_\_, soit au W.\_\_\_\_\_ auprès du Dr Z.\_\_\_\_\_, que je connais personnellement).

D'autre part, je me demande si une prise en charge rééducative intensive pluridisciplinaire de 3-4 semaines ne serait pas à nouveau souhaitable. Cela permettrait de relancer à nouveau la machine »

**b)** Dans l'intervalle, soit le 22 septembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Elle a indiqué quant au genre de l'atteinte : « déchirure du grand fessier et hernie discale L5 ».

Par avis médical du 7 août 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que la situation de l'assurée n'avait pas évolué et qu'elle s'était peut-être même péjorée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, date à laquelle une capacité de travail de 50 % avait été reconnue dans son activité. Par ailleurs, le SMR ne disposait toujours pas d'informations médicales expliquant l'incapacité résiduelle, raison pour laquelle il préconisait un examen rhumatologique au SMR.

Le 17 novembre 2014 a été versé au dossier CNA un rapport du 24 octobre 2014 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie au SMR faisant suite à un examen clinique de l'assurée du 8 octobre 2014. Ce dernier a retenu les diagnostics de lombopyralgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 à droite et de discrète insuffisance pondérale avec un indice de masse corporelle (ci-après : BMI) de 17.5 comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Il a estimé que les limitations fonctionnelles (soit au niveau du rachis, nécessité d'alterner 2 à 3x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 6 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations) n'étaient pas entièrement respectées dans l'activité d'Aircraft coordinatrice. Ainsi, dans l'activité précitée, la capacité de travail était de 70 %, l'assurée devant parfois lever des bagages à main excédant 10 kg et devant travailler principalement en position debout. Il a exclu une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle, l'intéressée pouvant travailler par moments en position assise et n'ayant pas à rester dans des positions

debout statiques prolongées. Dans une activité d'Aircraft coordinatrice n'ayant pas de charges à lever de plus de 8 kg, la capacité de travail était entière. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a en outre précisé qu'en raison de l'allaitement de sa fille, l'assurée prenait que peu de médicaments, raison pour laquelle on pouvait espérer une amélioration des douleurs avec la prise d'une antalgie plus importante et de manière régulière. Finalement, il a conclu à une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle et de 100 % si l'activité précitée n'avait pas de charges de plus de 8 kg à porter régulièrement. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, mise à part une période transitoire d'incapacité totale de travail de juin 2013 au 16 décembre 2013 en rapport avec la grossesse, l'accouchement et le congé maternité.

**c)** Dans un rapport du 17 novembre 2014 faisant suite à un examen clinique final de l'assurée du 10 novembre 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a considéré ce qui suit :

**« Appréciation**

Compte tenu de l'examen médical réalisé à l'agence le 10.11.2014, et de l'expertise effectuée à l'Assurance Invalidité au mois d'octobre 2014, nous pouvons considérer que l'état actuel de la patiente est suffisamment stabilisé pour permettre un bilan asséculo-logique du cas.

Sur le plan de la **capacité de travail**, compte tenu d'un examen neurologique normal et de l'absence de limitation, je propose de retenir la capacité de travail exigible proposée par l'expert médical de l'Assurance Invalidité, à savoir une capacité à 100 % comme Aircraft coordinatrice n'ayant pas de charge de plus de 8 kg à porter régulièrement. Selon les éléments du dossier, il semblerait que celle-ci puisse être compatible avec l'activité qu'elle effectuait au moment de son accident. Il s'agit donc d'un retour à l'activité antérieur[e], sans diminution de rendement. Les trois premiers mois peuvent être proposés avec une capacité de travail à 50 % pour permettre une réadaptation au travail, après une longue période d'inactivité. A la fin de cette période, une capacité de travail sera totale.

L'état actuel de sa colonne ne justifie pas une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Nous pouvons accepter un contrôle médical espacé, la poursuite d'une physiothérapie pendant une durée de 6 mois, afin de faciliter la reprise progressive de son emploi et la prescription de médicaments antalgiques 3 e.o./mois pour une année »

Par décision du 8 décembre 2014, la CNA a considéré que l'assurée était apte à reprendre son ancienne activité professionnelle à partir du 5 janvier 2015 à 50 % ceci pendant trois mois pour permettre une réadaptation au travail et dès le 7 avril 2015 à 100 % sans perte de rendement. La CNA acceptait en outre un contrôle médical espacé, la poursuite d'une physiothérapie pendant une durée de six mois ainsi que les médicaments antalgiques à raison de trois emballages originaux par mois durant une année. Enfin, l'effet suspensif d'une éventuelle opposition a été retiré.

Dans le cadre de son opposition du 17 décembre 2014, complétée le 30 janvier 2015, l'assurée, représentée par Assista Protection juridique SA, a contesté les conclusions du rapport d'examen du SMR lequel était également critiqué par le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 7 janvier 2015. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Elle a enfin conclu à l'annulation de la décision attaquée et à la prise en charge à 100 % de son cas par la CNA.

Par courriers des 7 et 27 janvier 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment fait état d'une discordance majeure entre les conclusions du rapport d'examen du SMR et celles du rapport d'évaluation fonctionnelle du service d'ergothérapie préprofessionnel à [...].

Il ressort d'une note relative à un entretien téléphonique du 19 janvier 2015 entre la CNA et l'OAI, que selon S. \_\_\_\_\_, si un bagage pesait plus de 8 kg, il y avait la possibilité de le faire porter par un ou une collègue.

Par décision sur opposition du 8 avril 2015, la CNA a confirmé la décision rendue le 8 décembre 2014, soit une capacité de travail de 50 % à partir du 5 janvier 2015, et de 100 % dès le 7 avril 2015. Elle a notamment considéré qu'au vu de la description du poste de travail de l'assurée et des conclusions des médecins, il subsistait une pleine capacité de travail dans le métier d'Aircraft Coordinatrice. Elle a en outre retenu ce qui suit :

« 4.d.

Il faut toutefois observer que l'expert mandaté par l'AI, le Dr A. \_\_\_\_\_, a noté que, contrairement à ce qu'a fait le Dr X. \_\_\_\_\_, il n'y a aucune indication biomécanique à attester une incapacité de travail au vu de l'absence de complications radiologiques post-opératoires, de l'absence de conflit radiculaire, de canal lombaire étroit et de récurrence de la hernie discale au niveau du disque opéré. A ce niveau, le disque n'est que légèrement desséché et ne présente qu'une petite protrusion postéro-médiane de moins de 2 mm de profondeur. Le Dr A. \_\_\_\_\_ et le Dr M. \_\_\_\_\_ admettent tous deux la normalité de l'examen neurologique. En particulier, le second nommé a constaté, le 10 novembre 2014, que l'épreuve de Mingazzini était strictement normale, à l'instar du signe de Lasègue. Enfin, il n'est pas indifférent de mentionner qu'une certaine tendance à la démonstrativité a également été relevée par le Dr A. \_\_\_\_\_ lors de l'examen rhumatologique et que le Dr X. \_\_\_\_\_ a lui-même observé que la situation clinique pouvait évoluer en fonction du stress professionnel vécu (courriel du 12.04.2012). Dans ces conditions, l'on ne saurait fixer la capacité de travail en fonction de paramètres à connotation subjective, tels que les plaintes exprimées par l'opposante ou les performances enregistrées lors de l'évaluation ergothérapeutique, d'autant moins que l'assurée semble fixée (cf. « Case Management Objectifs » du 25.09.2012) sur l'idée qu'elle ne pourra jamais travailler à plus de 50 %. Or, sur ce point, il sied de rappeler que les assurés doivent se conformer à l'obligation qui leur est impartie de limiter le préjudice subi (ATF 115 V 133 ; ATF 117 V 400 ; RAMA 1996, p. 37) ».

Par courrier du 23 avril 2015, S. \_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 30 juin 2015, cette dernière n'ayant pas repris son activité professionnelle le 5 janvier 2015.

**d)** Par décision du 22 mai 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 janvier 2015 et a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mars 2011 (six mois après le dépôt de la demande de prestations AI) jusqu'au 30 juin 2011 (trois mois après l'amélioration constatée). Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

Cette décision a fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans laquelle l'a admis par arrêt séparé de ce jour (AI 173/15 - 121/2017).

**B.** Par acte du 6 mai 2015, J.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Henri Bercher, recourt contre la décision sur opposition du 8 avril 2015 de la CNA et conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation, principalement au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre du traitement de physiothérapie intensive proposé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ et versement des indemnités journalières selon la quotité déterminée par le médecin traitant ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité, selon l'art. 18 LAA qui ne soit pas inférieure à 50 % et poursuite du traitement médical, selon l'art. 21 LAA, ainsi que l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ; très subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise afin de statuer sur son incapacité de travail ou l'invalidité et la nécessité de poursuivre le traitement médical tel que préconisé par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Elle constate que jusqu'à l'apparition du rapport d'examen du SMR, il existait un consensus entre les différents intervenants s'agissant de la présence de douleurs invalidantes la privant d'une mobilité professionnellement utilisable, pour lesquels il existait bel et bien un substrat anatomique. Elle critique dès lors l'objectivité du rapport d'examen du SMR sur plusieurs points, notamment la spécialité de l'expert soit la rhumatologie en lieu et place de l'orthopédie, des inexactitudes factuelles afin de dresser un tableau clinique et psychologique justifiant ses conclusions. Elle se réfère en outre au bilan d'ergothérapie préprofessionnel des 26 mai et 2 juin 2014 lequel concluait à une incapacité de travail à 50 %, ainsi qu'au rapport du 30 septembre 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_ lequel n'a pas remis en cause la correspondance entre ses constatations objectives et les douleurs invalidantes qu'elle a décrites. En renonçant aux mesures thérapeutiques proposées par le Dr Q.\_\_\_\_\_ et susceptibles d'améliorer sa capacité de travail, la recourante considère que l'intimée a violé son droit à un traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident au sens des art. 10 et 16 LAA mettant fin aux indemnités journalières, alors que son état de santé n'était pas stabilisé. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle se réfère à l'annexe 3 OLAA, ainsi qu'au barème de la table 7 des indemnisations pour l'atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale, soit de « douleurs permanentes plus ou moins intenses également la nuit et au

repos avec charge supplémentaire impossible et ne diminuant que lentement entraînant très clairement des limitations fonctionnelles ». Elle dépose enfin un lot de pièces sous bordereau (bordereau I) dont un bilan d'ergothérapie préprofessionnelle des W.\_\_\_\_\_ non daté.

Dans sa réponse du 17 août 2015, l'intimée propose le rejet du recours, précisant qu'elle conclut à son irrecevabilité en ce qui concerne l'obtention d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle estime avoir pris position sur le cas de la recourante en tenant compte du dossier médical complet de l'intéressée. Les allégations de la recourante selon lesquelles le dossier serait insuffisamment ou mal instruit sont sans fondement. Le rapport du Dr A.\_\_\_\_\_ a dès lors entière valeur probante. S'agissant de l'allégation selon laquelle elle aurait violé le droit de la recourante au traitement médical approprié, l'intimée est d'avis que les propositions de traitement formulées par le Dr Q.\_\_\_\_\_ l'ont été en désespoir de cause, soit après la constatation par les chirurgiens du N.\_\_\_\_\_ de l'absence de nécessité d'une intervention chirurgicale et en réponse aux seules plaintes de la recourante. L'intimée soutient que dans ces conditions, on ne saurait raisonnablement considérer que la prise en charge rééducative évoquée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ représente une mesure médicale susceptible d'améliorer la capacité de travail de la recourante.

Le 19 octobre 2015, la juge instructeur a informé les parties que le dossier AI était versé au dossier.

Dans son écriture du 7 décembre 2015, l'intimée confirme qu'il n'y a pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une expertise judiciaire.

Dans ses déterminations du 8 février 2016, la recourante confirme les conclusions de son recours et dépose un lot de pièces sous bordereau (bordereau II).

Dans leurs écritures des 1<sup>er</sup> et 11 avril 2016, les parties confirment les conclusions prises dans le cadre de leurs écritures précédentes.

Le 16 janvier 2017, la recourante produit notamment un courrier du 12 décembre 2016 du Dr X. \_\_\_\_\_ lequel conclut à une capacité de travail de 50 à 60 % dans une activité adaptée. Elle souhaite qu'une audience soit appointée afin de débattre de la question de l'expertise.

Dans son écriture du 26 janvier 2017, l'intimée relève qu'au terme d'une instruction de plus de cinq ans, elle a, comme l'OAI, conclu à une absence de déficit neurologique et d'anomalie objective. Les éléments à disposition se révélant suffisants pour trancher, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction par une expertise complémentaire, ni d'en débattre lors d'une audience.

Le 31 janvier 2017, la recourante rappelle qu'elle a été référée au Dr X. \_\_\_\_\_ par la B. \_\_\_\_\_, élément qui doit être pris en compte dans l'appréciation de la valeur probante de ses constatations. Elle sollicite enfin l'effet suspensif au recours, l'intimée refusant à présent de prendre en charge l'intégralité des factures de traitements médicaux et médicaments prescrits sur la base de la décision litigieuse.

Le 14 février 2017, la recourante a précisé qu'elle était arrivée au terme du versement de 400 indemnités de chômage (à 50 %) et qu'elle était désormais sans ressource. Il était dès lors urgent qu'une décision puisse être rendue dans les dossiers CNA et AI.

Le 27 février 2017, la juge instructeur a informé les parties qu'un jugement devrait intervenir en avril 2017 au plus tard.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 8 avril 2015 confirmant une

décision du 8 décembre 2014, à reconnaître que la recourante était apte à reprendre son ancienne activité professionnelle à partir du 5 janvier 2015 à 50 % ceci pendant trois mois pour permettre une réadaptation au travail et dès le 7 avril 2015 à 100 % sans perte de rendement. L'intimée limitait en outre les prestations médicales à un contrôle médical espacé, la poursuite d'une physiothérapie pendant une durée de six mois, ainsi que les médicaments antalgiques à raison de trois emballages originaux par mois durant une année.

Dans son recours, l'intéressée conclut au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient de rappeler que telle indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (cf. art. 24 al. 2 LAA). En tant que cette question ne fait pas l'objet de la décision dont est recours, elle est étrangère au présent litige. Il s'ensuit que le recours doit être déclaré irrecevable sur ce point.

**b)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**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. En vertu de 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)** Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 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'assureur ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. notamment ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3)

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un

résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> édition, n ° 80 p. 865).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). 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 (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). 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 U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**c)** En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant

laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

**4. a)** En l'espèce, la recourante reproche essentiellement à l'intimée d'avoir fait siennes les conclusions du rapport du 24 octobre 2014 du SMR, respectivement d'avoir admis que son cas était stabilisé et que la reprise de l'activité professionnelle d'Aircraft Coordinatrice moyennant une limitation du port de charges à 8 kg était exigible à 50 % dès le 5 janvier 2015 et à 100 % dès le 7 avril 2015, d'avoir limité la prise en charge médicale et exclu l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle critique en outre le fait que l'intimée ait omis de prendre en compte les avis des Drs Q.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, orthopédistes en prenant uniquement en considération le rapport d'examen du 24 octobre 2014 du Dr A.\_\_\_\_\_, médecin rhumatologue. Dans ce contexte, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

**b)** Si l'on considère l'avis exprimé par le Dr A.\_\_\_\_\_, force est de constater qu'il existe des points de divergence qui le séparent des considérations des autres médecins qui se sont exprimés, sans que l'on ait des motifs décisifs pour dénier une valeur probante à leurs avis respectifs du moins en ce qui concerne le diagnostic. On relèvera que le Dr A.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombopyalgies à droite dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 à droite et de discrète insuffisance pondérale avec un BMI de 17.5 comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Excluant toute incapacité de travail en l'absence d'« *indication biomécanique* », il n'a toutefois pas discuté des diagnostics avancés par d'autres spécialistes, admettant que le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne lui avait pas été transmis (rapport d'examen du 24 octobre 2014, p. 9 in fine). Quant aux rapports des Drs G.\_\_\_\_\_ du 27 mai 2014, R.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2014 et Q.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2014, ils n'ont été remis à l'OAI que le 19 janvier 2015 et n'ont dès lors pas été discutés

par le Dr A. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son rapport d'examen SMR. Or, le Dr R. \_\_\_\_\_ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin à la CNA (appréciation orthopédique du 23 juillet 2014) a rappelé que le premier examen IRM mettait en évidence en plus de l'atteinte du grand fessier à droite, probablement de nature contusive, une discrète anomalie de signal au niveau de la sacro-iliaque droite. Ce praticien s'est alors interrogé quant à l'existence d'une symptomatologie plutôt centrée sur cette articulation ayant pu produire une clinique similaire à celle de la hernie discale, laquelle a abouti à l'indication « discutable » de discectomie L5-S1, « discutable » car faute de compression radiculaire avérée sur l'examen IRM et d'examens complémentaires électrophysiologiques confirmant la nature radiculaire de la symptomatologie. Il a d'ailleurs précisé que l'intervention pratiquée par le Dr T. \_\_\_\_\_ n'avait pas grandement modifié la symptomatologie, si ce n'est qu'elle avait entraîné dans les suites des lombalgies considérées comme chroniques et invalidantes. A l'instar du Dr M. \_\_\_\_\_, le Dr R. \_\_\_\_\_ a émis l'hypothèse d'une atteinte sacro-iliaque droite notamment au vu de l'examen IRM du 23 mai 2012 lequel révélait une petite anomalie de signal rehaussée par le contraste. Le Dr R. \_\_\_\_\_ proposait d'attendre l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_, précisant qu' *« une fois celui-ci obtenu et sauf propositions thérapeutiques spécifiques autres que la poursuite d'un traitement conservateur, il est clair qu'il sera plus que temps d'envisager un boucllement du cas, la situation médicale apparaissant globalement inchangée depuis la reprise du travail à 50 % »*. Dans son appréciation du 30 septembre 2014, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a fait état de deux douleurs distinctes, soit au niveau des lombaires basses centrées autour des derniers disques et plus haut soit en D12/L1 correspondant à un syndrome de Maigne. On peine à comprendre dans ce contexte pour quels motifs le Dr M. \_\_\_\_\_, respectivement l'intimée, se sont référés sans réserve aux conclusions du rapport d'examen du SMR, alors que les deux médecins auxquels ils avaient précisément sollicité des avis externes, soit les Drs R. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, ont émis d'autres hypothèses pour expliquer les douleurs ressenties par la recourante, appréciations qui n'ont pas été discutées par le Dr A. \_\_\_\_\_.

Par ailleurs, alors que la recourante a été examinée à plusieurs reprises par des spécialistes, seul le Dr A. \_\_\_\_\_ a constaté une certaine tendance à la démonstrativité en lien avec des changements réguliers de positions, une importante résistance volontaire et des contrepulsions lors de la rétroflexion passive du tronc, tout en admettant qu'il n'y avait aucun autre signe de non organicité selon Waddell (1/5). A cet égard, il sied de préciser que le rapport de bilan d'ergothérapie professionnelle de 2014 constatait déjà que la recourante ne pouvait maintenir la position plus de quinze minutes et que plus le temps passait, plus ce temps diminuait jusqu'à avoir besoin de se lever toutes les cinq minutes après une heure d'évaluation pour finir par être obligée de s'allonger afin d'obtenir un soulagement et une détente musculaire. De plus, le Dr X. \_\_\_\_\_ a estimé que la résistance volontaire constatée par le Dr A. \_\_\_\_\_ ne faisait pas partie des signes de Waddell (cf. courrier du 27 janvier 2015), ce qui a été finalement admis par les Drs E. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, respectivement spécialistes en médecine interne générale et rhumatologie (cf. avis médical du 1<sup>er</sup> septembre 2015 du SMR), le Dr M. \_\_\_\_\_ concluant, quant à lui, à l'absence de signe de non-organicité selon Waddell (cf. appréciation médicale du 17 novembre 2014, p. 2). Enfin, s'agissant de la capacité de travail, on s'étonne que le Dr A. \_\_\_\_\_ ait conclu à une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 et de 100 % dans l'activité habituelle avec port de charge limité, alors que les médecins de la B. \_\_\_\_\_ concluaient dans leur rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011 à une reprise à 50 % dans l'activité habituelle même après une prise en charge interdisciplinaire. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu, quant à lui, une capacité de travail de 50 à 60 % dans une activité adaptée. On ajoutera que si la recourante a repris une activité à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, elle a présenté de manière récurrente des périodes d'incapacité de travail. Enfin, dans son appréciation médicale du 17 novembre 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu que le cas de la recourante devait être considéré comme stabilisé sans toutefois indiquer pour quels motifs il convenait désormais – soit dès le 7 avril 2015 (cf. décision sur opposition litigieuse) – de retenir une capacité entière de travail après une période de trois mois à 50 % permettant une réadaptation au travail, alors que le

Dr A. \_\_\_\_\_ reconnaissait une telle capacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011, soit quatre ans auparavant.

**c)** Dans ce contexte, face à la complexité du cas, à la divergence de diagnostics, à l'absence de signes clairs de non-organicité selon Waddell, voire d'éléments de démonstrativité, et à la résistance des douleurs à tous les traitements entrepris, force est de constater que les éléments au dossier ne sont pas suffisamment concordants pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, faute pour l'intimée d'avoir elle-même procédé à des mesures d'instruction médicale. Compte tenu du fait que les Drs R. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ ont émis, antérieurement au rapport du Dr A. \_\_\_\_\_, d'autres hypothèses pour expliquer les douleurs ressenties par la recourante – appréciations qui n'ont pas été discutées par le Dr A. \_\_\_\_\_ –, il s'avère que ni le diagnostic, ni ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail de l'intéressée n'ont été établis de manière probante. Or, ces éléments d'incertitude sont de nature à affecter le caractère concluant de l'appréciation du Dr A. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, le fait que le Dr X. \_\_\_\_\_ soit l'orthopédiste traitant de la recourante, ne justifie pas à lui seul que l'on écarte d'emblée son avis quant à l'évaluation de la capacité de travail de sa patiente. Au vu de l'ensemble des éléments précités, le Dr M. \_\_\_\_\_, respectivement l'intimée devaient mettre en œuvre une expertise orthopédique ou rhumatologique afin de départager les opinions médicales divergentes notamment quant à l'absence ou non d'anomalie organique et ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail de la recourante, compte tenu notamment des conclusions de la B. \_\_\_\_\_ reconnaissant certes une capacité de travail dans l'activité habituelle, mais limitée à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2011. Or, force est de constater que le dossier tel que constitué ne contient pas une telle analyse.

**5. a)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à

l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

**b)** Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

**c)** En l'occurrence, il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée – à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il relève dès lors de la compétence de l'intimée de mettre en œuvre une expertise rhumatologique ou orthopédique, selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA. L'intimée devra examiner quelle spécialité médicale sera la plus appropriée pour procéder à cette expertise, la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité jugée opportune demeurant réservée. Pour

ce faire, il est loisible à l'intimée de coordonner ou non le complément d'instruction médical avec l'assurance-invalidité. Il incombera à l'intimée d'inviter l'expert, en lui soumettant l'intégralité du dossier, à se déterminer sur les atteintes à la santé présentées par la recourante depuis l'accident, sur leur origine accidentelle ou non, sur la date à laquelle un statu quo sine ou quo ante a été atteint, sur l'influence des atteintes à la santé d'origine accidentelle sur la capacité résiduelle de travail de la recourante, ainsi que sur le point de savoir si un traitement est encore requis et si une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être versée.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis dans la mesure de sa recevabilité (cf. considérant 2a supra), la décision sur opposition du 8 avril 2015 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant la requête de la recourante relative à la mise sur pied d'une audience en vue de débattre du principe d'une expertise, ni celle du 31 janvier 2017 relative à la restitution de l'effet suspensif.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). La recourante, qui obtient gain de cause à l'aide d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer équitablement à 2'000 francs.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 avril 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et

la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

**III.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à J. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

**IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Henri Bercher (pour J. \_\_\_\_\_), à Nyon,
- Me Didier Elsig (pour CNA), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :