

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 janvier 2017

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Dessaux, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

**L.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4 et 45 al. 1 LPGA ; 6 al. 1 et 24 al. 1 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 19 juin 1961, a travaillé auprès de la K.\_\_\_\_\_ (K.\_\_\_\_\_) à [...], depuis 2002, en qualité d'aide extra-hospitalière à 60 %. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de L.\_\_\_\_\_ (ci-après : L.\_\_\_\_\_ ou l'intimée). Par déclaration d'accident du 10 mars 2008, la K.\_\_\_\_\_ a annoncé que l'assurée avait été victime d'un accident le jour même à 7 h 30 sur l'autoroute entre [...] et [...]. Entendue par la gendarmerie, l'assurée a expliqué qu'elle avait ressenti un violent choc à l'arrière et qu'elle souffrait d'une entorse cervicale, d'une autre à la cheville droite, ainsi que de contusions lombaires, ce qui avait nécessité son transport en ambulance à l'Hôpital de [...] pour des examens.

Dans un rapport médical initial LAA du 4 juin 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à l'Hôpital de [...], a posé les diagnostics d'entorse cervico-scapulaire droite, de contusion lombaire droite et d'entorse de la cheville droite. Il a préconisé un traitement symptomatique, ainsi que du repos.

Dans un formulaire L.\_\_\_\_\_, préimprimé, intitulé « fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme cranio-cervical par décélération », le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait ressenti des douleurs à la nuque, ainsi que des paresthésies en C7 droite et des hypoesthésies subjectives au niveau du membre inférieur droit. Elle n'avait en outre pas fait état d'autres troubles tels que maux de tête, vertiges, nausées ou vomissements. S'agissant des radiographies, il a signalé que le cliché transbuccal de l'apophyse adontoïde mettait en évidence des troubles dégénératifs diffus, alors que les radiographies de la colonne dorsolombaire montraient la présence d'une discopathie modérée L5-S1, ainsi que d'une spondylose pluri-étagée dorsale. Les suites ont été prises en charge par L.\_\_\_\_\_.

Dans une note interne du 18 juin 2008, L.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée, désormais suivie par le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, avait enlevé son plâtre en mai 2008. Toutefois, le pied restait enflé et lui faisait mal. Elle présentait également des douleurs au niveau du genou. Elle se déplaçait encore avec des cannes, mais très difficilement.

Dans un rapport consécutif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la cheville et du pied droits pratiquée le 8 avril 2008, le Dr BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a indiqué une absence d'anomalie du signal médullaire osseux du squelette, ainsi que l'absence de fracture. Dans un rapport du 28 juillet 2008 faisant suite à une IRM du pied droit, le Dr AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a mis en évidence une ténosynovite modérée (grade I) sans déchirure du tendon du long péronier dans son passage rétro et sous-malléolaire externe.

Lors d'un entretien téléphonique du 12 septembre 2008, le Dr O.\_\_\_\_\_ a informé L.\_\_\_\_\_ qu'il préconisait une reprise à 50 % de l'activité professionnelle de l'assurée dès le 15 septembre 2008, sans nécessité d'aménagement du poste de travail.

En date du 6 octobre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Dans l'intervalle, L.\_\_\_\_\_ a mandaté le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, en vue de la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 27 novembre 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_ a constaté au cours de l'examen clinique une contracture des deux trapèzes, une douleur à la pression des apophyses transverses et noté les légères douleurs dorsales résiduelles dont se plaignait l'assurée depuis l'accident, de même que de discrets troubles de la sensibilité de la main gauche et des douleurs à l'avant de son pied et au tendon d'Achille. Il a enfin constaté, au genou droit, une légère douleur à la pression du ménisque externe, le reste du status étant

parfaitement normal. S'agissant de l'évolution de la cheville, ce médecin notait la présence de douleurs et de difficultés de mobilisation résiduelles, évoquant néanmoins une possibilité d'amélioration. Il admettait que l'état antérieur avait été retrouvé pour les troubles vertébraux, la chronicité déjà préexistante ayant été atteinte. Il attestait d'une capacité de travail nulle dans son activité d'aide extra-hospitalière et une capacité de travail de 50 % dans une activité assise dès que sa cheville aurait retrouvé une mobilité lui permettant de longs déplacements (½-1h de marche) et la possibilité de conduire une voiture.

Par courrier du 9 janvier 2009, L. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle mettait un terme à ses prestations pour les troubles vertébraux dès le 27 novembre 2008.

Lors d'un entretien téléphonique du 22 janvier 2009 (cf. note interne du 22 janvier 2009 de L. \_\_\_\_\_), le Dr O. \_\_\_\_\_ a confirmé à L. \_\_\_\_\_ que la physiothérapie avait été arrêtée pour ne pas relancer le Sudeck, que l'évolution était favorable mais lente et incomplète et que selon les signes cliniques actuels, il n'avait aucune raison d'ordonner à nouveau une scintigraphie ou une radiographie.

Au vu de ces éléments, L. \_\_\_\_\_ a mis en œuvre une nouvelle expertise auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 2 mars 2009 faisant suite à l'examen clinique de l'assurée du 28 janvier 2009, ainsi qu'à une scintigraphie osseuse du 2 février 2009 (rapport du 3 février 2009), le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'entorse de la cheville droite stade I, d'entorse cervicale stade I, de tendinopathie chronique des péroniers, de cervicarthrose étagée C2-C3, de contusion lombaire droite et d'hypertension artérielle. De plus, il a précisé que les plaintes subjectives présentées par l'assurée ne pouvaient pas être objectivées de manière certaine, compte tenu des constatations faites lors des différents examens par imagerie qui n'avaient pas mis en évidence de déchirure ligamentaire ou d'atteinte articulaire au niveau du Chopart ou de la tibio-astragaliennne (cf. IRM du 8 avril 2008 et IRM du 28 juillet 2008). Il avait en outre fait

pratiquer une scintigraphie osseuse, qui avait permis d'exclure, ou en tout cas de montrer la guérison de la maladie de Sudeck. Cet examen n'avait par ailleurs pas montré de problème intra articulaire au niveau du Chopart et de la tibio-astragalienne droite, et démontré l'absence de lésion osseuse ou de problème inflammatoire aigu ab articulaire.

S'agissant de la cheville droite, il a estimé que l'atteinte ligamentaire était uniquement due à l'événement du 10 mars 2008, alors que la tendinopathie péronière chronique ne l'était que partiellement, d'une façon tout au plus possible. Il ne retenait pas le diagnostic de la maladie de Sudeck et se prononçait comme suit à propos de la capacité de travail :

« Je pense que l'événement du 10 mars 2008 n'entraîne plus de limitation de la capacité de travail, et que l'assurée peut reprendre une activité normale en tout cas de même type qu'avant l'événement qui nous concerne. »

Il a estimé qu'une reprise du travail était possible et qu'un statu quo ante était atteint en ce qui concernait la cheville droite six à neuf semaines après l'événement du 10 mars 2008.

Le 10 mars 2009, L. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assurée que le statu quo avait été atteint dès le 27 novembre 2008 pour les troubles vertébraux, étant donné qu'avant l'accident des névralgies sporadiques du membre supérieur gauche existaient déjà, ainsi qu'une raideur dorsale et des douleurs de type nerfs occipital d'Arnold. S'agissant de la cheville droite, le statu quo sine avait été atteint dans un délai de six à neuf semaines après l'accident du 10 mars 2008, les IRM des 8 avril et 28 juillet 2008 ayant mis en évidence une guérison sans séquelles. La tuméfaction rétro malléolaire latérale était, selon l'expert, vraisemblablement consécutive à une tendinopathie chronique des péroniers antérieure à l'accident précité, laquelle ne générait aucune incapacité de travail. L. \_\_\_\_\_ a dès lors conclu que l'assurée n'avait plus droit aux prestations pour les suites du sinistre dont elle avait été victime le 10 mars 2008. Elle a toutefois décidé de renoncer à demander le remboursement des prestations versées à tort au-delà du 27 novembre 2008 et d'intervenir

exceptionnellement pour les prestations d'indemnités journalières jusqu'au 15 mars 2009 y compris.

Le 13 août 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un rapport au médecin traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, dont il ressort ce qui suit :

« L'examen du 9 juin montre une cheville et un pied droit tuméfiés, raides et douloureux 14 mois après le traumatisme. Ceci doit être considéré comme tout à fait anormal et correspond donc à la définition de la maladie de Sudeck. Partant de cette hypothèse, j'ai réintroduit un traitement de Miacalcic qui avait nettement soulagé la patiente dans un premier temps et débuté une physiothérapie de mobilisation douce. Lors du contrôle clinique du 2 juillet 2009, la patiente note une amélioration dans la mobilité avec une diminution de l'œdème et une légère diminution de la symptomatologie douloureuse. L'examen clinique confirme cette évolution favorable. Miacalcic et physiothérapie sont donc poursuivis jusqu'au prochain contrôle clinique prévu le 24 août 2009. L'état actuel me paraît à l'évidence séquellaire de l'accident du 10 mars 2008 et je ne vois aucune autre pathologie hors accident pouvant expliquer le status actuel. »

Par courrier du 26 août 2009, Me Philippe Nordmann, nouveau conseil de l'assurée, a transmis à L.\_\_\_\_\_, un rapport complémentaire du Dr J.\_\_\_\_\_ du 25 août 2009 à son attention, rédigé en ces termes :

« Le diagnostic de maladie de Sudeck est, selon la littérature, principalement clinique. Aucun examen complémentaire n'est spécifique ni sensible à 100 %, ce qui revient à dire que, même si la scintigraphie est négative, ceci n'exclut pas une maladie de Sudeck. La définition de cette affection est relativement précise. Il s'agit d'une tuméfaction douloureuse, avec enraidissement, survenant principalement après un traumatisme, et de longue durée (12 à 24 mois). Nous sommes donc dans ce cas de figure. Depuis l'introduction du Miacalcic, la patiente note une légère amélioration, visible cliniquement avec diminution de l'œdème, augmentation des amplitudes articulaires, et diminution de la douleur. Je maintiens donc mon diagnostic. »

Par courrier du 18 septembre 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_, sollicité par L.\_\_\_\_\_, a admis que si le diagnostic d'algoneurodystrophie était essentiellement clinique, les examens complémentaires, tels que la résonance magnétique et la scintigraphie osseuse, permettraient en cas de doute de confirmer le diagnostic, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Au vu de ces éléments, L.\_\_\_\_\_ a sollicité l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel s'est prononcé le 1<sup>er</sup> octobre 2009 sur la base du dossier en l'état, sans pratiquer d'examen clinique de l'assurée. Ce praticien a exclu la présence d'une maladie de Sudeck au vu de la scintigraphie osseuse pratiquée.

Par décision du 16 octobre 2009, L.\_\_\_\_\_ a considéré que le statu quo sine avait été atteint pour la cheville droite dans un délai de six à neuf semaines après l'accident du 10 mars 2008, les IRM des 8 avril et 28 juillet 2008 ayant mis en évidence une guérison sans séquelles. L.\_\_\_\_\_ a toutefois renoncé à demander le remboursement des prestations versées à tort du 27 novembre 2008 au 15 mars 2009.

L.\_\_\_\_\_ a confirmé cette décision par une décision sur opposition du 26 février 2010.

**B.** Par acte de son mandataire du 30 mars 2010, S.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 26 février 2010. Elle a conclu à son annulation, estimant que L.\_\_\_\_\_ devait continuer à prendre en charge les frais de traitement et les indemnités journalières et, au moment où le cas serait stabilisé, passer au régime de la rente. L.\_\_\_\_\_ pour sa part, a conclu au rejet du recours.

Dans le cadre du dossier de l'AI, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a été sollicité pour examiner l'assurée. Dans son rapport du 12 juillet 2010, il a posé le diagnostic de douleurs chroniques de la cheville droite, de status après entorse bénigne du LLE (ligament latéral externe) et de cervico-dorsalgies. Il a noté une discopathie débutante C3-C4, C4-C5. Il a admis une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 100 % depuis le 10 juin 2008 dans une activité adaptée. Il justifie cette appréciation de la façon suivante :

« Malgré une multitude de traitements conservateurs, à savoir immobilisation, AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], infiltrations de corticostéroïdes, physiothérapie à sec et en piscine, l'assurée garde des douleurs dont l'intensité est disproportionnée par rapport à l'examen clinique rassurant et les divers examens de radiologie qui montrent des altérations mineures. On peut admettre avec générosité que l'assurée ne puisse pas exercer son travail habituel d'aide hospitalière, par contre on ne voit aucune raison somatique pour que cette assurée ne puisse pas travailler à temps complet dans un travail qui respecte les limitations fonctionnelles. »

L'assurée ayant constaté une amélioration de ses douleurs, elle a indiqué à l'OAI lors d'un entretien du 15 septembre 2010, qu'elle était disposée à entreprendre des mesures professionnelles. Un stage qui devait se dérouler du 10 janvier au 9 avril 2011, a été mis en place auprès du centre de formation A.\_\_\_\_\_ pour évaluer ses possibilités dans le domaine du bureau et de l'accueil. Dès le début du stage, l'assurée a subi de nombreuses incapacités de travail attestées médicalement par son nouveau médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en médecine physique et réhabilitation, ainsi qu'en rhumatologie.

Dans un rapport médical du 31 janvier 2011, adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral aigu avec lombosciatalgies gauches en raison de discopathies L5-S1 avec protrusion postérieure prédominant à gauche, scoliose lombaire à convexité gauche, lordose lombaire à long rayon de courbure, de même qu'une calcification partielle du ligament longitudinal antérieur en C4-C5, D12-L1 et L1-L2, ainsi que d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit dans les suites d'une entorse de la cheville droite, avec rétractions musculaires étagées et aponévrosite plantaire. Il a indiqué que l'assurée avait présenté un syndrome lombo-vertébral aigu avec sciatalgie gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs et probablement d'efforts lors de la marche pour épargner le membre inférieur droit. Il évoquait la possibilité pour les problèmes algodystrophiques dudit membre d'avoir une évolution prolongée en raison de l'appui perpétuel sur le membre atteint.

Le 4 février 2011, l'assurée a été victime d'un probable malaise vagal en se rendant en stage. Dans un rapport du 8 février 2011 au SMR, le Dr D.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée, après s'être tapée le pied droit contre un trottoir, avait ressenti de violentes douleurs qui l'avaient contrainte à se rendre en urgence à la Polyclinique T.\_\_\_\_\_. Le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, qui l'avait examinée, avait procédé à une injection intramusculaire en raison de l'importance des lombosciatalgies. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a encore indiqué que l'état de santé de sa patiente ne lui permettait pas de poursuivre son stage, les trajets et les stations assises prolongées n'étant pas adaptés à son problème lombaire. Il prolongeait l'incapacité de travail donnée initialement par le Dr B.\_\_\_\_\_ (incapacité de travail de 100 % du 4 au 9 février 2011) au 28 février 2011.

Le 25 février 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_ a évoqué, dans un rapport adressé au médecin du SMR, les raisons qui selon lui avaient conduit au résultat négatif de la scintigraphie osseuse demandée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ (inutilité des scintigraphies faites au stade II et III de la maladie correspondant à la phase de stabilisation). Il a considéré, en revanche, que le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait rapporté tous les signes cliniques de l'algodystrophie. Il a encore ajouté ce qui suit :

« Sur le plan des limitations fonctionnelles, le Dr M.\_\_\_\_\_ note : "[l'assurée] peut exercer un travail sédentaire ou semi sédentaire, sans port de charge, en évitant des déplacements fréquents à plat, doit éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre les pentes ou les escaliers. Doit éviter les positions statiques de sa nuque en flexion antérieure. Doit éviter la position debout statique prolongée".

Madame S.\_\_\_\_\_ estime que le stage qui lui a été proposé à l'A.\_\_\_\_\_ avec plusieurs déplacements et parfois en pente pour se rendre au lieu du stage, des positions statiques prolongées devant un ordinateur, effectuer des tris et des recyclages de cartons en position arc boutée, ne correspond pas aux critères émis par le Dr M.\_\_\_\_\_.

Lors des entretiens initiaux avec Madame X.\_\_\_\_\_ et Monsieur V.\_\_\_\_\_ en vue du choix d'une formation, Madame S.\_\_\_\_\_ affirme qu'une formation comme réceptionniste hôtesse d'accueil avait été retenue. Votre assurée s'attendait à un stage en entreprise. »

Le centre de formation A.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport de stage le 18 mars 2011 dans lequel il a été constaté un manque d'implication de la part de l'assurée, des difficultés d'apprentissage, ainsi que de nombreuses absences ne permettant pas de tirer un bilan objectif.

Dans la première procédure pendante à l'encontre de L.\_\_\_\_\_, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, compte tenu des avis contradictoires au dossier. Dans le rapport médical du 31 octobre 2011, l'expert a confirmé l'existence d'une algodystrophie, indiquant au titre de diagnostic :

« Un statut après accident de la voie publique avec traumatisme du rachis cervical et lombaire et de la cheville droite. La situation a évolué de manière satisfaisante au niveau du rachis cervical et lombaire. Le membre inférieur droit présente un statut post-traumatique avec développement d'un CRPS (Complex Regional Pain Syndrome, "syndrome douloureux régional complexe" souvent référé comme maladie de Sudeck) dans le cadre d'un traumatisme du pied et de la cheville avec une entorse de l'articulation tarso-métatarsienne de Lisfranc. »

Il a en outre expliqué les raisons qui lui permettaient de se distancer des avis des Drs Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, évoqué un état stationnaire de l'assurée avec une tendance à l'amélioration et confirmé l'indication des traitements de physiothérapie et d'antalgie afin d'améliorer l'état de santé et d'éviter une aggravation. Il a en outre confirmé le lien de causalité exclusif entre les troubles du membre inférieur droit et l'accident, une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'aide extra-hospitalière et indiqué que s'agissant d'une activité de substitution, seule une observation pratique dans des stages était susceptible de permettre de répondre à la question, étant précisé qu'une station assise prolongée pouvait se traduire par un œdème douloureux s'aggravant au fil des heures.

Dans un arrêt du 30 mai 2012 (cause AA 34/10 - 46/2012), la Cour de céans a admis sur la base de l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ que si le statu quo avait été atteint au plus tard le 15 mars 2009 pour les troubles au niveau cervical et dorsal, tel n'était pas le cas s'agissant de l'atteinte à

la cheville droite en raison du lien exclusif avec l'accident et du syndrome douloureux régional complexe qu'avait entraîné le traumatisme de l'articulation du Lisfranc. Elle a par conséquent admis le recours et réformé la décision dans le sens de la prise en charge des frais de traitement du pied droit et du versement d'éventuelles indemnités journalières.

**C.** L'instruction du dossier s'est poursuivie en parallèle du point de vue de l'assurance-invalidité. Un stage d'observation-évaluation, dans le secteur tertiaire du bureau qui devait être effectué par l'assurée du 29 mai au 26 août 2012, a été mis sur pied par l'OAI auprès des U. \_\_\_\_\_ (U. \_\_\_\_\_), à [...].

En cours de stage, l'assurée a informé l'OAI par téléphone du 21 juin 2012, qu'elle était en arrêt maladie attesté par certificat médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du 13 au 28 juin 2012. Elle a expliqué que les trajets pour se rendre au centre de formation étaient trop longs, qu'elle devait emprunter des chemins en pente et prendre des escaliers, ce qui avait déclenché de fortes douleurs au niveau de ses lombaires et de sa sciatique.

Le 9 août 2012, dans un rapport médical adressé au Dr F. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics suivants :

- « - Algoneurodystrophie du membre inférieur droit dans les suites d'une entorse de la cheville droite 2008 avec rétraction musculaire étagée.
  - o Echo-Doppler du membre inférieur droit du 20.12.11 : signal Doppler du réseau veineux normal, pas d'anomalie musculaire du mollet droit, kyste de Becker.
- Syndrome lombo-vertébral aigu récidivant avec sciatalgies gauches et début juin 2012 à droite.
  - o Discopathies étagées lombaires, principalement en L5-S1 avec protrusion prédominant à gauche [...].
  - o Calcifications isolées du ligament longitudinal antérieur [...].
- Gonalgies gauches à épargne du membre inférieur droit. »

A titre d'antécédents personnels, il a évoqué notamment des gonalgies gauches, une précordialgie avec palpitations, des douleurs

pariétales thoraciques, ainsi qu'une discrète neuropathie sensitive du nerf médian dans le canal carpien. Evoquant la capacité de travail nulle attestée par le médecin traitant jusqu'au 27 juin 2012 avec une reprise à 50 % dès le 28 juin 2012, il informait ce dernier qu'il entendait prolonger l'incapacité de travail à 50 % jusqu'au 17 août 2012.

A l'issue de la mesure, qui s'est terminée le 26 août 2012, le chef de secteur des U. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport de synthèse du 5 septembre 2012, informé l'OAI en ces termes :

« En fin de mesure, nous déterminons que l'assurée peut être réadaptée dans le marché ordinaire. Un stage à 60 % à la réception d'un service des G. \_\_\_\_\_ [G. \_\_\_\_\_] a permis de confirmer l'orientation d'aide de bureau. Toutefois, une remise à niveau en bureautique, notamment dans l'utilisation des logiciels Word et Excel ainsi que l'utilisation de la messagerie et d'Internet, est nécessaire afin que l'assurée augmente son employabilité dans ce domaine. L'assurée connaissant bien le domaine médico-social, nous recommandons que ses recherches d'emploi soient orientées dans ce sens. »

En outre, les conclusions tirées lors du bilan d'évaluation du 16 juillet 2012 définissaient les capacités de l'assurée à un taux de 50 % dans un emploi respectant la position assise avec alternance des positions, avec un rendement de 90 % (à 100 %), pour du conditionnement léger, dans le circuit économique normal.

C'est par téléphone du 14 mars 2013 que l'assurée a informé L. \_\_\_\_\_ qu'elle avait effectué un stage en bureautique dans le cadre de mesures de réadaptation AI et qu'elle était à nouveau indemnisée par l'assurance-chômage depuis le 1<sup>er</sup> février 2013. Elle a indiqué que son pied la faisait toujours souffrir au point de ne pas pouvoir marcher plus de 15 minutes et que la douleur remontait parfois jusque dans la hanche. Elle indiquait ne pas avoir actuellement de gêne par rapport à son dos.

Par courrier du 14 mai 2013, Me Nordmann a demandé à L. \_\_\_\_\_ de bien vouloir examiner la problématique de la rente, dans la mesure où l'état de santé de sa mandante était stabilisé. Il a donc requis une décision relative aux prestations à long terme. Il a transmis en annexe

un rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 22 avril 2013 qui admettait un état de santé stationnaire et la possibilité pour sa patiente d'exercer une activité adaptée à son état de santé dans la mesure des incapacités attestées dans son certificat du 28 janvier 2013, sans baisse de rendement si le travail permettait de varier les positions. Dans le cas contraire, il admettait une diminution de rendement de 20 % et une perte de rendement supplémentaire en raison d'éventuelles rechutes. Dans un paragraphe intitulé « pronostics médicaux », il évoquait ce qui suit :

« Pour une algodystrophie il faut compter 1 à 2 années de traitements, pour des composants d'un membre porteur comme la cheville et le pied, l'évolution peut être plus longue. A mon avis il persiste une lésion structurelle de la cheville et du pied droits, organes très complexes, qui n'est pas guérie, et qui ne guérira probablement jamais. L'aspect du pied et de la cheville n'est pas satisfaisant. La cheville a spontanément une attitude en inversion et le pied en équin. Si une pause est faite dans la physiothérapie et les exercices d'automobilisation, ou en cas de réactivation douloureuse, la cheville et le pied reprennent une posture plus anormale. Il y a vraisemblablement développement de tissus fibreux plus denses qui maintiennent l'enraidissement de la cheville et du pied droits, et qui font partie de l'évolution de l'algodystrophie sur le long terme.

Concernant l'atteinte à l'intégrité, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, était d'avis dans son rapport d'expertise de 2011 que cette appréciation est difficile car les limitations sont fonctionnelles (restriction de la fonction) et douloureuses plus que anatomique (comme une amputation) et que les tables de la SUVA ne sont pas adaptées.

Toutefois il existe une table de la SUVA (copie ci-jointe) concernant le taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs :

Cheville : articulation tibio-tarsienne : "Bloquée à angle droit : 15 %". Dans le cas de Mme S. \_\_\_\_\_ la cheville n'est pas à proprement parler bloquée, mais celle-ci présente une nette limitation de mobilité. La mobilité de la cheville est anormale avec une incapacité de positionner le pied en flexion dorsale, ce qui génère une incapacité d'effectuer un déroulement du pied à la marche (flexion-extension 0-10-30° à droite, 20-0-45° à gauche). Depuis les amplitudes articulaires de la cheville n'ont guère variés.

Telle que décrit, la cheville a une position en léger équin, pour obtenir la cheville à angle droit (cotation 0-0-30°), un mouvement passif est nécessaire, c'est-à-dire le secours d'une aide extérieure.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ précise que la marche se fait avec une position en rotation externe du pied de 20° environ (cette position permet de compenser en partie le déficit de mobilité de la cheville).

"Gêne fonctionnelle dans les articulations sous-astragaliennes, par exemple fracture du calcanéum (arthrose) 5-30 %". Le Dr E. \_\_\_\_\_ note : L'articulation sous-astragalienne présente une perte des amplitudes articulaires de 50 % environ comparativement au côté gauche. Cette articulation permet d'accommoder un terrain qui n'est pas plat.

"Troubles fonctionnels douloureux après fracture-luxation de l'articulation de Lisfranc ou du métatarse 10-20 %". Le Dr E. \_\_\_\_\_ a retenu en particulier un traumatisme de l'articulation de Lisfranc comme étant le résultat de l'accident du 8 mars 2008.

Le rôle de l'articulation de Lisfranc est de permettre les mouvements d'inversion et d'éversion du pied. Mme S. \_\_\_\_\_ ne parvient qu'à esquisser le mouvement d'éversion. L'attitude spontanée et antalgique du pied droit de Mme S. \_\_\_\_\_ est en inversion, ce qui ne permet pas une marche correcte.

Ce qui précède rend bien compte de la complexité des articulations de la cheville et du pied.

Des traitements médicamenteux et de physiothérapie doivent être maintenus.

Il n'y a pas d'opération à envisager.

Sur le plan de l'algodystrophie, la situation est proche d'un état séquellaire avec perte de l'usage normal du membre inférieur droit avec des répercussions au niveau du rachis lombaire et surcharge du membre inférieur contro-latéral. »

Le 1<sup>er</sup> juillet 2013, le Dr D. \_\_\_\_\_ a attesté des incapacités de travail suivantes :

« 100 % du 10.03.2008 au 24.05.2011  
50 % du 25.05.2011 au 30.09.2011  
40 % du 01.10.2011 au 15.12.2011  
100 % du 16.12.2011 au 17.01.2012  
50 % du 18.01.2012 au 31.01.2012  
40 % du 01.02.2012 au 09.07.2012  
50 % du 10.07.2012 au 13.01.2013  
100 % du 14.01.2013 au 18.01.2013  
50 % du 19.01.2013 au 24.02.2013  
100 % du 25.02.2013 au 11.03.2013  
50 % du 12.03.2013 au 05.11.2013. »

Il a indiqué dans le même document les restrictions à prendre en considération pour l'exercice d'une activité, à savoir :

« - Travail en position assise avec possibilité de se lever chaque heure  
- pas de marche répétée de plus de 30 minutes  
- pas de travail accroupi ou à genou  
- pas de marche sur terrain irrégulier ou en pente  
- pas de montées/descentes des escaliers répétées  
- pas de positions soutenues en flexion ou arc-bouté ou en porte-à-faux  
- pas de port de charge répété de plus de 5kg, port de charge occasionnel de 10kg. »

A la demande de L. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ a transmis des informations concernant sa patiente dans un rapport du 16 janvier 2014. Il

a indiqué qu'elle se plaignait d'importantes douleurs de la cheville et du pied droits et constaté une importante péjoration de l'état de la cheville et du pied droits sous forme d'un œdème sur le dos du pied, d'une limitation en extension dorsale et d'une position du pied en inversion. Il a posé les diagnostics d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit dans les suites d'une entorse de la cheville droite et perte des amplitudes articulaires de 50 % environ de l'articulation sous astragalienne. Il admettait la moindre importance des manifestations douloureuses lors de sa consultation du 15 janvier 2014 et une évolution discrètement favorable rendue possible par la prise d'antalgiques. Il évoquait la poursuite de la physiothérapie en précisant que conduite de manière trop intensive, les phénomènes douloureux et l'œdème étaient réactivés. Il attestait d'une incapacité de travail totale du 17 décembre 2013 au 15 janvier 2014, date à laquelle sa patiente avait retrouvé une capacité à 50 %.

Suite à l'interpellation de l'assurée s'agissant du nom de l'expert, et avec son accord, L. \_\_\_\_\_ a mandaté le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, aux fins d'expertiser l'intéressée. Dans son rapport du 23 janvier 2014, l'expert a posé les diagnostics de statut après entorse externe de la cheville droite et entorse du Lisfranc du pied droit, ainsi que de statut après syndrome régional douloureux complexe du membre inférieur droit. Il a indiqué qu'à plus de cinq ans de l'événement, la situation était stabilisée, aucune modification significative de l'état de santé de l'assurée n'étant à attendre. Il confirmait le lien de causalité entre l'accident et les lésions du pied et de la cheville droits tout en considérant que les troubles dégénératifs cervicaux et lombaires n'étaient pas à charge de l'assureur-accidents. Au titre des limitations fonctionnelles, il reconnaissait à l'assurée des difficultés à marcher de façon prolongée, en terrain irrégulier, à la montée ou la descente répétée d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. Des limitations dans les travaux accroupis ou à genoux devaient également être reconnues, une profession permettant l'alternance des positions assise ou debout était selon lui souhaitable. Concernant la capacité de travail, il reconnaissait une

incapacité totale dans son ancienne activité d'aide hospitalière, en considérant en revanche, s'agissant des suites de l'événement du 10 mars 2008, la possibilité pour l'assurée de faire valoir une pleine capacité de travail. Il rappelait que les troubles dégénératifs rachidiens ne relevaient pas de l'accident. S'agissant de l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, l'expert prenait en considération l'entorse externe de la cheville droite et celle de l'articulation du Lisfranc du pied droit à hauteur de 5 % chacune, considérant une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) totale de 10 %.

Le 16 juin 2014, L. \_\_\_\_\_ a transmis au conseil de l'assurée un document intitulé « droit d'être entendu ». Dans ce dernier, se fondant sur un salaire annuel de 71'785 fr. relatif à une activité à 100 % sans invalidité, ainsi qu'un gain d'invalidé de 49'109 fr. 70, L. \_\_\_\_\_ retenait un taux d'invalidité de 32 %. La rente d'invalidité s'élevait à 912 fr., depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014, la période précédente faisant l'objet de versements d'indemnités journalières. L'IPAI, dont le taux s'élevait à 10 %, se montait à 12'600 francs.

Dans un rapport du 27 août 2014 adressé à Me Nordmann, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'algodystrophie ne touchait pas uniquement la partie du membre accidenté mais tout le membre, soit dans le cas de l'assurée l'ensemble du membre inférieur droit, que cette maladie évoluait par poussées en lien avec les sollicitations mécaniques ou même de manière spontanée. Il a encore ajouté ce qui suit :

« L'algodystrophie se manifeste par une diminution de la densité osseuse, par un œdème osseux, les troubles vaso-moteurs avec gonflement des tissus mous par des rétractions musculaires. Cette maladie évolue par poussées en lien avec les sollicitations mécaniques ou même de manière spontanée. A distance de l'événement déclenchant, les manifestations de l'algodystrophie deviennent moins fréquentes et les poussées moins douloureuses et moins marquées et ont tendance à se raréfier. La cheville et le pied étant des éléments porteurs du corps humain, ils sont donc beaucoup plus sensibles aux sollicitations. L'évolution de l'algodystrophie peut se prolonger. Un élément de mauvais pronostic quant à l'évolution de l'algodystrophie chez Mme S. \_\_\_\_\_ est constitué par la situation suivante : il n'y a pas de guérison des lésions de la cheville et du pied occasionnées par l'accident du

10 mars 2008. Les lésions sont irréversibles. Les éléments irritatifs à même de déclencher des poussées d'algodystrophie persistent. Depuis mi-mai 2014, Mme S.\_\_\_\_\_ présente des douleurs de la face antérieure du genou droit avec un petit épanchement et déclenchement d'un réveil nocturne. L'IRM du genou droit du 13 juin 2014 a effectivement montré une infiltration œdémateuse diffuse de l'os spongieux compatible avec une manifestation d'algodystrophie. Quelques semaines plus tard, le 30 juin 2014, Mme S.\_\_\_\_\_ a été réveillée par des douleurs aiguës du pied droit, dont l'avant-pied était nettement gonflé. A l'examen clinique, il y avait une douleur à la palpation en regard des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens faisant suspecter une fracture sur insuffisance osseuse, le tissu osseux étant fragilisé par l'algodystrophie. Le bilan radiologique du 30 juin 2014 n'a pas montré de fracture. »

En réponse à de nouvelles questions de l'avocat de l'assurée, le Dr D.\_\_\_\_\_ s'est déterminé le 7 octobre 2014 sur la capacité de travail de sa patiente dans son ancienne activité et dans une activité adaptée, sans contraintes physiques en tenant compte des douleurs diurnes et nocturnes avec les problèmes de fatigue et de concentration que cela entraînait. Considérant qu'il n'existait plus aucune capacité de travail dans l'activité d'aide infirmière, il a admis une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et rappelé que dans son rapport d'expertise de 2011, le Dr E.\_\_\_\_\_ avait admis qu'elle devait être évaluée dans un stage de reconversion. Il a en outre noté que ces différents stages qui avaient nécessité des déplacements s'étaient principalement soldés par des échecs en raison des œdèmes de la cheville et du pied gauches [recte : droits]. Selon lui, le poste de travail dans une activité adaptée devait comporter la possibilité de surélever le membre inférieur droit, l'œdème se développant après 30 minutes de stations assises. Il fallait également prendre en considération un absentéisme en raison des douleurs et de l'œdème qui pouvait survenir spontanément ou lors de sollicitations entrant dans le cadre des activités de la vie quotidienne.

L.\_\_\_\_\_ a rendu une décision le 28 octobre 2014, dans laquelle elle a confirmé le taux d'invalidité de 32 %, le montant de la rente de 912 fr., le taux d'atteinte à l'intégrité de 10 % et le montant de l'indemnité de 12'600 fr., et admis la prise en charge du traitement de physiothérapie d'entretien, du traitement antalgique et du suivi par son médecin traitant.

L'assurée s'est opposée à cette décision, par déterminations de son mandataire du 24 novembre 2014. Elle a déclaré se montrer d'accord tant avec le gain de valide retenu que celui d'invalidé, de même qu'avec la date du passage à la rente au 1<sup>er</sup> juin 2014. Elle a en revanche contesté le taux d'invalidité retenu en ce sens que L. \_\_\_\_\_ se fondait, pour le déterminer, sur la possibilité de travailler dans une activité adaptée à 100 %. En effet, elle a relevé que l'impossibilité de trouver un employeur acceptant qu'elle surélève sa jambe quand elle en ressentait le besoin entraînait l'impossibilité pour elle d'exercer une quelconque activité professionnelle. S'agissant de l'IPAI, elle considérait que le taux, compte tenu des diverses parties du corps atteintes, devait s'approcher des 50 %.

L'OAI a rendu un projet de décision le 16 décembre 2014 dans lequel il déterminait la part d'activité lucrative à 60 % et la part ménagère à 40 %, conduisant à un degré d'invalidité globale de 26.51 % n'ouvrant aucun droit à une rente.

Dans des observations du 20 janvier 2015 à l'encontre du projet de décision précité, l'assurée s'est opposée au taux de capacité de travail retenu en raison des diverses contraintes relatives à son état de santé. Elle a en revanche admis la répartition entre activité professionnelle et ménagère.

Par décision sur opposition du 29 avril 2015, L. \_\_\_\_\_ a confirmé la position prise dans la décision du 28 octobre 2014 et rejeté l'opposition.

**D.** S. \_\_\_\_\_, assistée de son conseil, interjette recours le 28 mai 2015. Elle conclut à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente basée principalement sur un degré d'invalidité de 100 %, subsidiairement de 60 % et plus subsidiairement de 50 %, ainsi que d'une IPAI fondée sur un taux de 50 %, la prise en charge des traitements médicaux rendus nécessaires par l'accident et le remboursement des frais

en lien avec les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ à raison de 140 francs. A l'appui de son recours, elle allègue que l'algodystrophie ne concerne pas uniquement la cheville droite, qu'elle atteint au contraire l'ensemble du membre inférieur droit et notamment le genou. Elle fait mention d'un rapport de son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, qu'elle considère comme mettant objectivement en doute le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ mandaté par l'assurance. Elle considère que pour cette raison une expertise judiciaire doit être mise en œuvre.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'intimée conclut au rejet du recours. A l'appui de ce dernier, elle allègue que les différents stages effectués par l'intéressée dans le cadre d'observation pour la réinsertion professionnelle ont permis d'établir qu'elle était capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 %, telle une activité dans l'accueil-réception ou d'aide de bureau, dont elle remplissait les prérequis. S'agissant de l'IPAI, l'intimée relevait que quand bien même le Dr D.\_\_\_\_\_ indiquait dans son rapport du 27 août 2014 que l'algodystrophie se manifestait sur l'ensemble du membre accidenté, il n'avait pas été en mesure de chiffrer le taux d'IPAI et avait d'autre part admis que les conséquences de cette pathologie avaient tendance à se raréfier. Elle ne voyait pour le surplus aucun motif de s'écarter de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, dont les conclusions relatives au taux d'IPAI étaient claires.

Le 25 août 2015, la recourante réplique en alléguant que les troubles dégénératifs cervicaux et lombaires doivent être à charge de l'assurance-accidents dans la mesure où ces derniers, conformément à l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ du 22 avril 2013, étaient provoqués par les contraintes anormales sur les disques intervertébraux et les articulations interfacettaires postérieures que favorisait la boiterie occasionnée par les douleurs de la cheville droite. Elle relevait en outre le risque important d'absentéisme, ainsi que la difficulté de trouver un employeur acceptant qu'elle doive mettre sa jambe en extension pour réduire l'œdème. Elle contestait que les conséquences de l'algodystrophie aient tendance à se raréfier, alléguant au contraire d'une évolution irrégulière par poussées.

S'agissant du taux d'atteinte à l'intégrité, la recourante reproche à l'intimée une mauvaise interprétation du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une mauvaise utilisation de ce dernier en en détournant les propos.

L.\_\_\_\_\_ relève dans sa duplique du 6 octobre 2015, que dans son arrêt du 30 mai 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait admis que le statu quo était atteint depuis le 28 novembre 2008, respectivement le 15 mars 2009 s'agissant des troubles cervicaux et dorsaux. Cet arrêt étant entré en force de chose jugée, il n'y avait pas lieu d'y revenir. S'agissant des possibilités pour la recourante de retrouver un emploi, elle constate la concordance des avis des médecins du SMR et du Dr N.\_\_\_\_\_ en faveur de la possibilité pour la recourante de reprendre une activité adaptée à 100 %. Elle confirme les termes de sa réponse pour le surplus.

La jonction des causes AA 55/15 et AI 232/15 requise par la recourante est refusée par ordonnance de la juge instructrice du 19 novembre 2015, tout en précisant que le dossier de l'assurance-invalidité est versé au dossier concernant l'assurance-accidents.

Le 17 mars 2016, la recourante, qui maintient intégralement les conclusions de son recours, tout en se réservant de les préciser quant à la prise en charge des frais de rapports médicaux, produit un rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2016 lequel pose les diagnostics suivants :

« Algoneurodystrophie du membre inférieur droit dans les suites d'une entorse de la cheville et du pied droits le 10.3.2008 avec enraidissement des articulations tibio-astragaliennes et sous-astragaliennes, et lésion de l'articulation de Lisfranc avec enraidissement.

Gonalgies récidivantes.

Cervicobrachialgies bilatérales, trouble statique et dégénératif du rachis cervical (pour le diagnostic détaillé voir celui de la Dresse R.\_\_\_\_\_).

Syndrôme lombo-vertébral aigu et lombosciatalgies récidivantes, trouble statique aggravé par le trouble de la statique et de la marche du membre inférieur droit en lien avec l'algodystrophie et dégénératif du rachis, discopathies étagées.

Maladie hyperostotante diffuse (DISH). »

Il expose pour le surplus les raisons lui permettant d'admettre l'existence d'une algodystrophie toujours évolutive, évoque les conséquences de l'appui du pied droit sur le bord latéral sur le problème rachidien, et émet un pronostic pessimiste, tout en attestant d'une capacité de travail de 20 % seulement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 dans une activité adaptée.

Dans une écriture du 20 avril 2016, l'intimée se détermine sur le rapport précité du Dr D.\_\_\_\_\_. Elle conteste en particulier qu'il puisse avoir valeur d'expertise compte tenu du fait qu'il est le médecin traitant de la recourante et soutient que c'est de manière contradictoire avec ses propres rapports du 9 août 2012 et du 7 octobre 2014 que ce médecin évoque une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 20 % dès janvier 2011. En outre, les rapports de ce médecin ne pouvant être qualifiés d'expertises, et n'étant pas nécessaires à la solution du litige, la prise en charge des frais y relatifs ne pouvait lui être infligée. A l'appui de ses déterminations, l'intimée produit un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2016 qui fait une lecture rassurante de l'examen neurologique et électromyographique du 9 mars 2016 effectué par la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et qui explique les raisons du diagnostic de statut après algodystrophie au vu de l'état stabilisé, ainsi que la différence de circonférence du mollet et de la cuisse par une sous-utilisation du membre inférieur droit consécutive à l'algoneurodystrophie. Il rappelle que les troubles dégénératifs rachidiens, de même que ceux des genoux, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident en raison de leur antériorité. S'agissant de la capacité de travail, l'expert considère que le médecin traitant n'apporte aucun élément probant permettant de revenir sur l'estimation précédente, tout en relevant que l'avis de ce médecin devait être pris avec précaution en raison de sa relation thérapeutique avec la recourante.

Le 2 mai 2016, la recourante requiert la possibilité de déposer des déterminations complémentaires et produit en annexe à cette requête un avis du SMR du 13 avril 2016 selon lequel un examen complémentaire ou une expertise était indiqué en raison de la conflictualité du dossier. Elle

produit également les déterminations de l'OAI du 19 avril 2016 accompagnant cet avis.

La recourante joint à ses déterminations du 19 mai 2016 celles qu'elle avait effectuées dans le dossier parallèle AI 232/15, indiquant l'extrême rareté de voir l'OAI se distancer de son service médical, tout en relevant que l'avis médical du Dr D.\_\_\_\_\_ n'était pas véritablement remis en question, les éléments nouveaux soulevés dans ce rapport n'ayant pas été examinés par le médecin du SMR.

Par ordonnance du 6 décembre 2016, la juge instructrice informe les parties qu'après appréciation anticipée des preuves, il était possible de statuer en l'état du dossier.

La recourante produit encore le 12 décembre 2016 une facture du Dr D.\_\_\_\_\_ d'un montant de 1'783 fr. 95 correspondant aux frais d'établissement de son rapport du 16 mars 2016.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours du 28 mai 2015 contre la décision sur opposition de L. \_\_\_\_\_ du 29 avril 2015 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi. Il est donc recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge 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).

**b)** le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante retenu par l'intimée (32 %), de même que sur le taux d'atteinte à l'intégrité (10 %). La recourante considère en effet qu'ils ont été sous-évalués par L. \_\_\_\_\_, en raison notamment, s'agissant de la rente, d'une capacité de travail dans une activité adaptée surévaluée par l'expert et s'agissant de l'IPAI, de la seule prise en considération des problèmes en lien avec le pied et la cheville droits.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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)** 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'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156

consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

**b)** L'assureur social et le juge des assurances sociales en cas de recours doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 125 V 351 consid. 3a, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008, 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

**c)** Enfin, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont cependant pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement la mesure dans laquelle l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1, 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2).

**5. a)** En l'espèce, la recourante a été victime d'un accident de la circulation le 10 mars 2008 qui a occasionné une entorse cervico-scapulaire droite, une contusion lombaire droite, ainsi qu'une entorse de la cheville droite (rapport médical du 4 juin 2008 du Dr W.\_\_\_\_\_). Ultérieurement, en 2011, le Dr E.\_\_\_\_\_, expert judiciaire, a également évoqué une entorse de l'articulation tarso-métatarsienne du Lisfranc. Ces lésions au membre inférieur droit se sont compliquées d'une algoneurodystrophie, syndrome qui a fait l'objet de longues controverses médicales, avant d'être définitivement admis par l'expert précité (cf. rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2011 p. 5) et par la Cour de céans dans une précédente procédure comme conséquence directe de l'accident (cf. arrêt AA 34/10 - 46/2012 du 30 mai 2012 p. 20).

A ce stade, la recourante, qui admet la stabilisation de sa situation médicale (cf. réplique du 25 août 2015 ch. 1), à l'instar du Dr E.\_\_\_\_\_ en 2011 déjà (cf. rapport d'expertise du 31 octobre 2011 p. 13, « état stationnaire avec tendance à l'amélioration »), de son médecin traitant (cf. rapport médical du 22 avril 2013 p. 1) et de l'expert, le Dr N.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 23 janvier 2014 p. 19), considère que son état de santé global n'a pas été suffisamment pris en considération

par l'intimée pour évaluer sa capacité de travail résiduelle. En effet, selon elle et contrairement aux conclusions de l'expert, les conséquences de l'accident de 2008 s'étendent au-delà des lésions du pied et de la cheville droits.

**b)** S'appuyant notamment sur le rapport du 22 avril 2013 du Dr D.\_\_\_\_\_, la recourante prétend que les troubles du rachis dont elle souffre actuellement seraient également une conséquence de l'accident de 2008. Dans un rapport médical du 16 mars 2016, le médecin traitant expose en effet que la problématique du membre inférieur droit a modifié la statique du bassin et du rachis avec pour conséquence des contraintes inappropriées et asymétriques de la musculature, ainsi qu'une accentuation de la scoliose. Cependant, force est de constater que les éléments médicaux objectifs permettant de vérifier cette hypothèse font défaut. Au contraire, ils ne sont pas confirmés par les derniers rapports d'imagerie, soit l'IRM lombaire du 4 juillet 2012 et l'IRM cervicale du 19 février 2016 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie (cf. rapport médical du 16 mars 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_ p. 9), qui attestent d'une situation comparable à celle de 2005 pour la première et de 2009 pour la seconde. L'examen neurologique et électromyographique effectué le 9 mars 2016 par la Dresse R.\_\_\_\_\_ s'est en outre révélé rassurant (cf. rapport médical précité du Dr D.\_\_\_\_\_ p. 9), ce qu'a confirmé le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son complément du 14 avril 2016. D'autre part, cette hypothèse évoquée par le médecin traitant, dont la position empathique à l'égard de la recourante ne fait aucun doute, n'est partagée ni par les Drs H.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ ou N.\_\_\_\_\_ qui tous admettent un statu quo retrouvé en 2008 s'agissant des troubles vertébraux qu'ils considèrent comme étant d'origine dégénérative.

Au demeurant, à l'instar de ce qu'a rappelé la recourante (cf. réplique du 25 août 2015 ch. 1), la Cour de céans a également admis, sur la base des rapports médicaux au dossier, le retour du statu quo ante en 2009 au plus tard (cf. arrêt précité du 30 mai 2012 p. 20). Rien ne permet par ailleurs d'admettre une évolution défavorable, qui n'aurait pas déjà été prise en considération, puisque, dans un rapport médical du 31 janvier

2011, antérieur à cet arrêt, le Dr D.\_\_\_\_\_ faisait déjà état de troubles vertébraux statiques et dégénératifs, décrits de manière similaire dans son rapport médical du 16 mars 2016.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles du rachis sont également la conséquence de l'accident. Ces derniers ne peuvent donc entrer en considération dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante.

**c)** Il est constant en revanche que les troubles du pied et de la cheville droits sont en lien direct avec l'accident de 2008. Ainsi, seule l'incidence de cette symptomatologie sur la capacité résiduelle de la recourante dans une activité adaptée est source de contestation.

Dans ses écritures du 17 mars 2016, la recourante, annonçant une évolution défavorable de la cheville atteinte par l'accident mais également des parties du corps situées au-dessus (rachis et genoux), se réfère à la capacité de travail de 20 % admise par le Dr D.\_\_\_\_\_ (cf. rapport médical du 16 mars 2016 p.17).

Cette appréciation radicalement différente des précédentes n'est pourtant pas convaincante. En effet, c'est sur l'évolution de la problématique qui reste médicalement non objectivée, de même que sur les stages effectués et l'absentéisme prévisible que le médecin traitant justifie sa nouvelle évaluation. Or, il admet dans ce même rapport, s'agissant de l'algodystrophie, que l'état clinique de sa patiente est resté inchangé depuis l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ en 2011 (cf. rapport médical Dr D.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2016 p. 11). De même, alors qu'il avait connaissance du résultat des stages effectués et de l'absentéisme dont avait fait preuve la recourante lors de ceux-ci, il a admis dans un rapport médical du 7 octobre 2014 une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée. On peine dès lors à se convaincre de l'existence d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte antérieurement, parce qu'ils n'existaient pas. Certes le Dr D.\_\_\_\_\_ évoque une maladie hyperostosante diffuse qui n'a jamais été

diagnostiquée auparavant mais il ne prétend pas au demeurant qu'elle soit en lien de causalité avec l'événement assuré. Par ailleurs, on relèvera que les diagnostics évoqués sont similaires à ceux retenus précédemment par les différents médecins. Compte tenu de ce qui précède, cette évaluation d'une capacité de travail résiduelle de 20 % n'emporte pas la conviction de la Cour.

**d)** Reste enfin à déterminer si la capacité de travail totale dans une activité adaptée retenue par L.\_\_\_\_\_ pour apprécier le droit à la rente se justifie.

Conformément à ce qui a été précédemment discuté au considérant 5.b), on ne saurait retenir comme conséquence de l'accident les troubles prétendument statiques du rachis. Or, le Dr D.\_\_\_\_\_, outre une estimation plus clémente du fait de sa position de médecin traitant, fait une appréciation globale de l'état de santé de sa patiente, prenant en considération tant les troubles du rachis que ceux du membre inférieur droit. Ainsi, on ne saurait reprocher à l'intimée de s'être fondée sur l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, au demeurant la plus récente et qui remplit tous les critères déterminés par la jurisprudence, pour apprécier la capacité de travail résiduelle de la recourante en lien avec l'accident.

Certes, le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 27 novembre 2008, avait évoqué une capacité de travail de 50 % dans une activité assise, mais cet avis, trop ancien, ne saurait être préféré à celui du Dr N.\_\_\_\_\_. Quant au Dr E.\_\_\_\_\_, expert judiciaire, il ne s'est pas déterminé. En effet, il a évoqué s'agissant de la capacité de travail résiduelle que seule une observation pratique était susceptible de la déterminer. Cette façon d'appréhender cette évaluation est contraire à la jurisprudence rappelée au consid. 4.c) dès lors qu'il appartient au médecin d'évaluer cette capacité de travail. Au vu de ce qui précède, l'estimation faite à l'issue du stage ne saurait prendre le pas sur le rapport de l'expert N.\_\_\_\_\_.

Dans un dernier grief, la recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des lésions algodystrophiques qui se seraient étendues au-delà de la cheville droite, à tout le membre inférieur droit. A ce stade, force est d'admettre que cette aggravation qui n'est au demeurant pas clairement objectivée, n'est pas déterminante. En effet, les limitations fonctionnelles déterminées tant par l'expert que le médecin traitant pour l'exercice d'une activité adaptée, tiennent suffisamment compte des difficultés que la recourante pourrait rencontrer, quelle que soit l'étendue de l'atteinte.

**6.** La recourante conteste encore le taux d'atteinte à l'intégrité de 10 % défini par le Dr N. \_\_\_\_\_ et retenu par l'intimée dans la décision attaquée.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les

références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1, 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 124 V 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

**b)** Dans le cas particulier, la recourante prétend que le taux d'atteinte à son intégrité s'élèverait à 50 % au moins, dans la mesure où, contrairement à ce que retient le Dr N.\_\_\_\_\_, l'atteinte ne se limiterait pas au pied et à la cheville droits.

Comme précédemment rappelé, l'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant. De manière claire, le Dr N.\_\_\_\_\_ a fait état de ses constatations cliniques (raideur de l'articulation tibio-talienne et raideur du médio-tarse) et expliqué les raisons qui le conduisaient à

retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 10 %. Il a considéré en effet que l'atteinte dont souffrait la recourante pouvait se traduire par analogie à une arthrose moyenne. Il ne relevait en outre aucune particularité à l'examen des deux genoux. Certes le Dr D.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 22 avril 2013 avance-t-il certaines hypothèses qui rendent compte selon lui de la complexité des articulations touchées, tout en renonçant à quantifier l'atteinte résultant de ses constatations. Ce faisant, outre le fait que l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_ est plus récent, les éléments évoqués et les conséquences qu'en tire le Dr D.\_\_\_\_\_ sont par trop imprécis pour remettre en question l'avis de l'expert. D'autre part, les autres atteintes durables alléguées par la recourante (cf. réplique du 25 août 2015 ch. 5) n'ayant été objectivées par aucun des médecins, elle ne saurait en déduire un droit quelconque à une indemnité.

**7. a)** Il convient encore de relever que le rapport du médecin traitant du 16 mars 2016 ne justifie pas de requérir une nouvelle expertise. En effet, dans la mesure où il ne permet pas d'admettre d'éléments nouveaux en lien avec l'accident, puisqu'il ne constitue qu'une évaluation différente d'un état de fait connu de longue date, l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, rejoignant au demeurant celui de plusieurs autres médecins experts, reste le plus probant pour évaluer les seules conséquences de l'événement accidentel. Le dossier étant par conséquent suffisamment complet et exhaustif pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 137 III 208 consid. 2.2, 135 II 286 consid. 5.1, 134 I 140 consid. 5.2).

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision de l'assureur confirmée.

**b)** Dans son acte de recours et ses déterminations des 17 mars et 12 décembre 2016, la recourante a conclu à la mise à charge de l'intimée des frais d'établissement des rapports médicaux du Dr

D.\_\_\_\_\_. Réclamant dans un premier temps un montant de 140 fr., elle a conclu ultérieurement à celui de 1'783 fr. 95 sur la base d'une facture, qui semble se rapporter exclusivement au rapport du 16 mars 2016, produit en cours de procédure. En vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 135 V 473, 115 V 62 ; TF 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence). En l'occurrence, les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ n'ont pas directement permis d'établir de manière concluante l'état de fait médical déterminant s'agissant tant de la question de la capacité de travail que de l'IPAI. Ils n'ont dès lors pas contribué à la résolution du litige. Au demeurant, la recourante qui succombe n'a pas droit à des dépens.

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

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 29 avril 2015 par l'intimée est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann (pour S. \_\_\_\_\_)
- L. \_\_\_\_\_
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :