

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Georges Reymond,
avocat à Lausanne,

et

H. _____ [...], à [...], intimée.

Art. 6 al. 1, 24 et 25 LAA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée), née en 1952, travaillait en tant que professeur d'anglais à 40,90% au Gymnase de S._____. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la R._____, membre du V._____ et ayant pour partenaire H._____ [...] (ci-après : H._____) pour les prestations de longue durée.

Victime d'une chute à ski le 3 janvier 2004 après avoir heurté un gros caillou et croisé ses skis en descendant une piste, l'assurée a été transportée le jour même à l'Hôpital régional de L._____, où il a été constaté que le front, la mâchoire et la région orbitale gauches étaient tuméfiés et douloureux à la palpation mais qu'il n'y avait aucune lésion osseuse au vu des radiographies effectuées, le diagnostic retenu étant celui de lésions traumatiques superficielles de la tête. Elle a quitté l'hôpital le lendemain.

Après cet événement, l'intéressée tentera à diverses reprises de reprendre le travail totalement ou partiellement, avant de cesser finalement son activité pour le 30 avril 2007 ou le 30 juin 2007, selon les versions.

B. a) L'accident du 3 janvier 2004 a été annoncé le 16 janvier suivant à la R._____.

Aux termes d'un rapport du 13 janvier 2004 consécutif à un scanner cérébral, le Dr D._____, radiologue, a conclu à une fracture comminutive antérieure et du plancher du sinus maxillaire gauche avec hémato-sinus, sans lésion suspecte de nature post-traumatique au niveau du parenchyme cérébral.

Par rapport du 16 février 2004, le Dr K._____, médecin généraliste traitant, a fait état d'une fracture par enfoncement du massif facial gauche et d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) simple. Le 1^{er}

mars 2004, il a précisé que l'évolution était lentement favorable avec une diminution des vertiges et du status algique, tout en notant des céphalées persistantes et des troubles de la concentration. Le 17 juillet 2004, le Dr K._____ a signalé la persistance d'algies faciales sévères, avec céphalées et vertiges post-traumatiques, ainsi qu'une fatigabilité intellectuelle marquée ; il a également mentionné une discrète amélioration au fil du temps.

Dans un rapport du 4 octobre 2004 faisant suite à un scanner cérébral, le Dr D._____ a constaté que les résultats de l'examen pratiqué étaient dans les limites de la norme pour l'âge.

A teneur d'un compte-rendu du 22 novembre 2004, la Dresse Z._____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, a signalé une hyperesthésie au niveau des nerfs V1, V3 à droite et V2 à gauche, diagnostiquant par ailleurs un status sur fracture du malaire gauche, une fracture de type Le Fort II peu déplacée et une contusion cervico-cérébrale. Le 3 décembre suivant, elle a mentionné une aggravation des céphalées avec vertiges, suite à une surcharge professionnelle (burn out). Sur le plan des antécédents, la Dresse Z._____ a en particulier relevé que l'assurée s'était enchâssée sous un camion quinze ans plus tôt et avait été victime d'un coup du lapin trois ans auparavant. A titre de diagnostics, étaient notamment retenus une fracture de type Le Fort II avec malaire gauche, un TCC, ainsi qu'une surcharge psychique et physique. Ultérieurement, le 11 mars 2005, cette praticienne constatera encore une nette amélioration de l'état général, avec un renforcement de l'état psychique.

Un examen radiologique de la colonne cervicale face/profil et transbuccale a été effectué le 31 janvier 2005. Dans son rapport y relatif, la Dresse Z._____, radiologue, a observé un petit pincement discal C4-C5, sans réaction osseuse, et a conclu à une importante rectitude cervicale avec attitude scoliotique à convexité gauche, sans lésion traumatique cervicale identifiée.

Par rapport du 14 mars 2006, le Dr P._____, neurologue, a exposé que l'assurée avait subi un accident de vélo en 1977 laissant de façon séquellaire une hyperesthésie hémifaciale gauche, puis un accident automobile grave l'année suivante avec distorsion cervicale accidentelle, et enfin une fissure claviculaire en 1979 ; dans les suites de l'accident automobile de 1977 [sic], s'étaient développées des cervico-céphalalgies intermittentes avec épisodes d'hypotension orthostatique. Par ailleurs, une consultation en décembre 1989 avait permis de constater un syndrome cervical modéré, des points d'insertion douloureux au niveau des trapèzes bilatéralement, ainsi qu'une discrète hyperesthésie et hyperalgésie au niveau de l'hémiface gauche. Le Dr P._____ a ajouté qu'à l'heure actuelle, on retrouvait un syndrome cervico-vertébral gauche modéré ainsi qu'une hyperesthésie et une hyperalgésie au niveau de l'hémi-face gauche, peut-être plus prononcée que ce qu'elle n'était lors de l'examen de 1989. Il a précisé que l'assurée présentait en outre des cervico-céphalalgies associées à des troubles neuropsychologiques, qu'il préconisait d'investiguer.

A teneur d'un compte-rendu d'examen neuropsychologique du 12 juin 2006, B._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, a constaté des signes objectifs de souffrance cérébrale évoquant une atteinte fronto-temporale bilatérale. Il a plus précisément retenu que les fonctions de raisonnement et de mémoire à long terme étaient intactes, abstraction faite de déficits de la mémoire à court terme, de faiblesses de l'intégration auditive, d'un léger déséquilibre de la balance inhibition-impulsivité et d'une attention soutenue fragile, avec fatigabilité. Il a estimé que les ressources étaient suffisantes pour permettre à la patiente de rebondir en maîtrisant ses faiblesses. Il a ajouté que, dans l'ensemble, les résultats montraient une bonne congruence et que l'indice de sincérité aux échelles neurocomportementales était bon.

Le 30 août 2007, suite à un CT-scan du massif facial, le Dr X._____, radiologue, a conclu à une petite irrégularité de la paroi antérieure du sinus maxillaire gauche, à distance du trou sous-orbitaire, et à l'absence de lésion osseuse sur le trajet du nerf sous orbitaire.

Le 24 octobre 2007, le Prof. J._____, de la Division de chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier F._____), a réalisé une décompression intra-orbitaire du trajet du nerf V2 à gauche.

Par rapport du 6 novembre 2007, la Dresse N._____, médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics de compression du nerf crânien V2 intra-orbitaire suite à une fracture de l'os malaire gauche en 2004 et de status après traumatisme crânio-cervical. Elle a précisé qu'objectivement, l'assurée présentait une hypoesthésie du territoire du nerf V2 et un syndrome irritatif créant des dysesthésies douloureuses exacerbées à la moindre mobilisation cervicale ainsi qu'au froid.

Dans un questionnaire de la R._____ du 3 avril 2008, le Dr Q._____, chef de clinique maxillo-faciale au Centre hospitalier F._____, a indiqué que l'évolution était favorable suite à l'intervention du 24 octobre 2007, avec une nette diminution des douleurs mais avec la persistance d'une branche du nerf V2 douloureuse. Il a relevé que le pronostic était difficile à évaluer et qu'il fallait s'attendre à un dommage permanent consistant en d'éventuelles céphalées résiduelles.

Le 7 juillet 2009, l'assurée s'est rendue à la consultation du Dr C._____, neurologue. Sans avoir pu prendre connaissance du dossier médical, ce dernier a fait part de ses observations dans un rapport du 10 juillet suivant. Il a retenu les diagnostics de status post accident de ski avec traumatisme crânien et facial le 3 janvier 2004, d'algie faciale gauche à prédominance en V2, de status post fracture faciale, de céphalées de type tensionnelles (diagnostic différentiel : post-traumatiques) et de troubles neuropsychologiques d'origine indéterminée. Il a indiqué que les douleurs faciales post-traumatiques et également des céphalées post-traumatiques qui se transformaient au fil du temps en des céphalées de type tensionnelles pouvaient apparaître à la suite d'un traumatisme ; sans imagerie cérébrale de la phase aiguë, il était toutefois difficile d'estimer la sévérité du trouble crânio-cérébral. Le Dr C._____ a

observé par ailleurs que même si l'intervention de 2007 avait nettement amélioré les douleurs faciales, les troubles neurologiques avaient néanmoins persisté et ne s'étaient, selon l'assurée, pas améliorés. Cette dernière était toutefois très réticente à la prise de médicaments, ce qui constituait un obstacle pour la soulager et lui permettre de diminuer sa fatigabilité dans le cadre de son syndrome douloureux chronique complexe.

b) Entre-temps, soit le 22 janvier 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans ce contexte, un mandat d'expertise a été confié au Centre [...] (ci-après : le Centre M. _____) de [...], où l'intéressée a été examinée par le Dr T. _____, neurologue, le Dr W. _____, psychiatre, et la neuropsychologue E. _____. Dans leur rapport du 25 juin 2008, les experts ont retenu des diagnostics incapacitants sous forme de status après accident de ski le 3 janvier 2004 (ayant entraîné une fracture malaire, un hématosinus, un TCC mineur avec commotion cérébrale et une probable distorsion cervicale simple), de syndrome post-commotionnel/post-distorsion cervicale avec troubles neuropsychologiques modérés et de trouble anxieux-dépressif mixte. Sous l'angle neurologique, les experts ont précisé que l'examen ne mettait en évidence aucune anomalie significative, hormis une légère limitation de la mobilité de la nuque avec provocation de quelques douleurs occipitales et une possible discrète hyperesthésie faciale gauche. Sur le plan neuropsychologique, les troubles constatés étaient modérés et se trouvaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 janvier 2004, quand bien même plusieurs indices suggéraient la participation de facteurs psychiques, non organiques, au tableau. Enfin, le trouble anxieux et dépressif mixte - très probablement en relation de causalité avec l'accident et ses conséquences psychiques - était d'intensité modérée et, cumulé aux troubles douloureux et cognitifs modérés imputables aux suites de l'accident, il renforçait légèrement ces derniers dans la mesure

où il diminuait lui aussi les capacités cognitives et augmentait les sensations douloureuses.

Par décision du 29 janvier 2010 confirmant un projet du 19 mars 2009, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 30 avril 2006.

Saisie d'un recours à l'encontre de cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a partiellement admis par arrêt du 16 février 2012 (AI 94/10 - 59/2012), annulant la décision de l'office et lui renvoyant la cause pour complément d'instruction afin de déterminer le préjudice économique de l'assurée.

En ce sens, un stage d'orientation professionnelle a été mis en œuvre dès le 24 octobre 2012 auprès du Centre Y._____. Ce stage a été interrompu le 5 novembre 2012, l'assurée ayant présenté de la fatigue, des difficultés de concentration, des migraines, des nausées et des pertes d'équilibre. Interpellé par l'OAI le 29 novembre 2012, le Dr AA._____, médecin généraliste traitant, a précisé que le stage susmentionné avait dû être interrompu en raison de troubles paniques, d'épisodes d'anxiété généralisée et d'insomnie.

c) Dans l'intervalle, sur mandat du V._____, l'assurée a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire à la Clinique I._____, Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). A teneur de leur rapport d'expertise du 18 août 2011, la Dresse O._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), et U._____, neuropsychologue, ont retenu les diagnostics de status après fracture du sinus maxillaire et du malaire gauche, ainsi que de status après décompression du nerf V2 à gauche en 2007, en lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 3 janvier 2004 ; étaient également diagnostiqués des troubles cognitifs modérés, sans lien de causalité au moins vraisemblable avec événement du 3 janvier 2004. Dans leur synthèse, les expertes ont notamment exposé ce qui suit :

"1. SYNTHÈSE

Signes cliniques et paracliniques principaux

Sur le plan ORL, les symptômes cliniques encore présents sont des douleurs à type de décharges électriques au niveau du territoire du nerf V2 lors du contact avec le froid. Sont également présentes une hyperesthésie et des dysesthésies dans le territoire cutané de la joue gauche, et des douleurs au niveau de l'arcade dentaire supérieure gauche. D'un point de vue esthétique, il existe une amyotrophie du muscle buccinateur, responsable d'une asymétrie au niveau des deux joues.

Sur le plan neuropsychologique, on observe des troubles attentionnels importants, ainsi que des difficultés à gérer les interférences et des difficultés exécutives. [...] En outre, une fatigabilité accrue apparaît.

Etat actuel, interactions et évolution prévisible

Pour les seules suites de l'accident, il n'existe plus d'amélioration notable à attendre, l'état étant globalement stabilisé depuis 2007, à l'issue de la libération chirurgicale.

A l'heure actuelle, les déficits cognitifs observés sont multi-causals, ils sont modérés et touchent les domaines exécutif et attentionnel. L'amélioration de la problématique cognitive est possible, mais dépend à la fois d'une diminution de la fatigue, des douleurs et d'une rééducation neuropsychologique.

En ce qui concerne les plaintes de fatigue et les céphalées, un bilan orthopédique avec radiographies actuelles pourrait être réalisé, un petit pincement discal dégénératif en C4-C5 ayant été cité en 2005.

Taux global d'atteinte à l'intégrité

A la suite de l'accident du 3 janvier 2004, le taux d'atteinte à l'intégrité est de 10% sur le plan ORL en raison des troubles sensitifs du nerf V2 à gauche."

Par décision du 11 novembre 2011, H. _____ a reconnu le droit de l'assurée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 10'680 fr. sur la base d'une perte d'intégrité de 10%, telle qu'arrêtée aux termes du rapport d'expertise du 18 août 2011 en lien avec les troubles sensitifs du nerf V2 à gauche.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 14 décembre 2011, se prévalant d'une perte d'intégrité de 40% à raison de 10% pour ses troubles de locution, de 10% pour ses problèmes de mémoire et de concentration et de 20% pour les troubles sensitifs du nerf V2 - soit une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 42'720 francs.

Par décision sur opposition du 1^{er} février 2012, H._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 11 novembre 2011.

L'assurée a déféré cette décision le 5 mars 2012 devant la Cour des assurances sociales. Statuant le 1^{er} avril 2014, la juridiction cantonale a admis le recours et annulé la décision entreprise, renvoyant la cause à H._____ pour complément d'instruction. La Cour a plus particulièrement retenu que l'on pouvait certes se rallier à l'appréciation de l'experte O._____ s'agissant de la problématique maxillo-faciale induisant une perte d'intégrité de 10% en lien avec les troubles sensitifs du nerf V2 à gauche, mais qu'il apparaissait en revanche que le dossier de la cause présentait des lacunes concernant les symptomatologies neuropsychologique, vertigineuse et psychique. Aussi y avait-il lieu pour H._____ de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet neurologique, voire otoneurologique, un volet neuropsychologique et un volet psychiatrique (cf. CASSO AA 24/12 - 32/2014 du 1^{er} avril 2014 consid. 7 et 8).

C. Reprenant l'instruction de l'affaire, H._____ a écrit à l'assurée le 23 juin 2014, pour l'informer qu'une expertise était mise en œuvre auprès du Dr CC._____, spécialiste en neurologie, et du Dr GG._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 8 août 2014, l'assurée a produit un certificat médical émis le 30 juillet 2008 par la Dresse N._____, exposant qu'en raison des séquelles laissées par l'accident du 3 janvier 2004, la patiente avait dû être suivie du 12 juin au 8 août 2008, au niveau logopédique et neuropsychologique, à la Fondation [...].

Dans le cadre du mandat d'expertise confié par H._____, le Dr CC._____ a examiné l'assurée le 1^{er} septembre 2014 et le Dr GG._____ le 12 septembre 2014. Le Dr CC._____ s'est en outre notamment vu transmettre un rapport du 9 avril 2009 consécutif à une vidéoscopie, aux termes duquel le Dr JJ._____, otoneurologue, décrivait

un bilan otoneurologique clinique normal et considérait l'hyperacousie de l'intéressée comme un trouble « *psycho-acoustique non corrélé à une atteinte organique spécifique* ». L'expert CC._____ a également adressé l'assurée au Dr Il._____, radiologue, qui a effectué une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et a conclu, le 11 septembre 2014, à l'absence d'anomalie identifiable. Le Dr CC._____ a de surcroît confié à HH._____, psychologue FSP spécialiste en neuropsychologie et pathologie du langage, le soin de réaliser une évaluation neuropsychologique. Dans son rapport du 26 novembre 2014, cette dernière a mentionné ce qui suit :

"DISCUSSION

L'examen neuropsychologique de cette patiente collaborante et adéquate, très affectée par sa situation et légèrement démonstrative, met en évidence :

- un ralentissement dans les épreuves de dénomination et lecture continue, en l'absence de manque du mot en langage spontané ou testé, ainsi qu'un manque d'incitation dans le domaine lexicosémantique,
- quelques difficultés mnésiques dans la modalité visuelle,
- des résultats insuffisants dans le domaine des fonctions exécutives, avec une faible mémoire de travail, ainsi que des difficultés en multi-tâches.

La situation actuelle sur le plan cognitif est très superposable aux tableaux observés en 2006 puis en 2008, selon les documents à disposition, en particulier concernant les résultats aux différents tests, mais aussi concernant les plaintes, et les exemples fournis actuellement par la patiente, qui se retrouvent quasi sans changement dans l'expertise de 2008. La fatigue est toujours aussi importante, une certaine anxiété est présente, néanmoins gérée par l'application d'huiles essentielles en cours d'entretien.

Il faut relever l'absence d'évaluation entre l'accident, début janvier 2004, et juin 2006. Il est donc très difficile d'apprécier l'évolution des troubles. Ce qui peut cependant être relevé, c'est l'absence de modification du tableau cognitif entre 2006 et 2014, que ce soit dans le sens d'une aggravation ou d'une amélioration.

Dans ces conditions, je ne peux que me rallier aux conclusions des experts en 2008, à savoir une restriction des capacités de concentration, d'adaptation et de rythme de travail, avec une fatigabilité importante toujours présente.

Il faut aussi mentionner l'absence de démarches thérapeutiques hormis une courte prise en charge logopédique à l'Institution [...] en 2008, la patiente ayant opté pour une adaptation complète de son mode de vie à des limitations qui semblent être considérées comme fixes et définitives.

Enfin, il n'y a aucun doute que concernant la collaboration : une participation active à l'évaluation a été observée durant toute la durée de celle-ci, et a été validée par les bons résultats à certains tests connus pour leur difficulté, ce qui permet de retenir des troubles cognitifs modérés prédominants dans le domaine des fonctions exécutives et une difficulté de mémoire visuelle persistante."

Après un entretien de synthèse entre les deux experts en date du 31 janvier 2015, le Dr CC. _____ a fait part des conclusions suivantes dans son rapport du 3 février 2015 :

"VI. APPRECIATION

[...]

Concernant le chapitre de la symptomatologie subjective, l'assurée mentionne que depuis son accident, elle est confrontée à des troubles cognitifs et à une fatigue, qui ne lui permettent plus d'assumer son activité d'enseignante. Les plaintes actuelles sont très diverses, difficiles à systématiser, avec troubles de la concentration, fatigue, intolérance au bruit, difficultés à suivre une conversation à plusieurs, douleurs faciales à recrudescence hivernale, incapacité à courir, céphalées. Tout cela se répercute de manière importante sur la vie quotidienne. Elle a eu beaucoup de "vertiges", mais actuellement ce tableau n'apparaît plus au chapitre des plaintes, sauf sur demande, l'assurée mentionnant un sentiment d'instabilité en cas de fatigue.

Objectivement, nous sommes face à une femme de 62 ans, soignée, collaborante, adéquate, qui semble plutôt détendue et souriante, qui se plaint dans le cadre de l'entretien d'une fatigue et de céphalées, immédiatement résolutives par l'application de quelques gouttes d'huile essentielle déposées sur la tête et le cou.

Sinon, le reste de l'examen somatique permet de mettre en évidence une discrète neuropathie dans le territoire du V-2 à gauche, séquellaire, caractérisée par une hypoesthésie et une hypoalgésie et par quelques douleurs reproductibles à la palpation de l'os malaire gauche. Le reste du status neurologique détaillé est rigoureusement normal. En particulier, il n'y a pas de latéralisation, d'instabilité objectivable, ni de signe de vestibulopathie périphérique.

Le bilan neuropsychologique effectué par Madame HH. _____ fait apparaître des plaintes cognitives fort nombreuses. L'assurée apparaît comme une femme collaborante, mais très contrôlée, qui ne peut modifier le rythme de réalisation des différentes tâches demandées même lorsqu'elle y est fortement sollicitée. L'examen détaillé met en évidence quelques anomalies : en particulier un ralentissement dans les épreuves sous contrainte de temps de dénomination et de lecture continue, quelques difficultés mnésiques exclusivement dans la modalité visuelle, et des résultats insuffisants dans le domaine des fonctions exécutives. Ce tableau est inchangé

depuis 2004. Il convient d'interpréter de tels résultats avec prudence et à la lumière des autres éléments à disposition. L'absence de toute modulation au cours du temps est inhabituelle dans le cadre de séquelles neuropsychologiques post-traumatiques, qui en général évoluent favorablement. Une atteinte du parenchyme cérébral, à l'origine des troubles, peut être considérée comme très peu probable après traumatisme cranio-cérébral mineur. En effet, la perte de connaissance a été brève, et il n'y a pas eu de lésion cérébrale objectivée, ni cliniquement, ni sur le plan neuroradiologique. L'IRM cérébrale demandée dans le cadre de cette expertise est par ailleurs rigoureusement normale, et en particulier ne met pas en évidence d'argument en faveur d'éventuelles lésions axonales anciennes. A noter enfin qu'il s'agit d'un tableau purement descriptif, et en aucun cas spécifique d'une atteinte cérébrale somatique accidentelle ou non.

Concernant la symptomatologie vertigineuse, qui est également un objet litigieux, la Cour reproche aux experts de la Clinique I._____ de ne pas avoir considéré une éventuelle vidéo-nystagmographie. En effet, cette assurée a été examinée sur le plan oto-neurologique, par le Docteur JJ._____, le 09.04.2009. Il convient donc de souligner que l'examen fait à l'époque était normal et que le Docteur JJ._____ avait retenu le diagnostic de "troubles psycho-acoustiques non corrélés à une atteinte organique spécifique". Notre appréciation rejoint celle du Docteur JJ._____, en l'absence de toute anomalie objectivable à l'heure actuelle en faveur d'une vestibulopathie périphérique, ni d'une quelconque instabilité observable.

En conclusion, en nous basant sur l'ensemble des éléments à disposition pour effectuer cette expertise, historique, clinique, paraclinique, nous sommes en mesure de retenir un diagnostic de status après commotion cérébrale ou TCC mineur le 03.01.2004, avec fracture de l'os malaire gauche de type Lefort peu déplacé. Il existe également des troubles sensitifs de l'hémiface gauche connus de longue date, et documentés objectivement déjà en décembre 1989, en conséquence sans lien avec l'accident du 03.01.2004, ainsi qu'une neuropathie du V-2 post-opératoire. On ne peut donc admettre une quelconque corrélation entre un TCC mineur survenu plus de 10 ans auparavant, avec un tableau subjectif tel que déploré par l'assurée, sévère et invalidant, mal systématisé, ceci même si les examens neuropsychologiques mettent en évidence quelques anomalies, non spécifiques, et ceci d'autant plus qu'il n'y a aucun substrat objectif documenté, tant au plan clinique, otoneurologique, que radiologique et neuroradiologique. Les experts qui ont participé à cette expertise sont donc unanimes pour retenir l'origine dite "fonctionnelle" des doléances de cette assurée, et ceci même en l'absence de pathologie psychiatrique à caractère invalidant.

En revanche, les troubles sensitifs bien délimités dans les territoires du V-2 sont liés à l'intervention du 24.10.2007, intervention qui très vraisemblablement n'aurait pas été effectuée sans l'événement du 03.01.2004. Dès lors, même s'il existait des troubles sensitifs de l'hémiface gauche documentés avant l'accident, l'atteinte telle qu'elle apparaît actuellement, doit être considérée comme en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré.

VII. REPONSES A VOS QUESTIONS

[...]

6. Diagnostic ?

Status après traumatisme crânien mineur et fracture de l'os malaire gauche de type Lefort peu déplacée le 03.01.2004.

Tableau subjectif sans substrat organique.

Neuropathie du V-2 gauche séquellaire après décompression le 24.10.2007.

7. Etiologie de l'affection en cause ?

Les troubles cognitifs sont de nature malade. Les troubles sensitifs de l'hémiface gauche sont liés à l'accident.

8. La guérison suit-elle un cours normal ?

Non, l'évolution du tableau subjectif est atypique après TCC mineur.

9. L'accident a-t-il aggravé ou rendu douloureux une ou des affections pathologiques latentes ?

Les troubles sensitifs de l'hémiface gauche étaient présents avant l'intervention de 2007. L'origine n'est pas claire, et compte tenu des pièces à disposition, il s'agit d'un tableau subjectif, relativement étendu sur tout l'hémiface gauche. Par contre, actuellement, l'atteinte sensitive est bien délimitée dans le territoire du V-2, ce qui plaide en faveur d'une neuropathie séquellaire après l'intervention.

10. Parmi les troubles que présente l'assurée, veuillez préciser

a) ceux qui sont causés de manière vraisemblable, soit à plus de 50%, par l'accident du 03.01.2004 ?

Neuropathie du V-2 gauche.

b) ceux qui sont causés à moins de 50% par cet accident ou qui renvoient à des lésions malades ou dégénératives ?

Le reste du tableau, en particulier les plaintes cogniti[ve]s.

11. Une relation de causalité entre l'événement du 03.01.2004 et les troubles constatés doit-elle être limitée dans le temps ?

Oui, les plaintes cognitives peuvent être considérées comme en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré pendant un an.

12. Le cas échéant, y a-t-il lieu de limiter la causalité dans le temps ?

a) à partir de quand ?

03 01.2005.

b) dans quelle proportion ?

Complètement.

c) le status quo ante resp. sine a-t-il été retrouvé / atteint ?

Il persiste une neuropathie du V-2 gauche, indolore, non invalidante.

[...]

15. Si son appréciation est possible, existe-t-il une atteinte à l'intégrité

Le cas échéant, quel est le pourcentage de l'atteinte selon la LAA (annexe 3 OLAA et tabelles CNA) ?

Selon la table 17 de l'annexe 3 OLAA, la perte fonctionnelle unilatérale du nerf maxillaire correspond à une atteinte à l'intégrité de 10%."

Quant au Dr GG._____, il a en particulier exposé ce qui suit dans son rapport du 12 février 2015, co-signé par la psychologue KK._____ :

"4. DIAGNOSTICS

[...]

4.1.1. DIAGNOSTICS AYANT UNE REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- ---

4.1.2. DIAGNOSTICS SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- Trouble somatoforme non spécifié (DD : trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique ou trouble somatoforme indifférencié)
- Eventuellement traits de personnalité histrionique

5. DISCUSSION

[...]

D'un point de vue **psychopathologique**, lorsque nous l'examinons, Madame A._____ ne présente pas de symptomatologie compatible avec un épisode dépressif majeur de gravité moyenne ou sévère, un trouble anxieux spécifique, y compris un état de stress post traumatique. Il n'y a pas non plus de symptômes psychotiques ou de maladie de la dépendance.

Les tests psychométriques, tant les hétéro- qu'auto-évaluations sont concordants à cet égard. A ce titre, [...] les facteurs *somatisation* et *symptômes divers* du SCL-90R sont parfaitement dans les normes, ce qui n'est pas la moindre des contradictions, vu les plaintes alléguées. Enfin, relevons que Madame A._____ les a réalisé[s] dans un temps de passation tout à fait stupéfiant et très rapidement, ce qui est très contradictoire par rapport aux troubles subjectifs de l'attention et de la concentration qui sont mentionnés à plusieurs reprises.

De notre point de vue, Madame A._____ présente une personnalité assez singulière, avec éventuellement des **traits histrioniques**. Les mécanismes de défense mis en jeu sont essentiellement de l'ordre de la dissociation (clivage) et du déni de certaines émotions, qui peuvent expliquer la prépondérance des plaintes somatiques qui sont peut-être le support d'expressions d'insatisfaction, de conflits intrapsychiques, qui sont à rechercher dans l'environnement de

l'assurée (surcharge professionnelle, problèmes de couple, difficultés avec ses enfants). Il ne s'agit néanmoins pas d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

Les plaintes somatiques peuvent rentrer éventuellement dans le cadre d'un **trouble somatoforme non spécifié (DD : trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique ou d'un trouble somatoforme indifférencié)**. L'importance des plaintes alléguées et le handicap subjectif paraissent dépasser largement l'atteinte objective sous-jacente.

Des suites de l'événement accidentel, Madame A. _____ n'a pas présenté un état de stress post traumatique, qui pose le problème des états pathologiques à causalité complexe. D'une part, l'assurée n'en a jamais présenté la symptomatologie et d'autre part l'événement accidentel mineur ne saurait être assimilé à potentiel traumatique. Il n'y a pas non plus d'évidence pour une problématique anxio-dépressive réactionnelle majeure. Il semble exister aussi des facteurs intercurrents, tels que la perception subjective de la douleur, les problèmes professionnels puisqu'un burnout a d'ailleurs été évoqué. L'évolution vers un trouble somatoforme non spécifié, qui rend compte ici de plaintes inexpliquées : fatigue, troubles subjectifs de l'attention et de la concentration, qui persistent au moins six mois et ne sont pas dus à un autre trouble mental, ne relèvent pas - par nature - d'une pathologie en relation de causalité naturelle avec un événement traumatique spécifique. En d'autres termes, l'assurée ne présente aucune pathologie psychique en rapport de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 03.01.2004.

A ce titre, l'expert CC. _____ ne retient aucune atteinte majeure incapacitante du point de vue neurologique.

CAPACITÉ DE TRAVAIL

[...]

L'assurée bénéficie d'un environnement social tout à fait satisfaisant. Il n'y a pas de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale ou comorbidité psychiatrique. Madame A. _____ semble investir sa vie personnelle et ses différents intérêts relativement normalement, sous réserve des quelques limitations évoquées.

Vu ce qui précède, on peut estimer que sa capacité de travail médico-théorique est entière, et ceci dans toute activité, du point de vue strictement psychiatrique, au plus tard six mois après l'événement accidentel incriminé, par analogie au trouble de l'adaptation, soit le 03.06.2004.

S'agissant de l'atteinte neurologique et neuropsychologique, l'expert CC. _____, dans son rapport d'expertise du 03.02.2015, conclut que le "*status après traumatisme crânien mineur et fracture de l'os ma[il]aire de type Lefort, déplacée, du 03.01.2004 n'est plus en rapport de causalité naturelle avec l'événement incriminé après une*

année, soit dès le 03.01.2005". Il estime que les troubles subjectifs sans substrat organique sont de nature malade.

6. REPONSES AUX QUESTIONS

1. l'assuré(e) présente-t-il (elle) actuellement des troubles d'origine psychique ? Si oui, description clinique de ceux-ci ?

On peut éventuellement postuler l'existence d'un trouble somatoforme non spécifié (DD : douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, ou un trouble somatoforme non différencié). Il y a de nombreuses plaintes somatiques inexplicables : fatigue, faiblesse du corps, troubles attentionnels, persistant depuis plus de six mois et qui ne sont pas dus à un autre trouble de la santé mentale.

2. l'assuré(e) présentait-il (elle) déjà avant l'accident des troubles de ce type ? Si oui, description de ceux-ci ?

Non

3. Quand les troubles psychiques sont-ils apparus pour la première fois : immédiatement ou après une période de latence plus ou moins longue (préciser la durée) ?

Apparemment des suites de l'accident quelques semaines.

4. Les troubles présentés parlent-ils en faveur d'une composante psycho-organique ou bien s'agit-il de troubles psychogènes ?

Une composante psychogène peut être évoquée au vu des conclusions de l'expertise du Dr CC._____ du 03.02.2015.

5. En présence de troubles psychogènes :

5.1. Comment l'assuré(e) a-t-il (elle) subjectivement vécu et assimilé l'accident et les éventuelles suites physiques de celui-ci ?

D'un point de vue psychologique, l'accident a été assimilé. Il n'y a pas eu d'état de stress post traumatique ou de réaction dépressive majeure.

5.2. Que peut-on dire de la structure de personnalité préexistante ?

La personnalité paraît probablement assez fragile. Madame A._____ est rigide, peine à se mettre en question. Elle a une tendance à la dissociation (au clivage) et au déni de certaines émotions. Il ne s'agit néanmoins pas d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

5.3. Quel est le rôle de la structure de la personnalité préexistante dans le vécu subjectif et l'assimilation ?

La personnalité n'a pas joué un rôle dans l'assimilation de l'événement accidentel incriminé pouvant entraîner une réaction psychologique aigue, mais plutôt dans les conséquences somatiques subjectives.

5.4. Comment expliquez-vous la survenance des troubles psychogènes ?

Difficile à expliquer vu la rigidité, le manque de capacités véritablement introspectives et le désir de l'assurée de donner une image favorable d'elle-même, comme de son environnement. Probablement des facteurs qui sortent de l'événement accidentel incriminé, comme le contexte professionnel, éventuellement familial ou autre, ont dû jouer un rôle que l'assurée peine à considérer et que par conséquent il est difficile de mettre en évidence en l'absence d'autres éléments.

5.5. Est-ce que des facteurs étrangers jouent un rôle dans la genèse ou dans la persistance de ces troubles ?

Eventuellement surcharge professionnelle, difficultés familiales (autre ?).

5.6. Les troubles actuels manifestés et les constatations objectives sont-ils en relation de causalité naturelle pour le moins partielle avec l'accident ?

Non, pas de notre point de vue. L'événement accidentel incriminé a fait office d'un facteur de fixation qui permet de tout justifier et tout expliquer, évitant ainsi toute remise en question.

5.7. Du point de vue psychique, le statu quo ante ou le statu quo sine est-il atteint, resp. quand a-t-il été atteint ou quand sera-t-il probablement atteint ?

Dans le cas qui nous occupe, on ne peut dès lors pas parler d'un statu quo ante et il est difficile d'évoquer un statu quo sine, étant entendu que l'on ne connaît pas véritablement l'état de santé psychique de l'assurée avant l'événement accidentel incriminé.

[...]

8. Atteinte à l'intégrité.

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité."

Par avis du 2 mars 2015, le Dr BB._____, médecin-conseil de H._____ et spécialiste en chirurgie orthopédique ainsi qu'en traumatologie de l'appareil locomoteur, s'est rallié aux conclusions des experts.

Par décision du 3 mars 2015, H._____, se fondant sur l'avis des experts CC._____ et GG._____, a accordé à l'assurée une

indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit un montant de 10'680 fr., en lien exclusivement avec la perte fonctionnelle unilatérale du nerf maxillaire.

L'assurée, sous la plume de son conseil, a formé opposition le 20 avril 2015 à l'encontre de cette décision. Elle a essentiellement fait valoir que son intégrité était atteinte à hauteur de 40% à la suite de son accident de ski, soit 10% en raison de problèmes de locution, 10% eu égard à ses problèmes de mémoire et de concentration, et enfin 20% pour les troubles sensitifs au niveau du nerf V2 auxquels s'ajoutaient une hyperesthésie et des dysesthésies dans tout le territoire cutané de la joue gauche, ainsi que des douleurs au niveau de l'arcade dentaire supérieure gauche. Le montant total de l'indemnité à laquelle elle pouvait prétendre s'élevait ainsi à 42'720 francs.

Par avis médical du 18 septembre 2015, le Dr BB._____ a relevé que l'examen neuropsychologique de juin 2006 montrait certes un ralentissement avec des déficits importants et que l'on pouvait en outre admettre une péjoration au test neuropsychologique de 2008, comme la présence d'une dysesthésie au niveau de V2. Il a toutefois observé que de nouveaux tests avaient été effectués depuis lors et que, ces derniers étant plus récents, eux seuls devaient être pris en compte pour définir la stabilisation du cas et l'IPAI. A cela s'ajoutait que l'assurée ne démontrait pas que toutes les atteintes étaient uniquement séquellaires à un accident.

Par décision sur opposition du 29 septembre 2015, H._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 3 mars 2015. Dans sa motivation, elle a en particulier considéré que les conclusions des experts CC._____ et GG._____ étaient pleinement probantes, tandis que l'intéressée, à l'inverse, n'expliquait pas ce qui justifiait médicalement l'octroi d'une IPAI de 40% au lieu de 10%.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, A._____ a recouru le 30 octobre 2015 devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de la

décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante maintient présenter une perte d'intégrité de 40% à la suite de l'accident de ski du 3 janvier 2004. Sur le plan de l'élocution, elle soutient que des difficultés ont été observées par la neuropsychologue HH._____ et que, au vu de l'historique médical comme des résultats de la récente expertise, l'atteinte à son intégrité s'élève sous cet angle à 10%. Concernant la problématique liée à la mémoire et aux capacités de concentration, l'assurée se prévaut d'une perte d'intégrité de 10%, contestant l'avis émis à ce propos par l'expert CC._____. Elle invoque à cet égard les constatations faites par la neuropsychologue HH._____. Elle souligne également avoir annoncé à l'expert GG._____ une fatigabilité tant physique que psychique, de même que des difficultés à pouvoir se concentrer (surtout confrontée à plusieurs personnes ou à du bruit), et rappelle de surcroît que le Dr BB._____ a reconnu un ralentissement et des déficits importants lors de l'examen neuropsychologique de 2006, ainsi qu'une péjoration au test psychologique [recte : neuropsychologique] de 2008. L'intéressée invoque encore les résultats d'examens neuropsychologiques issus d'une nouvelle expertise, réalisée en janvier 2015 sous l'égide de l'AI. Sous un autre angle, l'assurée fait valoir qu'au trouble sensitif du nerf V2 s'additionnent une hyperesthésie et des dysesthésies dans tout le territoire cutané de la joue gauche, ainsi que des douleurs au niveau de l'arcade dentaire supérieure gauche, occasionnant au final une perte d'intégrité de 20% - et non de 10% tel que fixé par l'intimée sans motivation autre que l'avis peu probant rendu le 2 mars 2015 par le Dr BB._____, qui s'en tient aux conclusions des experts tout en reconnaissant pourtant l'existence de problèmes cognitifs. Elle allègue enfin que ses troubles cognitifs se trouvent dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 janvier 2004 et conteste l'affirmation de l'expert CC._____ quant à « *l'origine [„] fonctionnelle [“] des doléances* », soutenant à cet égard que ni la neuropsychologue HH._____, ni l'expert GG._____ n'ont conclu à déficit fonctionnel organique ; selon elle, l'expertise du Dr GG._____ n'a du reste pas valeur probante sur la question du taux de l'atteinte à l'intégrité, puisque ses maux ne sont pas d'ordre psychique.

Pour étayer ses dires, la recourante produit notamment une copie du rapport d'expertise établi le 7 avril 2015 par les Drs DD._____, spécialiste en médecine interne, et EE._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par le neuropsychologue FF._____, du Centre M._____, dont on extrait notamment ce qui suit :

"SYNTHÈSE ET DISCUSSION

[...]

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour, en dehors de l'hyperesthésie cutanée en regard de l'os malaire gauche et la discrète limitation de l'inclinaison latérale cervicale gauche, est rigoureusement normal. [...]

En conclusion, la capacité de travail est complète en temps et rendement[.]

Sur le plan neuropsychologique, l'examen de cette expertisée de 62 ans, victime d'un accident de ski en 2004 avec TCC mineur, sans lésion cérébrale à l'imagerie, met en évidence des performances cognitives en général dans la norme du groupe d'âge dans les fonctions testées.

Les seuls déficits constatés concernent partiellement l'attention, dans une tâche informatisée d'alerte, la flexibilité (fonctions exécutives), dans une seule tâche toutefois, informatisée elle aussi, et la reconnaissance visuelle[.] Il s'agit cependant de perturbations non systématiques - les autres tâches attentionnelles étant dans les limites des normes, tout comme le rappel différé de la Figure complexe pour ce qui concerne la mémoire visuelle, et les autres tâches de flexibilité sont aussi en ordre. Par ailleurs, deux des déficits concernent des tâches informatisées présentées en toute fin d'examen, mais on ne peut guère évoquer la fatigue pour les expliquer : la tâche informatisée d'attention divisée, qui est normale, a aussi été proposée en fin d'examen, tout comme le d2-R, qui est aussi dans les limites de la norme alors qu'il s'agit d'une tâche exigeante et discriminante, ou encore, dans un domaine non attentionnel, le Zoo de la BADS, qui requiert aussi une certaine concentration. Ces altérations ponctuelles apparaissent ainsi peu significatives.

Comparativement au dernier examen neuropsychologique en notre possession, celui de 2008 pratiqué au Centre M._____, le comportement de l'expertisée face aux tests s'est amélioré, les aptitudes mnésiques, tant en mémoire de travail qu'en mémoire épisodique sont désormais normalisées, tout comme la vitesse de traitement (à dire vrai, les indices de Mémoire de travail et de Vitesse de traitement de la WAIS-IV sont aujourd'hui en dessus de la moyenne). On retrouve en revanche le ralentissement en alerte déjà observé en 2008.

Il peut être évoqué une discrète fatigabilité si l'on en croit les bâillements observés chez cette expertisée durant une épreuve[.]

L'imagerie cérébrale n'a jamais mis en évidence de lésions cérébrales post-traumatiques, la perte de connaissance n'a été que brève au moment de l'accident, sans amnésie péri-traumatique, [c]e qui permet de retenir un diagnostic [de] TCC mineur.

A relever aussi que l'expertisée rapporte dès le départ des causes non directement cognitives pour justifier son incapacité de travail, soit des céphalées importantes ainsi que des troubles du sommeil résultant au moins pour partie de ses douleurs faciales, avec une fatigue qui perturbait secondairement sa concentration et sa mémoire.

En conclusion, les difficultés observées ne constituent pas un trouble neuropsychologique, la capacité de travail est complète en temps et rendement[.]

Sur le plan psychique, la présente évaluation n'a pas mis en évidence d'atteinte de l'humeur, ni une anxiété dont l'intensité justifie la pose d'un diagnostic spécifique, ni d'autres troubles. A relever que la problématique anxieuse a complètement disparu depuis des années. Madame A. _____ se dit satisfaite d'elle-même, ce sont principalement la fatigue, les céphalées et troubles cognitifs qui la dérangent.

L'anamnèse est concordante avec l'observation, il n'y a pas de trouble observé[.]

On relève depuis des années, un tableau clinique subjectif compatible avec un syndrome post-commotionnel, avec céphalées, troubles du sommeil, acouphènes et surtout fatigue mentale et physique avec intolérance au moindre stress, déjà mentionné dans l'expertise Centre M. _____ de 2008. Les troubles cognitifs associés ont diminué.

Lors de l'expertise 2008, il a donc été retenu un diagnostic de syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale simple, en l'absence de toute atteinte cérébrale à l'imagerie. La neuropsychologue mentionnait en 2008 que *Madame A. _____ peut évoquer des souvenirs immédiatement avant et immédiatement après l'accident, mais ne se souvient pas de l'impact même. Elle ne peut déterminer avec certitude si elle a ou non perdu connaissance, mais pense que oui Elle décrit une impression de souvenirs flous et discontinus jusqu'à son transfert en ambulance*[.]

En conclusion, il subsiste actuellement une symptomatologie de syndrome post-commotionnel chronicisée, dans un contexte de traumatisme crânien mineur, sans lésion cérébrale, avec une certaine fixation sur les symptômes, notamment la fatigue[.] La symptomatologie est purement subjective et non expliquée sur un plan organique. Depuis 2008, le trouble anxieux et dépressif mixte a disparu. Il n'y a par ailleurs aucune autre symptomatologie psychiatrique[.]

Conclusions générales : il n'y a à ce jour plus aucune justification à retenir une incapacité de travail. On constate clairement une évolution positive sur ces 4-5 dernières années. Si lors de la précédente évaluation psychiatrique au Centre M._____ en 2008 il avait été retenu un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité moyenne, cette symptomatologie n'est plus mise en évidence actuellement[.] Il n'est pas possible, exactement de définir depuis quand celle-ci n'est plus significative, mais selon l'expertisée elle-même, elle estime aller bien dans le domaine psychique depuis deux à trois ans au moins. Nous estimons que ceci est également valable pour les troubles neuropsychologiques."

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée a interpellé son médecin-conseil le Dr BB._____, lequel a fait part de sa position dans un avis du 23 novembre 2015. Il a notamment relevé que la fatigue et les troubles de la concentration invoqués dans le cadre de la nouvelle expertise du Centre M._____ n'avaient pas été corroborés par les tests neuropsychologiques et par les médecins ; aussi une perte d'intégrité de 10% pour les troubles de la mémoire n'était-elle pas justifiée. Le Dr BB._____ a également maintenu la perte d'intégrité de 10% à raison des troubles sensitifs unilatéraux de V2, considérant que les autres problèmes étaient des troubles diffus préexistants et sans preuve objective d'atteinte selon le Dr CC._____. Il a ajouté que les problèmes de locution n'étaient pas pris en considération dans les tabelles concernées et que, surtout, ces troubles n'avaient jamais été prouvés objectivement. Le Dr BB._____ a souligné de surcroît que l'assurée se basait sur des extraits des tests neuropsychologiques mais pas sur l'interprétation finale de l'examineur ou des médecins du Centre M._____, et qu'elle ne tenait pas non plus compte de l'évaluation du Dr CC._____. S'agissant de l'interprétation de son précédent avis, le Dr BB._____ a observé que les troubles cognitifs avaient été observés à un certain moment et n'étaient plus présente objectivement par la suite.

Dans sa réponse du 1^{er} décembre 2015, l'intimée a proposé le rejet du recours. S'agissant des problèmes de locution, H._____ considère que l'avis de la thérapeute HH._____, qui n'est pas médecin, ne peut l'emporter sur celui de l'expert CC._____, qui estime que les plaintes cognitives ne se sont trouvées en lien de causalité avec l'accident que durant un an. A cela s'ajoute que le rapport d'expertise du Centre

M._____ du 7 avril 2015 conclut à l'absence de troubles neuropsychologiques et que, le 23 novembre 2015, le Dr BB._____ a lui aussi nié de tels troubles. Concernant les problèmes de mémorisation et de concentration, H._____ estime là encore que l'avis de la neuropsychologue HH._____ ne peut prévaloir sur celui de l'expert CC._____ et renvoie pour le surplus à l'avis du Dr BB._____ du 23 novembre 2015, ainsi qu'aux conclusions du rapport d'expertise du 7 avril 2015. Quant aux troubles sensitifs, l'intimée relève que la recourante ne motive aucunement les raisons pour lesquelles la perte d'intégrité devrait atteindre 20%. H._____ observe, finalement, qu'aucun expert n'a admis de lien de causalité entre les troubles cognitifs actuels de la recourante et l'accident du 1^{er} [recte : 3] janvier 2004.

Aux termes de sa réplique du 7 mars 2016, la recourante a formulé des conclusions subsidiaires tendant à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la perte d'intégrité est arrêtée à 40% et une IPAI de 42'720 fr. octroyée. L'intéressée conteste en particulier l'appréciation du Dr BB._____ et se prévaut des expertises réalisées par la Clinique I._____ et le Centre M._____ respectivement en 2011 et 2015 ; à cet égard, elle soutient qu'un rapport d'expertise n'est pas constitué que de la discussion finale mais que celle-ci doit être lue à la lumière des considérations intermédiaires. Pour le surplus, la recourante maintient sa position et relève plus spécifiquement que l'expert DD._____ a constaté chez elle une zone d'hyperesthésie au niveau de l'os malaire.

Dupliquant le 22 mars 2016, l'intimée confirme son appréciation. Elle souligne notamment que l'hyperesthésie constatée par l'expert DD._____ ne suffit pas à retenir une perte d'intégrité de 20% à ce niveau, sans quoi l'expert CC._____ l'aurait très certainement indiqué.

E. Par avis du 13 mars 2017, la juge instructeur a informé les parties de l'édition du dossier de l'OAI, sur lequel ces dernières ont eu l'occasion de se déterminer.

Il ressort notamment de ce dossier qu'après une décision d'octroi de rente échelonnée le 19 septembre 2013 annulée devant la juridiction de céans le 13 juin 2014 (AI 264/13 - 144/2014), l'OAI a rendu le 19 février 2016 une décision allouant à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} au 31 mars 2006, suivie par un quart de rente du 1^{er} avril 2006 jusqu'au 31 mars 2012 - décision faisant actuellement l'objet d'une procédure pendante devant la juridiction de céans.

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 (cf. 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 (cf. art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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 (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question du taux de l'atteinte à l'intégrité induite par l'accident du 3 janvier 2004.

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.

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. En effet, 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb) ; il convient en

principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (cf. TF 8C_464/2014 précité loc. cit.). Si par ailleurs un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état 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_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et la jurisprudence citée). 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 (cf. TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4).

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (cf. ATF 134 V 109 consid. 9).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie,

le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références citées ; cf. TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 3).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (cf. ATF 134 V 109 consid. 10, 117 V 359 consid. 6, 117 V 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme crânio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (cf. ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; cf. également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (cf. ATF 115 V 133 et 115 V 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type "coup du

lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (cf. TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79 ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; cf. TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

4. a) En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Selon l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3 phr. 1).

A teneur de l'art. 25 al. LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

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

d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (cf. ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. TF 8C_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

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

l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (cf. ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; cf. TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 8.2.1 et les références citées).

d) Selon la jurisprudence, des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration. La jurisprudence ne reconnaît le caractère durable d'une atteinte à l'intégrité psychique qu'à des conditions restrictives. Se référant à la classification établie pour statuer sur le rapport de causalité adéquate entre un événement accidentel et une atteinte à la santé psychique, elle nie en principe le caractère durable d'une atteinte à l'intégrité psychique survenue à la suite d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, ou encore en cas d'accident de gravité moyenne. Elle n'estime alors pas nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Le Tribunal fédéral ne s'écarte de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'accident assuré est à la limite de la catégorie des accidents graves et pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. En cas d'accidents graves, enfin, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (cf. ATF 124 V 209 consid. 4b et 124 V 29 consid. 5c/bb ; cf. également TF 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.2.2 et 8C_254/2009 du 19 mars 2010 consid. 2.2).

5. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon 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. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec les références citées ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

6. a) Il est constant que la décision sur opposition du 1^{er} février 2012 allouant à l'assurée une IPAI de 10'680 fr. à raison d'une perte d'intégrité de 10% a été annulée par la Cour de céans le 1^{er} avril 2014, avec renvoi de la cause à H._____ pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet neurologique voire otoneurologique, un volet neuropsychologique et un volet psychiatrique.

Pour rendre son arrêt de renvoi, la juridiction cantonale avait en particulier à sa disposition le rapport d'évaluation du 12 juin 2006 du neuropsychologue B._____, le rapport d'expertise du Centre M._____ du 25 juin 2008, ainsi que le rapport d'expertise de la Clinique I._____ du 18 août 2011 repris par H._____ à l'appui de la décision sur opposition du 1^{er} février 2012. A l'aune de ces documents, la Cour a plus précisément considéré que, sur le plan neurologique, la perte d'intégrité induite par les seuls troubles sensitifs du nerf V2 à gauche pouvait être arrêtée à 10%, comme l'avait retenu l'experte O._____ de la Clinique

I._____ (cf. CASSO AA 24/12 - 32/2014 précité consid. 7a). Le Tribunal a en revanche relevé des failles sous l'angle neuropsychologique. Ainsi, l'experte U._____ de la Clinique I._____ avait nié toute diminution de l'intégrité mais avait néanmoins admis l'utilité d'exams complémentaires afin de confirmer l'éventuelle origine lésionnelle des troubles en question. En outre, contrairement à ce que cette experte retenait, l'existence d'une certaine co-variation entre des problématiques de céphalées et de fatigue, d'une part, et les troubles cognitifs de l'assurée, d'autre part, ne pouvait suffire pour exclure tout lien de causalité naturelle entre ces derniers et l'accident du 3 janvier 2004. Enfin, les conclusions du rapport d'expertise du Centre M._____ du 25 juin 2008 apparaissaient à cet égard bien plus nuancées (cf. ibid. consid. 7b). La Cour a également observé des carences concernant les vertiges de l'assurée, dont certaines analyses n'avaient pas été versées au dossier et dont des épisodes de perte d'équilibre à l'automne 2012 n'avaient pas été investigués (cf. ibid. consid. 7c). Finalement, ladite juridiction a constaté que, nonobstant la problématique psychique mise en lumière par le rapport d'expertise du Centre M._____ du 25 juin 2008, l'intimée avait complètement fait abstraction de cet aspect (cf. ibid. consid. 7d).

Il convient dès lors d'examiner si ces différentes lacunes ont été comblées par les mesures d'instruction postérieures à l'arrêt de renvoi rendu le 1^{er} avril 2014 - en particulier les rapports d'expertise de la neuropsychologue HH._____ (26 novembre 2014), du neurologue CC._____ (3 février 2015) et du psychiatre GG._____ (12 février 2015), de même que le rapport d'expertise adressé à l'OAI le 7 avril 2015 par les experts Centre M._____.

b) Sur le plan neurologique, on rappellera que par arrêt du 1^{er} avril 2014, la Cour de céans s'est ralliée à l'appréciation de l'experte O._____ pour fixer à 10% la perte d'intégrité induite par les troubles sensitifs du nerf V2 à gauche (cf. CASSO AA 24/12 - 32/2014 précité consid. 7a). On ne saurait donc revenir sur cet aspect, puisqu'il a été tranché dans un arrêt entré en force (cf. dans ce sens TF 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 6.2 et 9C_340/2013 du 25 juin 2013 consid.

3.1, avec les références citées). Cela vaut tout particulièrement s'agissant de l'hyperesthésie, des dysesthésies dans le territoire cutané de la joue gauche, ainsi que des douleurs au niveau de l'arcade dentaire supérieure gauche invoquées par la recourante à l'appui d'une perte d'intégrité de 20% sur le plan sensitif (cf. mémoire de recours du 30 octobre 2015 p. 10), alors même que ces éléments avaient déjà été intégrés dans le taux de 10% retenu par l'experte O._____ (cf. rapport d'expertise du 18 août 2011 pp. 30 à 33).

Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que l'expert CC._____ a lui aussi évalué à 10% l'atteinte à l'intégrité subie au niveau neurologique (cf. rapport d'expertise du 3 février 2015 p. 21) et que l'expert DD._____, s'il a observé une zone d'hyperesthésie au niveau de l'os malaire (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2015 pp. 12 et 17 ; cf. réplique du 7 mars 2016 p. 7), n'en a tiré aucune conclusion susceptible de traduire une perte d'intégrité.

c) Pour le reste, il apparaît que les autres plaintes de la recourante n'ont pas de substrat organique.

Le Dr CC._____ a notamment fait effectuer une IRM cérébrale - examen dont l'utilité avait été évoquée par l'experte U._____ (cf. CASSO AA 24/12 - 32/2014 précité consid. 7b) - qui n'a montré aucune anomalie identifiable (cf. rapport du radiologue II._____ du 11 septembre 2014). D'un point de vue neuropsychologique, l'expert CC._____ a dès lors retenu que l'examen réalisé était rigoureusement normal, sans aucun argument en faveur d'éventuelles lésions axonales anciennes. Il était de surcroît très peu probable qu'une atteinte du parenchyme cérébral puisse être à l'origine des troubles ; en effet, la perte de connaissance avait été brève et il n'y avait pas de lésion cérébrale objectivée cliniquement ou sur le plan neuroradiologique. L'expert a également noté que le tableau n'était pas spécifique d'une atteinte cérébrale somatique accidentelle ou non (cf. rapport d'expertise du 3 février 2015 p. 17). Dans le même sens, les experts du Centre M._____

ont eux aussi retenu que l'assurée ne présentait aucune lésion cérébrale à l'imagerie (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2015 p. 17).

Concernant de surcroît les problèmes de vertiges évoqués lors de la procédure antérieure (cf. consid. 6a supra), le Dr CC._____ a notamment pu prendre connaissance d'un rapport du 9 avril 2009 du Dr JJ._____ consécutif à une vidéoscopie - conformément aux considérants de l'arrêt de renvoi du 1^{er} avril 2014 (cf. CASSO AA 24/12 - 32/2014 précité consid. 7c). Or, l'expert neurologue a indiqué que cet examen était normal et qu'il n'y avait aucune anomalie objectivable à l'heure actuelle en faveur d'une vestibulopathie périphérique ou d'une instabilité observable (cf. rapport d'expertise du 3 février 2015 p. 17).

Au regard de ce qui précède, on ne peut donc que conclure à l'absence d'altération structurelle.

d) Cela étant, il reste que la présente affaire s'inscrit dans le cadre d'un TCC sans preuve d'un déficit fonctionnel organique. Dans un tel contexte, la question de la causalité naturelle est subordonnée à un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes - tels des maux de têtes diffus, des vertiges, des troubles de la concentration et de la mémoire, des nausées, une fatigabilité, des troubles de la vue, une irritabilité, une dépression ou une modification du caractère (cf. consid. 3b supra). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (cf. cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 112 p. 931 s.).

aa) Au cas d'espèce, la neuropsychologue HH._____ a notamment retenu que la situation actuelle était très superposable aux tableaux observés en 2006 et 2008, bien que relevant l'absence d'évaluation entre 2004 et 2006. Elle s'est en particulier ralliée aux

conclusions des experts de 2008 faisant mention d'une restriction des capacités de concentration, d'adaptation et de rythme de travail, avec une fatigabilité importante toujours présente. Elle a en outre souligné l'absence de prise en charge thérapeutique hormis à l'Institution [...] en 2008 et a relevé la participation active de l'intéressée à l'entretien, validée par de bons résultats à certains tests connus pour leur difficulté. Cela étant, la neuropsychologue HH._____ a conclu à des troubles cognitifs modérés prédominant dans le domaine des fonctions exécutives et à une difficulté de mémoire visuelle persistante (cf. rapport d'évaluation neuropsychologique du 26 novembre 2014 p. 6).

Force est toutefois de constater que la neuropsychologue HH._____ s'est gardée de se prononcer sur l'origine de la symptomatologie observée, indiquant en particulier qu'il était très difficile d'apprécier l'évolution des troubles en l'absence d'informations pour la période entre l'accident de janvier 2004 et la première évaluation neuropsychologique de juin 2006 (cf. loc. cit.).

A cela s'ajoute que l'on peut s'interroger sur le caractère inchangé de la symptomatologie - par rapport aux déficits observés en 2006 et en 2008, reconnus notamment par le Dr BB._____ (cf. avis médical du 18 septembre 2015) - signalé par la neuropsychologue HH._____ à l'issue des examens réalisés par ses soins les 5 et 12 novembre 2014 (cf. rapport d'expertise du 26 novembre 2014 p. 1). En effet, lors de l'expertise du Centre M._____ de 2015 invoquée par la recourante dans le cadre du présent litige (cf. let. D supra), l'intéressée a été vue le 7 janvier 2015 par le neuropsychologue FF._____, lequel a signalé des performances cognitives en général dans la norme du groupe d'âge dans les fonctions testées. S'agissant des déficits observés, il a fait état de perturbations non systématiques, singulièrement d'altérations ponctuelles peu significatives, avec depuis 2008 une amélioration du comportement et une normalisation des aptitudes mnésiques, nonobstant le ralentissement en alerte déjà observé en 2008. Il a considéré, au final, que les difficultés observées ne constituaient pas un trouble neuropsychologique (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2015 pp 1 et 17),

l'évolution positive remontant à deux ou trois années (cf. *ibid.* p. 18). En ce sens, les conclusions des neuropsychologues HH._____ et FF._____, posées à deux mois d'écart, sont manifestement divergentes.

La lumière peut toutefois être faite au regard de l'appréciation globale et nuancée à laquelle a procédé l'expert CC._____. Il a ainsi exposé que le tableau décrit par la neuropsychologue HH._____ devait être interprété avec prudence et à la lumière des autres éléments à disposition. Notamment, l'expert a relevé que l'absence de toute modulation au cours du temps était inhabituelle dans le cadre de séquelles neuropsychologiques post-traumatiques, celles-ci évoluant en général favorablement. A cela s'ajoutait que le tableau était purement descriptif. Pour l'expert, on ne pouvait en définitive admettre de corrélation entre un TCC mineur survenu plus de dix ans auparavant et un tableau subjectif tel que déploré par l'assurée - ceci même si les examens neuropsychologiques mettaient en évidence quelques anomalies non spécifiques, d'autant qu'il n'y avait pas de substrat objectif documenté tant au plan clinique qu'otoneurologique, radiologique ou neuroradiologique. Cela dit, l'expert CC._____ a bien reconnu un lien de causalité naturelle entre les plaintes cognitives de l'assurée et l'accident du 3 janvier 2004 mais uniquement durant une année, soit jusqu'au 3 janvier 2005 (cf. rapport d'expertise du 3 février 2015 pp 16 à 20). Cet avis, que les observations du neuropsychologue FF._____ viennent confirmer, doit donc primer sur celui de la neuropsychologue HH._____.

La recourante échoue, du reste, à démontrer que l'appréciation d'ensemble de l'expert CC._____ serait erronée. D'une part, le seul fait qu'un suivi logopédique et neuropsychologique ait été dispensé durant moins de deux mois en 2008 (cf. certificat médical de la Dresse N._____ du 30 juillet 2008) - vraisemblablement à l'Institution [...], selon les dires de l'assurée à la neuropsychologue HH._____ - n'est en tant que tel pas révélateur d'une atteinte à l'intégrité à la suite de l'accident du 3 janvier 2004. D'autre part, à l'appui de ses allégations, la recourante se contente d'invoquer des extraits d'avis médicaux isolés de leur contexte - ce qui ne saurait en aucun cas correspondre à une

argumentation dûment étayée. En particulier, l'intéressée se prévaut de problèmes de locution justifiant une perte d'intégrité de 10% et renvoie sur ce point à différentes formulations utilisées par la neuropsychologue HH._____ (cf. mémoire de recours du 30 octobre 2015 p. 5), laquelle n'a pourtant à aucun moment conclu formellement à des troubles du langage. Dans le même sens, la recourante a argué de troubles de la mémoire et de la concentration entraînant une perte d'intégrité de 10% en se fondant essentiellement sur les observations de la neuropsychologue HH._____ et du neuropsychologue FF._____ (cf. mémoire de recours du 30 octobre 2015 pp 6 ss), en ignorant totalement les nuances apportées par l'expert CC._____ tout comme le fait que le neuropsychologue FF._____ n'avait finalement diagnostiqué aucun trouble neuropsychologique ; on ajoutera, au demeurant, que les tests psychométriques réalisés dans le cadre de l'expertise du Dr GG._____ ont mis en lumière des contradictions, en cela que la rapidité avec laquelle ils ont été effectués par l'assurée ne cadrerait pas avec les troubles subjectifs de l'attention et de la concentration invoqués. Ainsi, dès lors qu'elles reposent sur une lecture partielle voire partielle des pièces au dossier, les allégations de la recourante ne sauraient être suivies.

Au demeurant, il faut rappeler que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne peut être allouée qu'à l'égard d'une atteinte importante et durable - à savoir une atteinte engendrant une altération évidente ou grave de l'intégrité physique, mentale ou psychique et dont il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (cf. art. 36 al. 1 OLAA). Or, tel n'est de toute évidence pas le cas des troubles cognitifs de la recourante, considérés comme non spécifiques par l'expert CC._____, voire même inexistantes selon le neuropsychologue FF._____.

bb) Sous un autre angle, l'expert CC._____ a également indiqué que les problèmes de vertiges n'apparaissaient plus au chapitre des plaintes de l'assurée, sauf sur demande, l'intéressée mentionnant un sentiment d'instabilité en cas de fatigue. Dans le même sens, lors de l'expertise réalisée en 2015 au Centre M._____, l'assurée a indiqué ne

pas avoir de vertiges (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2015 p. 8). A ce stade de la procédure, elle ne se prévaut du reste pas du contraire. En l'état du dossier, force est donc de conclure que cette problématique ne participe plus à la symptomatologie de la recourante.

On peut du reste s'interroger sur le point de savoir si ces pertes d'équilibre n'étaient pas - en tout ou en partie - étrangères à l'accident du 3 janvier 2004. En effet, l'assurée avait évoqué de tels symptômes en 1989 déjà dans le cadre de son suivi auprès du Dr P._____, symptômes associés à l'époque notamment à des céphalées et à des fourmillements (cf. rapport du Dr P._____ du 14 mars 2006 p. 1). Cette question peut toutefois rester indécise puisque la problématique en cause n'est plus d'actualité et ne saurait, dès lors, être à l'origine d'une atteinte à l'intégrité.

cc) En ce qui concerne l'aspect psychique, les experts du Centre M._____ avaient certes conclu en 2008 à un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité modérée, estimant que celui-ci était très probablement en lien de causalité avec l'accident et qu'il diminuait les capacités cognitives tout en augmentant les sensations douloureuses (cf. rapport d'expertise du 25 juin 2008 p. 33 s.).

Il n'en demeure pas moins que, mandaté à la suite de l'arrêt de renvoi du 1^{er} avril 2014, l'expert GG._____ n'a retenu aucune pathologie en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 3 janvier 2004 et a, corrélativement, nié toute perte d'intégrité sur ce plan (cf. rapport d'expertise du 12 février 2015 p. 24 et 27 s.). L'expert a notamment réfuté un épisode dépressif majeur de gravité moyenne ou sévère, de même qu'un trouble anxieux spécifique, y compris un état de stress post-traumatique. Il a tout au plus évoqué une personnalité assez singulière, avec éventuellement des traits histrioniques, n'équivalant toutefois pas à un trouble majeur de la personnalité (cf. *ibid.* p. 23 s.).

Quant aux experts du Centre M._____ intervenus en 2015, ils n'ont pas mis en évidence d'atteinte de l'humeur, ni une anxiété dont

l'intensité aurait pu justifier la pose d'un diagnostic spécifique, ni encore d'autres troubles. En particulier, ils ont retenu que le trouble anxieux et dépressif mixte avait disparu depuis 2008 (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2015 p. 17).

De ce qui précède, il résulte qu'à l'heure actuelle - et ce de l'avis unanime des médecins interpellés - l'assurée ne présente aucune atteinte psychiatrique à proprement parler, que ce soit au niveau de l'humeur, de l'anxiété ou de la personnalité.

On notera du reste que l'assurée se rallie à cette appréciation puisqu'elle a, pour sa part, déclaré que ses maux n'étaient pas d'ordre psychique (cf. mémoire de recours du 30 octobre 2015 p. 12).

dd) Si la recourante signale, pour le surplus, des céphalées et de la fatigue (cf. notamment rapport d'expertise du 3 février 2015 p. 11 s., rapport d'expertise du 12 février 2015 p. 13 et rapport d'expertise du 7 avril 2015 pp 8 s. et 14), il reste que l'expert CC._____ a clairement indiqué que l'on ne pouvait admettre de corrélation entre le TCC mineur survenu en 2004 et le tableau subjectif déploré par l'assurée (cf. rapport d'expertise du 3 février 2015 p. 18) - autrement dit les plaintes mises en avant par cette dernière. Or, l'intéressée n'apporte aucun argument pertinent tendant à démontrer le contraire.

ee) Pris dans leur globalité, les éléments qui précèdent montrent que la recourante ne présente pas le tableau clinique spécifiquement requis par la jurisprudence en matière de causalité naturelle dans le cadre de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (cf. consid. 3b supra). Au surplus, la causalité naturelle apparaît d'autant plus douteuse que la Dresse Z._____ et le Dr P._____ ont évoqué des antécédents de coup du lapin trois ans plus tôt (cf. rapport du 3 décembre 2004 p. 1), respectivement de syndrome cervical modéré en 1989 (cf. rapport du 14

mars 2006 pp 1 et 3), antécédents dont on ne peut donc exclure qu'ils aient joué un rôle dans les plaintes ultérieurement signalées par l'assurée.

Au surplus, les critiques émises à ce niveau par l'intéressée sont sans fondement (cf. mémoire de recours du 30 octobre 2015 p. 11). Notamment, l'expert CC._____ était fondé à conclure à l'origine fonctionnelle des doléances (cf. rapport d'expertise du 3 février 2015 p. 18), dans la mesure où les plaintes rapportées ne pouvaient être rattachées à une atteinte somatique ou à une pathologie psychiatrique précise. Ce constat est donc compatible avec l'absence de déficit fonctionnel organique, contrairement à ce que soutient la recourante.

ff) Certes, les experts du Centre M._____ ont estimé qu'il existait une symptomatologie de syndrome post-commotionnel chronicisé, dans un contexte de TCC mineur sans lésion cérébrale, avec une certaine fixation sur les symptômes dont notamment la fatigue, cette symptomatologie étant purement subjective et non expliquée sur le plan organique (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2015 p. 17 s.).

Ce seul élément ne saurait pour autant suffire pour revenir sur l'appréciation des spécialistes mandatés par H._____. D'une part, les experts du Centre M._____ se sont prononcés dans le cadre d'une procédure d'assurance-invalidité, sans avoir à répondre aux exigences spécifiques à l'assurance-accidents posées en matière de lien de causalité naturelle. D'autre part, même à admettre un hypothétique lien de causalité naturelle entre un syndrome post-commotionnel chronicisé et l'accident du 3 janvier 2004, il n'en resterait pas moins que le lien de causalité adéquate devrait, quant à lui, être exclu pour les motifs ci-dessous.

aaa) Dans une telle constellation, il y aurait en effet lieu de faire application des critères jurisprudentiels posés aux ATF 134 V 109 et 117 V 359 pour l'appréciation de la causalité adéquate. Plus particulièrement, en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité en cas de traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence classe

les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée.

Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions, l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, l'intensité des douleurs, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, et enfin l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/bb et ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

bbb) En l'espèce, en tant qu'il consiste en une chute à ski après avoir heurté un caillou, l'accident du 3 janvier 2004 – dont la gravité doit être appréciée d'un point de vue objectif, sans s'attacher à la manière dont l'assurée a ressenti et assumé le choc traumatique (cf. ATF 117 V 366 consid. 6a et les références citées) – doit, compte tenu de son

dérroulement, être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (cf. dans ce sens, pour d'autres cas de chute à ski, TF 8C_744/2009 du 8 janvier 2010 consid. 10 et TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.1). Les circonstances dans lesquelles cet accident s'est produit sont en outre dépourvues de tout caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Les séquelles physiques ne présentent pas non plus une gravité singulière. La durée du traitement médical ne s'est pas avérée anormalement longue et, quand bien même l'assurée reproche au corps médical d'avoir été « *peu brillant à un moment donné* » (cf. rapport du 26 novembre 2014 de la neuropsychologue HH. _____ p. 4), ledit traitement n'est pas entaché d'erreurs ayant entraîné une aggravation des séquelles physiques de l'accident. Enfin, s'il est certes vrai qu'après plusieurs tentatives de reprises de travail, l'assurée a mis un terme à son activité d'enseignante en 2007, il n'en demeure pas moins que cet unique paramètre ne revêt pas d'intensité particulière justifiant à lui seul d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate dans le cas d'un accident de gravité moyenne à la limite inférieure de cette catégorie.

ccc) Il suit de là que le diagnostic de syndrome post-commotionnel évoqué par les médecins du Centre M. _____ ne s'avère donc pas décisif pour l'issue de la cause.

e) L'expert GG. _____ a encore estimé que l'on pouvait éventuellement postuler l'existence d'un trouble somatoforme non spécifié - voire, à titre de diagnostic différentiel, d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, ou trouble somatoforme non différencié - au regard des nombreuses plaintes somatiques inexplicables (fatigue, troubles subjectifs de l'attention et de la concentration ayant persisté au moins six mois).

Cet expert a néanmoins réfuté tout lien de causalité naturelle avec un événement traumatique spécifique (cf. rapport d'expertise du 12 février 2015 p. 24 ss). Cela étant, la Cour de céans ne peut que se rallier à cette conclusion. En effet, l'accident survenu le 3 janvier 2004 - soit une

chute à ski, survenue après que l'assurée a heurté un caillou et croisé ses skis – revêt intrinsèquement la qualité d'un accident de gravité à la limite d'un accident de peu de gravité et ne peut pas, quoi qu'il en soit, donner lieu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. consid. 4d supra).

Par surabondance, on ajoutera encore qu'il n'y a pas lieu de faire ici application des principes jurisprudentiels développés dans le cadre de l'assurance-invalidité à l'égard des syndromes douloureux somatoformes et autres affections psychosomatiques comparables (cf. ATF 141 V 281), dès lors que ces principes ne s'appliquent – par analogie – à l'assurance-accidents que lorsqu'il y a lieu de trancher la question de l'octroi d'une rente d'invalidité de la LAA en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit fonctionnel dont la relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré a été admis (cf. ATF 141 V 574 consid. 5.2). Or, la présente affaire, qui porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ne relève précisément pas d'un tel contexte. En effet, cette indemnité répond à des critères propres (cf. consid. 4 supra) et est due indépendamment de toute invalidité (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 310 p. 998).

f) Au final, l'appréciation des experts CC._____ et GG._____ – qui a rencontré l'aval du Dr BB._____ (cf. avis médical du 2 mars 2015) – repose sur des constatations médicales objectives et un raisonnement cohérent, qui n'est contredit par aucune pièce au dossier. On ne voit, dès lors, aucun motif pertinent de s'en écarter.

Partant, l'intimée était fondée à ne reconnaître sur cette base qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% à raison des troubles sensitifs du nerf V2 à gauche.

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

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

N'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 29 septembre 2015 par H._____ [...] 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 Georges Reymond (pour A._____),
- H._____ [...],
- 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 :