

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne,

et

B._____, à Lausanne, intimée.

Art. 4 et 16 LPGA; 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. Le 24 août 2012, P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], gérante de kiosque de profession à plein temps, a été victime d'un accident sur le chemin de son travail. Alors qu'elle traversait normalement la route sur un passage piéton, elle a été renversée par une voiture.

Elle a subi à cette occasion une fracture-tassement du plateau supérieur de D12, laquelle a été traitée par cyphoplastie le 20 septembre 2012 (compte rendu opératoire du Dr T._____, spécialiste en neurochirurgie, du 4 octobre 2012). La phase post-opératoire a été marquée par la persistance d'une symptomatologie douloureuse thoraco-abdominale et sous-costale gauche et le développement d'un état dépressif post-accidentel.

Les différentes recherches effectuées afin de déterminer l'origine des douleurs ressenties par l'assurée se sont avérées vaines (rapports des Drs S._____, spécialiste en neurologie, du 18 décembre 2012, H._____, spécialiste en neurologie, du 10 mars 2015 et W._____, spécialiste en rhumatologie, du 27 avril 2015).

Dans ce contexte, une première expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été confiée au J._____ (J._____) de [...]. Dans leur rapport du 5 septembre 2013, les Drs A._____, spécialiste en médecine générale et en rhumatologie, et C._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de douleurs résiduelles et impotence fonctionnelle après fracture de D12 et ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de syndrome trophostatique post-ménopausique aggravé par une hypertrophie-ptose mammaire, d'état de stress post-traumatique au décours et d'épisode dépressif moyen actuellement en rémission partielle ; la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et pourrait atteindre 75 % d'ici fin septembre

2013 et 100 % d'ici la fin de l'année 2013 ; dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière.

Par la suite, une seconde expertise a été confiée au Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 31 juillet 2015, complété les 14 août et 19 novembre 2015, ce médecin a retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de douleurs persistantes dorsales et de la paroi thoracique prédominantes à gauche et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - d'état dépressif moyen, actuellement en rémission. A son avis, l'assurée était apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle elle pourrait alterner à sa guise la position debout avec la position assise, sans port de charges de plus de cinq kilos et sans travaux penchés en avant ou en porte-à-faux) ; en raison des douleurs chroniques, il fallait craindre une diminution de rendement dans une activité adaptée de 25 %. Le dommage à la santé justifiait par ailleurs l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) de 20 %.

Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour qui l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sans devoir craindre une diminution de rendement et les circonstances justifiaient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 10 %, la B._____, (ci-après : la B._____, ou l'intimée) a, par décision du 29 mars 2016, confirmée sur opposition le 12 août 2016, alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % et refusé le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, motif pris que le degré d'invalidité, fixé à 7,24 %, était insuffisant pour ouvrir droit à une telle prestation.

B. **a)** Par acte du 14 septembre 2016, P._____, représentée par Me Isabelle Jaques, a déféré la décision sur opposition du 12 août 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant

principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 31 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, subsidiairement au renvoi de la cause à la B._____ pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle estimait qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise du Dr Z._____, laquelle réalisait toutes les conditions nécessaires pour bénéficier d'une pleine valeur probante.

b) Dans sa réponse du 21 octobre 2016, la B._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

c) Au terme d'un second échange d'écritures des 14 novembre et 6 décembre 2016, les parties ont maintenu leur position respective. A cette occasion, la recourante a requis l'audition de témoins et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, et produit deux rapports radiologiques des 2 et 8 novembre 2016 (du Dr E._____).

E n d r o i t :

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-

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

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fériés d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le point de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) plus importante que celle allouée par l'intimée.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]) ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

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

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 (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 (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 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 (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 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 (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; 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) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible mais parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le

juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 3).

b) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

5. a) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si

cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, tant l'expertise bidisciplinaire du J. _____ de septembre 2013 que celle réalisée par le Dr Z. _____ au printemps 2015 ont conclu que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La seule question qui demeure litigieuse est de savoir s'il y a lieu de tenir compte d'une diminution de rendement afin de prendre en considération les douleurs de la recourante, le Dr Z. _____ ayant fait état d'une diminution de rendement de 25 % dans une activité adaptée.

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la

capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b).

c) A la suite de son accident, la recourante s'est plainte de la persistance de douleurs chroniques plus marquées à gauche qu'à droite (cf. rapport du Dr G. _____, spécialiste en neurochirurgie, du 30 octobre 2014). Les recherches pour déterminer leur origine ont été vaines (cf. rapports des Drs S. _____ du 18 décembre 2012, H. _____ du 10 mars 2015 et W. _____ du 27 avril 2015), les douleurs ressenties n'ayant pas pu être corrélées à un substrat organique objectivable. Dans ce contexte, seule une modification du traitement médicamenteux avec la prescription de séances de physiothérapie a été envisagée. S'agissant du diagnostic de douleurs persistantes dorsales et de la paroi thoracique prédominantes à gauche, le Dr Z. _____ l'a fondé essentiellement sur les plaintes subjectives de la recourante. A la question 3.2 consistant à savoir si les troubles subjectifs pouvaient être objectivés, l'expert a notamment répondu que « *[l]es plaintes ne peuvent pas être objectivées. L'assurée est néanmoins très gênée par ses douleurs qui sont présentes de façon continue d'intensité variable et qui ont des répercussions importantes dans sa vie quotidienne* » (rapport d'expertise, p. 9). S'il a certes retenu une diminution de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée, le Dr Z. _____ a, en réponse à la question 7.4, employé une formulation conditionnelle (« *[...], on peut craindre une diminution du rendement dans une activité adaptée évaluée à 25%* ») et, partant, fait preuve de réserve dans son appréciation (rapport d'expertise, p. 10). En réponse à la question 6.1, le Dr Z. _____ a observé par ailleurs qu'« *actuellement aucun traitement n'est en cours* » et force est de constater que la demande de soins émanant de la recourante est peu importante. L'expert a néanmoins estimé qu'il était souhaitable que la recourante puisse faire des exercices de tonification de sa musculature para-vertébrale (rapport d'expertise, p. 9). Les options thérapeutiques envisagées impliquaient uniquement des mesures à visée apaisante destinées à atténuer l'impact quotidien des douleurs, ce qui confirmait la gravité limitée des troubles dont se plaignait la recourante. Dans son rapport complémentaire du 14 août 2015 à l'intention du médecin-conseil de l'intimée, le Dr Z. _____ a

clairement nuancé le caractère objectif de ses constatations en indiquant que « *en ce qui concerne les douleurs, vous n'êtes pas sans savoir qu'il y a peu de corrélation entre la symptomatologie douloureuse et les lésions visibles sur les radiographies. La cause exacte de douleurs intenses, dont votre assuré[e] se plaint, m'échappe* ».

d) En marge de ses observations, le Dr Z. _____ a indiqué, en réponse à la question 7.2, que la recourante se trouvait dans un état psychologique qui ne lui permettait pas de surmonter ses douleurs (rapport d'expertise, p. 10), ce qui laisse à penser qu'une éventuelle surcharge psychogène (dépression) pouvait jouer un rôle dans la situation de la recourante. L'expert rhumatologue a encore précisé dans son rapport complémentaire du 19 novembre 2015 ne pas avoir d'argument pour suspecter que l'intéressée exagérait les symptômes, relevant néanmoins que la dépression « *agit comme une loupe pour les douleurs* ». Indépendamment de la question d'un éventuel rapport de causalité naturelle avec l'accident, question que l'on peut renoncer à examiner à ce stade, un rapport de causalité adéquate avec l'accident survenu le 24 août 2012 doit en tout état de cause être nié.

aa) En cas d'atteinte à la santé physique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même.

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de

causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

bb) Au regard de son déroulement et de ses conséquences immédiates, l'accident survenu le 24 août 2012 peut être rangé, d'un point de vue objectif, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Il importe dès lors que plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que cet accident soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont souffre la recourante. En l'espèce, l'accident ne s'est pas déroulé dans des

circonstances qui peuvent être qualifiées de dramatiques ou impressionnantes : en traversant la route sur un passage piéton, la recourante a été heurtée par une voiture circulant à une vitesse de 10 km/h environ, puis a chuté au sol sans perdre connaissance. Acheminée au CHUV par ambulance, elle a pu quitter cet hôpital le jour même, les examens pratiqués n'ayant pas mis en évidence de fractures à ce moment-là, mais uniquement des hématomes circonscrits au niveau lombaire et de son bassin (coccyx). S'il y a lieu de constater que la recourante n'a, dans un premier temps, pas bénéficié du traitement adéquat au regard de la lésion subie (fracture-tassement du plateau supérieur de D12), le diagnostic ayant été posé tardivement, l'accident n'a pas non plus causé de lésions physiques objectivement graves susceptibles, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, d'entraîner des troubles psychiques. Quant à la durée du traitement médical de la fracture – dont rien n'indique qu'il ait été entaché d'erreurs – , elle n'apparaît pas anormalement longue. Reste que la recourante a subi une incapacité de travail durable en raison de sa fracture et continue encore à se plaindre de douleurs subjectives aux niveaux thoraco-abdominale et sous-costale gauche d'intensité variable qui l'empêchent de reprendre une activité lucrative. Or, comme on l'a vu précédemment, celles-ci ne sont toutefois pas imputables à l'accident, mais semblent bien plutôt être en lien avec la surcharge psychogène sous-jacente (cf. rapport du Dr W. _____ du 27 avril 2015 ; rapport d'expertise du Dr Z. _____ du 31 juillet 2015, p. 10).

cc) En présence d'un accident de gravité moyenne et en l'absence en l'espèce de cumul de circonstances à prendre en considération ou d'intensité particulière de celles-ci, il convient de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 24 août 2012 et les éventuels troubles psychiques développés ensuite par la recourante.

e) En définitive, la recourante n'a pas valablement remis en cause les conclusions médicales de la B. _____. Se ralliant à l'avis de son médecin-conseil, l'intimée était donc fondée à retenir une capacité de

travail de l'assurée à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé somatique, sans diminution de rendement.

f) Sur le vu de ce qui précède, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause sur ses aspects médicaux. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'audition de témoins et d'expertise orthopédique formulées en ce sens par la recourante le 14 novembre 2016 doivent dès lors être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc).

7. Il convient de déterminer à ce stade le préjudice économique de la recourante.

a) Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). C'est pourquoi il se

déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

bb) Sur la base de l'extrait de son compte individuel AVS, la recourante percevait en 2011 un revenu annuel de 57'600 fr. comme gérante de kiosque. Compte tenu de la stabilité des revenus observée depuis 2009, il n'existe aucun indice laissant à penser que ce montant aurait subi des changements les années suivantes. Partant, il convient de retenir que le revenu sans invalidité de la recourante se serait élevé à 57'600 fr. en 2016.

c) aa) Pour fixer le revenu d'invalidé, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3ème éd., Bâle 2016, n. 233 p. 978). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 234 p. 978). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 236 à 241 p. 978 - 980).

bb) Constatant l'absence d'un revenu effectivement réalisé, l'intimée a fait application des données statistiques ressortant de l'ESS. Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer la recourante, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, 4'300 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures; Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, publiée par l'OFS, T03.02.03.01.04.01), le montant doit être porté à 4'482 fr. 75 (4'300 fr. x 41,7 / 40), soit un salaire annuel de 53'793 francs. Ce montant doit encore être adapté eu égard à l'évolution moyenne des salaires de 2014 à 2015 et de 2015 à 2016 (respectivement 0.4 % et 0.7 % ; Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, publiée par l'OFS, T39), ce qui donne un revenu de 54'386 fr. 20. Compte tenu par ailleurs d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles de l'intéressée, on obtient un revenu d'invalidé de 48'948 francs.

d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 57'600 fr. avec un revenu d'invalidé de 48'948 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 15 %, taux qui ouvre le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

8. La recourante reproche en dernier lieu à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle elle a droit. Elle estime qu'il convenait de s'en tenir à l'estimation du Dr Z._____.

a) Selon 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 al. 1 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 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.

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 (cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3ème éd., Bâle 2016, n. 311 p. 998). 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).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 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 LAA). 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 (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

b) En l'occurrence, les examens radiographiques pratiqués postérieurement à l'expertise du Dr Z._____ ont mis en évidence une angulation de déformation cunéiforme de la vertèbre D12 comprise entre 8 et 10° (cf. rapports d'IRM des 2 et 8 novembre 2016 du Dr E._____). Il convient par ailleurs de constater que l'intensité des douleurs fonctionnelles n'atteint pas un seuil justifiant de retenir un niveau de douleurs +++; la recourante a notamment indiqué que les douleurs ne la réveillaient pas au cours de la nuit (rapport d'expertise, p. 5), ce qui correspond bien plutôt à un niveau de douleurs ++ (cf. Table 7 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA [atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale]). En présence de douleurs fonctionnelles de niveau ++, la B._____ n'a nullement abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant que la recourante pouvait

prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 10 %. Il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point.

9. En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise réformée, en ce sens que la recourante est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 15 %.

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

b) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD, applicables sur renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs. *In casu*, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens réduits, à la charge de l'intimée.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 août 2016 par la B._____, est réformée, en ce sens que P._____ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 15 %.
- III.** La B._____, versera une indemnité à titre de dépens réduits de 1'000 fr. (mille francs) à P._____.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour P. _____),
- B. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :