

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 6 ss et 16 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1 et 24 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en 1965, sans formation, a été engagée par W._____ dès le 2 février 2011 en qualité de nettoyeuse à 100 %. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 3 mars 2014, l'intéressée « a effectué un mouvement d'extension particulièrement intense en essayant de manipuler un appareil de nettoyage, elle est partie immédiatement en hyperlordose avec un craquement au niveau du dos » et a subi une fracture du plateau supérieur de L4 [lombaire n° 4] (cf. rapport du 28 mars 2014 du Dr H._____, spécialiste en neurochirurgie à la T._____, et déclaration de sinistre LAA du 30 avril 2014). Elle a été en incapacité totale de travail depuis.

Dans un rapport du 26 mars 2014, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du jour-même, le Dr J._____, radiologue, a constaté une fracture/tassement fraîche du plateau supérieur de L4 dans un contexte de discarthrose pluri-étagée en partie à composante inflammatoire.

Le 11 août 2014, les Drs D._____, endocrinologue, et M._____, médecin à la S._____, ont notamment posé le diagnostic d'ostéoporose fracturaire sur ménopause précoce avec une fracture vertébrale à la suite d'un accident de travail en mars 2014.

Le 1^{er} octobre 2014, au cours d'un entretien à la CNA, l'assurée a décrit le déroulement de l'accident de la manière suivante (cf. note d'entretien du jour-même) :

« Ce jour-là vers 11h30, je me trouvais au R._____ à [...] en train de passer la monobrosse sur le sol. Alors que je portais seule cette

machine pour descendre les escaliers, j'ai perdu l'équilibre et je suis tombée contre le mur où j'ai tapé avec le bas du dos. Sur le moment, je n'ai pas eu trop mal mais vers 12 h j'ai commencé à ressentir des douleurs au dos et j'ai fini mon travail vers 14 h. »

Dans un rapport du 7 octobre 2014 faisant suite à une IRM lombaire du même jour, le Dr HH. _____, radiologue, a notamment relevé une discopathie à tous les niveaux entre T12 et S1. En conclusion, il a retenu un enfoncement du plateau supérieur de L4 inchangé, des troubles dégénératifs, ainsi que du liquide libre abdominal de faible quantité.

Dans un rapport du 7 avril 2015, le Dr V. _____, neurologue, auquel a été adressée l'assurée pour une évaluation de la capacité de travail, a relevé au status une contracture paravertébrale gauche. Sinon, l'examen était strictement normal, en particulier avec des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques, sans signe d'atteinte pyramidale ou sensitive. Une année après la fracture L4 traumatique dans un contexte d'ostéoporose, l'évolution était défavorable avec la persistance de douleurs importantes. Dans ce contexte, il n'était pas souhaitable que la patiente reprenne son activité professionnelle, au risque d'une augmentation des douleurs.

Dans un rapport du 23 juillet 2015, le Dr H. _____ a relevé qu'une IRM lombaire du jour précédent avait mis en évidence l'évolution par la guérison de la fracture du plateau supérieur L4 et des altérations Modic de type I en L5-S1, L4-L5 et L3-L4. La situation clinique de la patiente était neurologiquement stable, sans déficit, avec une mobilité du rachis correcte. D'après les déclarations de l'assurée, elle ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle. Le spécialiste a ajouté qu'une vérification dans ce sens devrait être effectuée.

Dans un rapport médical intermédiaire du 1^{er} octobre 2015, le Dr H. _____ a indiqué que le traitement lié à la fracture L4 avait été conservateur et que l'évolution clinique était défavorable. La patiente présentait des contractures musculaires paravertébrales droites probablement en relation avec la discopathie et les suites de son accident. Le pronostic était défavorable et la reprise du travail n'était actuellement

pas possible. Un emploi plus approprié pourrait être pris en considération, bien que la patiente n'ait pas de formation spécifique. Elle présentait un tableau clinique lombalgique pluri-étagé qui rendait difficile une réintégration professionnelle efficace.

Le 2 novembre 2015, l'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie. Dans un rapport du même jour, ce dernier a exposé qu'objectivement, il n'y avait pas de troubles statiques majeurs. Les changements de position étaient difficiles et la station assise prolongée paraissait également mal supportée. L'IRM du 22 juillet 2015 avait mis en évidence une fracture consolidée. Sous réserve d'un examen neurologique avec électroneuromyogramme (ENMG), il n'y avait pas d'évidence d'atteinte radiculaire. Le Dr P._____ a proposé d'adresser l'intéressée à la G._____ (ci-après : la G._____) à [...].

L'assurée a séjourné au sein de la G._____ du 10 novembre au 8 décembre 2015. Il ressort du rapport relatif aux ateliers professionnels qu'elle a été prise en charge auxdits ateliers sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives. Elle devait alterner continuellement les positions debout et assise et ne pouvait pas s'agenouiller. Elle pensait ne pas pouvoir travailler plus de deux heures à cause de l'augmentation des douleurs. Des éléments psychologiques en lien avec son problème de dos semblaient peu favoriser la récupération de sa santé. Actuellement, la reprise de son ancienne activité professionnelle semblait difficile au vu de ses plaintes (cf. rapport de la phase initiale du 23 novembre 2015 du Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, Y._____, maître socio-professionnel et L._____, psychologue).

Dans leur rapport du 7 janvier 2016, les Drs Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et K._____, médecin au sein de la G._____, ont retenu les diagnostics de lombo-fessalgies chroniques, de troubles lombaires dégénératifs étagés et d'une fracture-tassement de L4 traitée conservativement. Aucun nouveau diagnostic, en

particulier d'une psychopathologie, n'avait été posé au cours du séjour. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées. Des facteurs contextuels (peur du mouvement, croyance que la vertèbre fracturée risquait de se briser, âge, mauvaise maîtrise du français, absence de qualification) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles. Au terme du séjour, la patiente décrivait une légère diminution de la douleur et disait pouvoir faire plus d'activités. Objectivement, il y avait un gain de force et d'endurance chez une patiente qui avait une importante peur du mouvement à son arrivée. Hormis l'appréciation de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement en position assise, aucune incohérence n'avait été relevée. Les médecins ont retenu comme limitations fonctionnelles provisoires le port répété de charges supérieures à 5 kg et les activités nécessitant le maintien d'une position du tronc en porte-à-faux. La situation n'était pas complètement stabilisée du point de vue médical, dite stabilisation étant attendue dans un délai de trois mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident et les troubles dégénératifs lombaires. L'incapacité de travail dans la profession de nettoyeuse était totale « du 8 décembre 2015 au 8 janvier 2016, pour une longue période ». Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, il était défavorable en lien avec des facteurs non médicaux tels que la mauvaise maîtrise du français, l'absence de qualification, l'âge de la patiente et la longueur de l'incapacité de travail.

Le Dr H. _____ a informé la CNA qu'à la suite du séjour de l'assurée à la G. _____, l'évolution était marquée par une légère amélioration des lombalgies. Un traitement conservateur était raisonnable (cf. rapport du 16 décembre 2015).

Le 24 février 2016, en réponse à la CNA, W. _____ a indiqué que le salaire de l'intéressée en 2014 était de 4'100 fr., versé treize fois l'an, et qu'il n'aurait pas été modifié en 2015 et en 2016.

Le Dr P._____ a à nouveau examiné l'assurée le 10 mai 2016. Dans son rapport final du même jour, il a fait l'appréciation suivante du cas :

« Actuellement, la patiente, qui parle difficilement le français et qui est venue avec sa fille, dit qu'elle va un peu mieux. Le séjour à [...] lui a fait du bien. Il semble qu'elle est un peu plus active dans son ménage mais qu'elle a toujours des douleurs pour lesquelles elle prend encore passablement de médicaments.

Lors de l'examen clinique, il n'y a plus de kinésiophobie, beaucoup moins d'autolimitation.

Objectivement, il n'y a pas de troubles statiques notables. La musculature para-vertébrale est bien développée, un peu sensible à la palpation en région lombaire à D [droite] mais sans contracture manifeste. La mobilité rachidienne est modérément limitée dans tous les plans. L'inclinaison latérale D et la rotation vers la D semblent réveiller les douleurs bien plus que les autres mouvements. Les changements de position s'effectuent beaucoup plus aisément qu'auparavant et la station assise prolongée est manifestement mieux supportée. Il n'y a pas de signe d'atteinte radiculaire ou médullaire.

Sur le scanner du 07.09.2015, on retrouve une fracture-enfoncement du plateau supérieur de L4, consolidée, en fin de compte relativement peu grave, n'induisant pas de trouble statique segmentaire significatif.

Le séjour à la G._____ a manifestement été très profitable [...].

Du point de vue thérapeutique, il n'y a pas lieu d'être trop agressif.

Les antalgiques et les AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], ainsi que l'Oméprazole, assortis de consultations espacées, restent à la charge de la SUVA [CNA].

Il est possible que la patiente ne puisse plus retravailler comme nettoyeuse, en tout cas en plein, mais il est clair qu'elle conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les charges moyennes et les positions statiques prolongées, surtout en porte-à-faux.

Si on se réfère à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/7.f-2004, un taux de 10 % peut être retenu, la situation paraissant intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rare ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (+) et des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts (++), dans le cadre d'un status après fracture-enfoncement du plateau supérieur de L4. »

Par courrier du 7 juillet 2016, la CNA a informé l'assurée que l'examen médical avait révélé qu'elle n'avait plus besoin de traitement médical spécifique et qu'il était donc mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 août 2016. Le suivi médical espacé, de même que les antalgiques et anti-inflammatoires prescrits,

seraient encore pris en charge. L'examen d'éventuelles autres prestations était en cours.

Le 7 juillet 2016, la CNA a listé 42 descriptions de postes de travail adaptés (ci-après : DPT). Elle en a retenu cinq, dont ouvrière de production et de mise sous pli, et calculé la moyenne des salaires moyens, soit 54'672 fr. 60.

Par décision du 14 septembre 2016, la CNA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10 %. Elle a expliqué que sur le plan médical, l'assurée était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition d'éviter les positions statiques prolongées, surtout en porte-à-faux. Une telle activité était exigible toute la journée et permettrait de réaliser un revenu d'environ 54'673 fr., part du 13^{ème} salaire incluse, soit un gain aussi élevé que celui de 53'300 fr. qu'elle réaliserait sans l'accident. Il n'existait donc pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident.

Par certificats médicaux successifs du 15 septembre au 30 novembre 2016, le Dr H. _____ a attesté une incapacité totale de travail dans l'activité actuelle jusqu'à nouvel avis. Une reprise du travail était possible dans une activité adaptée, soit n'impliquant pas de soulever des poids supérieurs à 10 kg et avec changement de position assise/debout toutes les heures.

Le 6 octobre 2016, l'assurée, désormais représentée par Assista Protection juridique SA, a contesté cette décision et requis une copie de son dossier. La CNA a transmis ce dernier le 10 octobre 2016. L'intéressée a complété son opposition le 23 décembre 2016, soutenant qu'un abattement d'au moins 15 % devait être porté au revenu réalisable avec l'accident pour tenir compte de ses difficultés dans la langue française et son manque de formation. En outre, la CNA n'avait pas mentionné quelle profession pourrait être raisonnablement exigée. Quant à l'IPAI, elle devrait être fixée à 15 %. L'assurée a joint à son envoi un

document complété le 8 décembre 2016 par le Dr H._____ en réponse aux questions posées par Assista Protection juridique SA. Selon le spécialiste, la patiente présentait des lombalgies chroniques exacerbées par une position orthostatique prolongée et une position assise prolongée. L'activité professionnelle était fortement limitée par la persistance du tableau algique et la symptomatologie douloureuse. Une réintégration professionnelle pourrait être prise en considération, mais vu l'importance des lombalgies et l'irradiation radiculaire, elle était actuellement fortement limitée. La patiente pourrait encore exercer une activité professionnelle alternant les positions assise et debout toutes les heures, par exemple dans une activité de bureau. La question qui se posait était essentiellement liée à la formation de la patiente. Elle avait également des difficultés d'expression en français.

Par décision du 13 octobre 2016 faisant suite à une demande de prestations déposée par l'assurée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud lui a accordé une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2015 au 31 mars 2016. Le droit à la rente était supprimé trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée le 8 décembre 2015, date de sortie de la G._____ à compter de laquelle la capacité de travail de l'intéressée était totale dans une activité adaptée.

Par décision sur opposition du 30 décembre 2016, la CNA a confirmé son refus d'allouer une rente et l'octroi d'une IPAI de 10 %. Se fondant notamment sur le rapport d'examen final du Dr P._____, elle a retenu que l'assurée conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans port de charges et évitant les positions statiques prolongées, surtout en porte-à-faux. Les pertes de gain imputables à des facteurs étrangers à l'accident tels que la formation ou les connaissances linguistiques insuffisantes ne pouvaient être prises en considération dans l'estimation de l'invalidité. Le revenu d'invalidité était fixé sur la base des données salariales résultant des DPT. Les DPT choisies correspondaient à des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assurée. Selon la jurisprudence, il n'y avait pas lieu d'opérer un abattement sur les salaires résultant des DPT. La comparaison

entre le revenu sans invalidité de 53'300 fr. et un revenu exigible d'au moins 54'673 fr. ne laissait apparaître aucune perte, de sorte que l'assurée n'avait pas droit à une rente. S'agissant du taux de l'IPAI, il n'existait aucun élément permettant de douter de l'appréciation du Dr P._____, sur laquelle il y avait donc lieu de se fonder.

B. Par acte du 2 février 2017, A._____, désormais représentée par Me Charles Munoz, recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2016 et se voit octroyer une IPAI de 15 %. La recourante conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en se fondant sur les rapports du Dr H._____. Elle ajoute qu'elle souffre actuellement d'un trouble dépressif récurrent qui est en lien avec son accident. En outre, elle allègue une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où la décision du 14 septembre 2016 ne contient aucune explication quant aux DPT sur lesquelles la CNA s'est fondée. Elle soutient encore que les DPT retenues ne respectent pas ses limitations fonctionnelles et que le revenu d'invalidité doit donc être déterminé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Pour tenir compte de l'ensemble des circonstances, il y a lieu de procéder à un abattement d'au moins 15 %, ce qui, après comparaison des revenus sans invalidité (53'300 fr.) et avec invalidité (45'724 fr. 05), aboutit à un taux d'incapacité de gain de 14.2 %, ouvrant le droit à une rente. Enfin, au vu de ses atteintes, un taux d'IPAI de 15 % se justifie. En annexe, la recourante joint un courrier du 12 janvier 2017 que le Dr H._____ lui a adressé, à la teneur suivante :

« [...] Le dernier examen met en évidence l'évolution vers la guérison de la fracture vertébrale, mais en même temps la persistance d'une sévère discopathie pluri-étagée. Ceci rend difficile la reprise à 100 % de votre activité professionnelle. Je proposerais que vous soyez apte à travailler dans une activité adaptée à votre état de santé à un pourcentage de 50 %. Il pourrait s'agir d'une activité de bureau en alternant la position assise et la

position debout environ toutes les 30 mn. Le soulèvement de poids supérieurs à 20 kg est proscrit. »

La recourante joint encore un rapport du 31 janvier 2017 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au X._____, indiquant qu'elle est suivie depuis le 1^{er} novembre 2016 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41). Une médication lui est prescrite. Ces affections sont en rapport avec son accident et avec les conséquences dans ses projets de vie personnelle et professionnelle, qui ont dû être adaptés à la baisse.

Dans sa réponse du 4 avril 2017, la CNA conclut au rejet du recours. S'agissant de la violation du droit d'être entendu, elle relève que les DPT figuraient au dossier et que la recourante aurait pu en prendre connaissance. Au surplus, l'éventuelle violation du droit d'être entendu a été réparée dans la mesure où l'intéressée a pu faire valoir tous ses arguments dans le cadre de son recours. La lettre du 12 janvier 2017 du Dr H._____ est en contradiction avec ses avis des 30 septembre et 8 décembre 2016, ces documents étant tous brefs et peu motivés. La relation de causalité adéquate entre l'événement accidentel et le trouble psychique doit être niée. Quant aux DPT choisies, elles sont correctes. Quoi qu'il en soit, l'application de la méthode des données statistiques de l'ESS n'aboutirait pas à l'octroi d'une rente, dès lors que seul un abattement de 5 % paraît justifié, ce qui aboutit à un taux d'incapacité de gain n'ouvrant pas le droit à une rente. S'agissant de l'IPAI, l'intéressée n'a pas apporté d'élément réfutant l'analyse faite par le Dr P._____ dans son rapport du 10 mai 2016, de sorte que le taux de 10 % retenu doit être confirmé. La CNA joint trois DPT supplémentaires.

Par réplique du 23 août 2017, la recourante soutient que le Dr H._____ n'est pas son médecin traitant usuel, mais un spécialiste qui la suit depuis son accident uniquement. Ses rapports sont cohérents. Dans la mesure où ils sont contradictoires avec ceux du Dr P._____, des mesures d'instruction complémentaires, sous la forme d'une expertise par

un médecin indépendant ou une expertise judiciaire, doivent être mises en œuvre. Les DPT ne sont pas adéquates, dès lors qu'elles ne prennent pas en considération le fait qu'elle doit pouvoir choisir librement sa position et l'alterner fréquemment.

Dans sa duplique du 28 septembre 2017, la CNA maintient sa position. Elle relève que le Dr H._____, suivant mensuellement la recourante depuis plus de trois ans, devait être considéré comme son médecin traitant à la lumière de la jurisprudence y relative. Enfin, les différentes DPT prévoient que le travail soit réalisé en position assise et debout, ainsi que des déplacements réguliers. Ces positions de travail correspondent aux limitations fonctionnelles retenues, soit éviter le port de charge moyenne et les positions statiques prolongées, surtout en porte-à-faux.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Elle 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 formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 (ATF 131 V 164 et ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi que sur la quotité de l'IPAI.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. Dans un premier moyen de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, faisant valoir que la décision rendue par l'intimée le 14 septembre 2016 ne fournissait aucune explication quant aux DPT.

a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son

contrôle (ATF 143 III 65 consid. 5.2, 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Toutefois, selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 135 I 279 consid. 2.6.1 et 135 V 387 consid. 5.1).

La détermination du revenu d'invalidé sur la base de descriptions de postes de travail tirées de la base de données interne de la CNA doit reposer sur au moins cinq descriptions de postes de travail adaptés au handicap de la personne assurée. Celles-ci, de même que le nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, le salaire le plus haut, le salaire le plus bas, et le salaire moyen du groupe auquel il est fait référence, doivent figurer au dossier. La personne assurée doit pouvoir prendre connaissance de ces renseignements de manière à pouvoir présenter d'éventuelles objections dans la procédure d'opposition (ATF 139 V 592 consid. 6.3 et 129 V 472 consid. 4).

b) En l'occurrence, comme le relève à juste titre la recourante, la CNA n'a pas fourni d'indications quant aux DPT dans sa décision du 14 septembre 2016. Toutefois, le 10 octobre 2016, à la suite de l'opposition de l'intéressée, la CNA lui a transmis son dossier, comprenant notamment les cinq DPT sur lesquelles elle s'était fondée, de même que les renseignements complémentaires exigés par la jurisprudence. L'assurée a donc pu prendre connaissance de ces éléments de sorte à pouvoir les contester utilement dans son courrier du 23 décembre 2016, par lequel elle a complété son opposition. Quoi qu'il en soit, elle a été formellement informée par la décision sur opposition litigieuse du fait que l'intimée entendait se référer aux DPT figurant au dossier. L'intéressée a pu faire valoir tous ses arguments dans la procédure de recours auprès de la Cour

de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen. Il y a donc lieu d'admettre que l'éventuelle violation du droit d'être entendu dont se prévaut la recourante est réparée et que ce grief est dès lors mal fondé.

4. 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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1).

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).

b) 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).

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).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une

base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. En l'espèce, l'intimée a retenu que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce que l'intéressée conteste.

a) Sur le plan somatique, le Dr P._____ a conclu, dans son rapport du 10 mai 2016, qu'il était possible que l'assurée ne puisse plus retravailler comme nettoyeuse, mais qu'il était clair qu'elle conservait une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit le port de charges moyennes et les positions statiques prolongées, surtout en porte-à-faux.

Ce rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante. En effet, le Dr P._____ a analysé l'ensemble des pièces au dossier et procédé à l'examen de l'intéressée. Il a également exposé et pris en considération les plaintes de cette dernière. Il a en outre décrit clairement le contexte médical et ses conclusions sont bien motivées. En particulier, il a relevé que le scanner réalisé en septembre 2015 mettait en évidence une fracture-enfoncement du plateau supérieur de L4 qui était consolidée, en fin de compte relativement peu grave. Ceci n'induisait pas de trouble statique segmentaire significatif. Il a notamment ajouté que les changements de position s'effectuaient plus aisément que lors de son précédent examen du 2 novembre 2015 et que la station assise prolongée était manifestement mieux supportée. Il a constaté que le séjour de l'assurée à la G._____ avait été manifestement très profitable, ce qui a également

été relevé par le Dr H._____, lequel avait noté une amélioration des lombalgies à la suite de celui-ci (cf. rapport du 16 décembre 2015).

A l'issue de ce séjour, les médecins de la G._____ ont exposé, dans leur rapport du 7 janvier 2016, que la situation n'était pas complètement stabilisée du point de vue médical, stabilisation qui était attendue dans un délai de trois mois. Ils ont retenu comme limitations fonctionnelles provisoires le port répété de charges supérieures à 5 kg et les activités nécessitant le maintien d'une position du tronc en porte-à-faux. Même s'ils ont indiqué que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable, ils ont expressément précisé que leur appréciation était liée à des facteurs non médicaux, tels que la mauvaise maîtrise du français, l'absence de qualification, l'âge et la longueur de l'incapacité de travail. Ainsi, bien qu'ils ne se soient pas explicitement prononcés sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, comme le soulève celle-ci, il ressort de leur rapport que ce sont uniquement des facteurs non médicaux qui empêcheraient l'exercice d'une telle activité. Or, seules les conséquences de l'atteinte à la santé, et non des éléments ne relevant pas du domaine médical, doivent être prises en compte. Il ressort ainsi de ce rapport que l'assurée présente, sur le plan médical, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, tel que retenu par le Dr P._____.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce constat. En particulier, le Dr V._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, se limitant à relever qu'il n'était pas souhaitable que l'intéressée reprenne son activité professionnelle, sous-entendu celle de nettoyeuse. Au demeurant, ce spécialiste a indiqué que l'examen était strictement normal, mise à part une contracture paravertébrale gauche, et a relevé un contexte d'ostéoporose (cf. rapport du 7 avril 2015).

Il en va de même des différents rapports du Dr H._____. En effet, dans son rapport du 23 juillet 2015, ce spécialiste a relevé que la fracture de L4 évoluait par la guérison et mentionné différentes altérations

(en L5-S1, L4-L5 et L3-L4). La situation clinique était neurologiquement stable et sans déficit, avec une mobilité correcte du rachis. Les constatations objectives faites par le Dr H._____ allaient donc dans le sens de l'avis positif du Dr P._____. D'ailleurs, s'agissant de la capacité de travail, le Dr H._____ a indiqué que c'était l'assurée qui considérait qu'elle ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle. Il n'a pas confirmé une quelconque incapacité de travail, relevant au contraire qu'une vérification devrait être effectuée à ce sujet. Par la suite, dans son rapport du 1^{er} octobre 2015, le Dr H._____ a certes retenu que la reprise du travail n'était plus possible, mais il a précisé qu'un emploi approprié pourrait être pris en considération, n'excluant ainsi pas l'exercice d'une activité lucrative. Il a en effet attesté, par certificats médicaux successifs rédigés du 15 septembre au 30 novembre 2016, qu'une reprise du travail était possible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ces documents sont toutefois très succincts et ne sont pas motivés quant aux limitations fonctionnelles retenues, soit une activité n'impliquant pas de soulever des poids supérieurs à 10 kg et avec changement de position assise/debout toutes les heures. Dans son rapport du 8 décembre 2016, le Dr H._____ a répété que la patiente pourrait exercer une activité adaptée. Il a ajouté que cette activité devait alterner les positions assise et debout toutes les heures, par exemple dans une activité de bureau. Il a néanmoins relevé que « la question qui se posait était essentiellement liée à la formation de la patiente », laquelle avait en outre des difficultés d'expression en français. Tel que susmentionné, ceci ne doit toutefois pas être pris en compte ici.

Par la suite, dans sa lettre du 12 janvier 2017 adressée à sa patiente, ce médecin relevait que le dernier examen avait mis en évidence l'évolution vers la guérison de la fracture vertébrale, mais également la persistance d'une sévère discopathie pluri-étagée, ce qui rendait difficile la reprise à 100 % de son activité professionnelle, et proposait l'exercice d'une activité adaptée à 50 %. Cependant, seules les lésions en lien de causalité avec l'accident du 3 mars 2014, ayant provoqué une fracture de L4, sont à la charge de l'assureur-accidents. Or, la discopathie pluri-étagée, également révélée par les IRM lombaires des 26 mars et 7 octobre

2014 (cf. rapports des mêmes jours des Drs J._____ et HH._____), n'est pas en rapport avec cet accident et n'engage dès lors pas la responsabilité de l'intimée. Ce courrier est en outre très succinct et guère étayé. Le Dr H._____ y paraît d'ailleurs peu catégorique. De plus, l'on peine à comprendre pourquoi il estimerait que l'assurée devrait désormais exercer une activité lui permettant d'alterner les positions assise et debout toutes les 30 minutes environ et sans port de charges supérieures à 20 kg, ce qui contredit les documents médicaux précédemment rédigés par ses soins, dont le dernier a été établi seulement cinq semaines auparavant (cf. rapport du 8 décembre 2016). Le Dr H._____ a au demeurant adressé ce document à l'assurée dans le cadre de son recours, et l'a donc rédigé à la demande de cette dernière, qu'il suivait régulièrement depuis l'accident. Force est ainsi de constater que l'appréciation de la capacité de travail faite par ce médecin ne peut être suivie.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que l'assurée dispose, au plan somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

b) Sur le plan psychique, la recourante soutient qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent qui est en lien avec son accident. Elle se fonde à cet effet sur le rapport du 31 janvier 2017 du Dr Q._____, lequel indiquait qu'elle présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et des douleurs chroniques où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. Le spécialiste ajoutait que ces affections étaient en rapport avec l'accident.

aa) Tel que susmentionné, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (cf. consid. 4a supra). La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles psychiques 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 ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa et 115 V 133 consid. 6c/aa et les références citées ; TF 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3).

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 ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4, 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.2.2) :

- 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 en cours de guérison et les 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 si l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1, 129 V 402 consid. 4.4.1 et 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 7.2 et la référence citée).

bb) En l'occurrence, il ressort de la déclaration de sinistre du 30 avril 2014 et du rapport du 28 mars 2014 du Dr H._____ que l'intéressée s'est blessée alors qu'elle effectuait un mouvement d'extension en essayant de manipuler un appareil de nettoyage. Lors de l'entretien du 1^{er} octobre 2014 avec la CNA, l'assurée a fourni une autre version, soit que l'accident s'était déroulé alors qu'elle portait une monobrosse dans les escaliers. Elle avait « perdu l'équilibre et [était] tombée contre le mur où [elle avait] tapé avec le bas du dos. Sur le moment, [elle n'avait] pas eu trop mal » et avait commencé à ressentir des douleurs au dos 30 minutes plus tard (cf. note d'entretien de la CNA du 1^{er} octobre 2014).

Tel que relevé à juste titre par l'intimée, que l'on considère que la fracture est survenue alors que l'intéressée effectuait un mouvement d'extension en tentant de manipuler un appareil de nettoyage ou alors qu'elle avait perdu l'équilibre dans les escaliers en portant un tel

appareil et était tombée contre le mur, l'événement accidentel doit être qualifié de peu de gravité. Selon la jurisprudence précitée, il n'y a donc pas de relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques invoqués par la recourante.

Au demeurant, il en irait de même si cet événement devait être classé en tant qu'accident de gravité moyenne à la limite du cas de peu de gravité. En effet, les différents critères définis par la jurisprudence ne sont pas tous réalisés. En particulier, dans les deux cas de figure, l'accident n'était ni dramatique, ni particulièrement impressionnant. Les lésions physiques n'ont en outre pas atteint une gravité particulière et n'ont pas empêché la recourante de conserver une capacité de travail entière dans une activité adaptée, tel que retenu au consid. 5a supra. Il n'y a pas non plus eu de complications importantes. Par ailleurs, les circonstances à prendre en considération ne revêtent pas une intensité suffisante pour que le caractère adéquat puisse être admis de ce seul fait.

Le rapport de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes de l'assurée sur le plan psychique doit donc être nié. L'intimée n'a ainsi pas à prendre en charge ces atteintes, au demeurant décrites de manière très succincte et non étayée par le Dr Q. _____.

c) Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à retenir que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Il convient encore d'examiner le degré d'invalidité de l'intéressée.

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). Par ailleurs, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

En l'occurrence, le moment déterminant est 2016. En effet, l'intimée a informé l'assurée (cf. courrier du 7 juillet 2016) que cette dernière n'avait plus besoin de traitement médical spécifique et qu'elle mettait dès lors fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2016 (cf. art. 19 al. 1 LAA ; consid. 4b supra).

Pour établir le revenu sans invalidité, la CNA s'est fondée à juste titre sur les déclarations de l'employeur W._____, selon lesquelles le salaire annuel de l'assurée aurait été de 53'300 fr. en 2016. Ce montant n'étant au demeurant pas contesté, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

b) Pour fixer le revenu d'invalidé, lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident, il s'agira de se fonder sur un revenu hypothétique (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3^{ème} éd., Bâle 2016, 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), 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 pp. 978 à 980). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la

base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée, ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

En l'occurrence, l'intimée a fait application de la seconde méthode d'évaluation, à savoir celle consistant à déterminer le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT. La recourante soutient que les DPT choisies ne respectent pas ses limitations fonctionnelles.

Toutefois, les cinq DPT auxquelles l'intimée a fait référence, soit surveillante de machine, ouvrière de production, caissière polyvalente, collaboratrice de mise sous pli et collaboratrice de production en montage, sont toutes des activités qui respectent les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr P._____. En effet, elles permettent l'alternance des positions assise et debout, avec un port de charges léger. En outre, les activités retenues n'exigent aucune formation pour certaines, et une formation élémentaire pour d'autres, de sorte qu'elles peuvent être exercées par la recourante.

Cette dernière soutient que la DPT de collaboratrice de production en montage n'est pas adaptée à son état de santé, dès lors que selon le descriptif, l'introduction de pauses dans le déroulement du travail est impossible. Cependant, même s'il ressort des observations de la G._____ que l'assurée a fait plusieurs pauses dans le cadre d'une activité (cf. rapport du 23 novembre 2015), l'exigence de pauses régulières n'a été retenue par aucun médecin. Le seul fait que l'assurée

estime qu'elle doit pouvoir bénéficier de pauses au vu de ses atteintes n'est pas suffisant. Cette DPT ne saurait donc être écartée pour ce seul motif. Au demeurant, celle-ci indique clairement qu'il s'agit de travaux légers (visserie, collage, petites soudures) qui peuvent être effectués soit debout, soit assis.

S'agissant de la DPT de mise sous pli, l'assurée allègue qu'il est prévu entre 1 h 30 et 3 h de port de charges de 5 à 10 kg et entre 3 h à 5 h 15 de port de charges de moins de 5 kg, alors que les médecins de la G. _____ ont retenu comme limitation le port répété de charges supérieures à 5 kg (cf. rapport du 7 janvier 2016). Toutefois, les médecins de la G. _____ ont précisé que la situation médicale n'était pas encore stabilisée, ce qui devait intervenir dans un délai de trois mois. Les spécialistes s'étant prononcés après ces quelques mois ont décrit des charges plus conséquentes. En effet, le Dr P. _____ a fait état d'une limitation concernant le port de « charges moyennes » (cf. rapport du 10 mai 2016). Le Dr H. _____ a quant à lui fixé une limite du port de charges à 10 kg (cf. notamment certificat médical du 15 septembre 2016), puis même à 20 kg (cf. courrier du 12 janvier 2017).

La DPT d'ouvrière de production ne prête pas non plus le flanc à la critique, dès lors que les avis médicaux ne font pas état de limite par rapport au fait de devoir travailler de 3 h à 5 h en positions debout et assise.

Enfin, la recourante déplore que pour toutes ces DPT, le travailleur ne puisse décider librement de sa position. Cependant, même s'il ressort du rapport du 23 novembre 2015 de la G. _____ qu'elle doit alterner continuellement les positions debout et assise, cet élément n'a pas été retenu dans le rapport établi par les médecins de la G. _____ le 7 janvier 2016. Dans ce dernier, ils ont d'ailleurs précisé que la situation médicale n'était pas encore stabilisée. Le Dr P. _____, ayant examiné la recourante une fois le délai de trois mois écoulé, n'a pas non plus évoqué une telle limitation. En outre, tel que relevé plus haut, l'appréciation du Dr H. _____, selon laquelle la patiente devait alterner les positions toutes

les heures (cf. rapport du 8 décembre 2016), puis toutes les demi-heures (cf. courrier du 12 janvier 2017) doit être admise avec réserve. L'on peine en particulier à comprendre sur quelle base il retient ces constatations, surtout lorsqu'il modifie son appréciation sans aucune explication dans des documents rédigés à cinq semaines d'intervalle, au demeurant à la demande de l'assurée.

Ainsi, les DPT sélectionnées, prévoyant notamment que le travail soit réalisé en position assise et debout, et des déplacements réguliers, doivent être considérées comme adaptées à l'état de santé de la recourante. Le salaire moyen de 54'673 fr. fixé sur cette base, et retenu au titre de revenu d'invalidé, ne prête pas le flanc à la critique.

c) Le revenu avec invalidité (54'673 fr.) étant au moins aussi élevé que celui sans invalidité (53'300 fr.), c'est à juste titre que l'intimée a refusé l'octroi d'une rente.

Pour le surplus, contrairement à ce que soutient la recourante, la référence aux statistiques salariales tirées de l'ESS ne permettrait pas d'aboutir à un résultat plus favorable.

L'assurée retient à tort 2014, et non 2016, comme année de comparaison des revenus (cf. consid. 6a supra). Compte tenu du fait qu'elle n'a pas de formation certifiée et qu'elle n'a plus retravaillé depuis son accident de mars 2014, il y a lieu de retenir comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les femmes dans l'accomplissement de 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 (ESS 2014, TA 1 niveau de qualification 1). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2014, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu sans invalidité, sur la base de l'ESS, s'élève ainsi à 4'482 fr. 75 par mois (4'300 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un

montant de 53'793 fr. par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016, ce qui conduit à un gain annuel de 54'224 fr. 20 (+ 0.4 % pour 2015, + 0.4 % en 2016 [La Vie économique, tableau B 10.2]).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité / catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

En l'occurrence, le taux d'abattement de 15 % dont se prévaut la recourante est excessif. Tel que relevé par l'intimée, la nécessité d'alterner les positions assise et debout ne représente pas des limitations fonctionnelles particulièrement importantes (TF 9C_879/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.3), tout comme celle du port de charges moyennes. En outre, contrairement à ce que soutient l'assurée, il ne ressort pas du dossier qu'elle présenterait une diminution de rendement dans une activité adaptée. Compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret, soit des limitations de l'assurée, de son âge (51 ans), de sa nationalité et de ses connaissances limitées en français - quoique peu rédhibitoires dans les milieux professionnels visés - un abattement de 5 %, voire au maximum de 10 % pourrait être appliqué. Dans ce dernier cas, le revenu avec invalidité s'élèverait à 48'801 fr. 78. Comparé au revenu sans invalidité (53'300 fr.), il en résulterait un taux d'invalidité de 9,15 %, arrondi à 9 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. art. 18 al. 1 LAA ; consid. 4b supra).

d) Ainsi, que l'on se base sur l'une ou l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidité dégagées par la jurisprudence, la CNA était fondée à refuser le droit à la rente d'invalidité.

7. En dernier lieu, la recourante reproche à l'intimée une estimation incorrecte de l'IPAI.

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 fédérale 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 prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (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 (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) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. 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 ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

b) En l'espèce, pour déterminer le taux de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée s'est fondée sur le rapport du 10 mai 2016 du Dr P._____. Ce spécialiste s'est référé à la table 7 du barème de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Il a relevé que la situation paraissait intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rare ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement, et des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts. Il a donc retenu un taux de 10 %.

La recourante estime qu'un taux de 15 % se justifie au vu de ses atteintes. Toutefois, l'évaluation incombe avant tout aux médecins.

L'intéressée n'apporte pas d'élément permettant de s'écarter de l'appréciation du Dr P._____, seul médecin à s'être prononcé sur cette question. La fixation du taux de l'IPAI à 10 % ne prête donc pas le flanc à la critique.

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c).

b) En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre d'autres mesures d'instruction, en particulier une expertise, tel que requis par la recourante.

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

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 30 décembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents 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 Charles Munoz (pour A. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- 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 :