

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 juillet 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
MM. Neu et Piguet, juges  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Séverine Berger, avocate  
à Lausanne,

et

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à  
Genève.

---

**Art. 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 21 al. 1 et 24 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1950, a été victime d'un accident de la circulation le 7 juin 1996, perdant la maîtrise de son véhicule sur l'autoroute. Selon le rapport de gendarmerie de la police cantonale du 27 juin 1996, elle venait de [...] et regagnait son domicile à [...], circulant sur la voie gauche à 80-90 km/h selon ses dires. Sur un tronçon rectiligne, selon des témoins directs, sa voiture avait brusquement dévié vers la droite, en dérapage ; elle avait alors quitté la chaussée, heurté violemment un caniveau avec l'avant gauche, puis effectué plusieurs tonneaux. Après avoir endommagé une clôture métallique, elle avait terminé sa course sur le toit, dans son sens de marche, dans un champ de céréales, parallèlement à l'autoroute. En fin d'embarquée, ne faisant pas usage de la ceinture de sécurité, elle avait été éjectée de son véhicule.

Elle a été prise en charge à l'Hôpital N.\_\_\_\_\_, où il a été constaté qu'elle présentait un traumatisme crânio-cérébral, une luxation de la hanche droite avec fracture du cotyle, une entorse grave postéro-externe du genou droit, une fracture du péroné droit, une fracture des pédicules de C2 non-déplacée, une plaie contuse du talon droit, une dermabrasion de la jambe droite et une contusion pulmonaire gauche (cf. rapport médical initial LAA du 25 juin 1996).

L'assurée était employée comme directrice des ventes auprès de l'entreprise V.\_\_\_\_\_. Elle était à ce titre assurée contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de T.\_\_\_\_\_ (ci-après : T.\_\_\_\_\_ ou l'intimée), laquelle a pris en charge les suites du cas, en particulier par le versement d'indemnités journalières, réduites toutefois de 10 % dès lors que l'assurée ne faisait pas usage de la ceinture de sécurité au moment de l'accident (cf. décision du 10 octobre 1996 avec effet rétroactif au 10 juin 1996).

L'assurée a séjourné du 27 juin au 23 août 1996 à la Clinique X.\_\_\_\_\_, où elle a été transférée depuis le service d'orthopédie de l'Hôpital Z.\_\_\_\_\_ pour une intervention plastique et pour les suites du traitement d'ostéosynthèse du cotyle droit le 21 juin 1996.

**b)** V.\_\_\_\_\_ a procédé à la résiliation du contrat de travail de l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 1997.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 1<sup>er</sup> septembre 1997, l'assurée percevait un salaire annuel de 93'000 fr. depuis le 1<sup>er</sup> août 1995. Elle était responsable des ventes magasins et vendeuse.

**B.** L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 3 juillet 1997. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a retenu qu'elle présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, telle que la vente ou la gestion commerciale liée à la vente. Après avoir procédé au calcul de la perte de gain de l'assurée, il a rendu une décision le 21 mai 2002, octroyant à l'intéressée une rente ordinaire depuis le 7 juin 1997, basée sur un degré d'invalidité de 71 %, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 97'949 fr. 50, et d'un revenu avec invalidité de 28'600 francs.

**C.** En septembre 2002, T.\_\_\_\_\_ a mandaté la G.\_\_\_\_\_ aux fins d'une expertise pluridisciplinaire. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont rendu un rapport le 1<sup>er</sup> décembre 2003, retenant les diagnostics de trouble de l'humeur persistant, status après polytraumatisme sévère, douleur chronique de la jambe droite sur trouble végétatif secondaire aux atteintes musculo-cutanées, hypertension artérielle traitée, baisse de l'audition et coxarthrose secondaire. Les diagnostics étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident. L'atteinte à la jambe droite répondait favorablement aux séances de physiothérapie, dont les médecins préconisaient la poursuite à raison de quatre fois par semaine (massage, drainage, rééducation en piscine et à sec). Une amélioration des symptômes était encore possible. L'assurée risquait de présenter des

douleurs chroniques au niveau du membre inférieur droit, qui ne pourraient probablement jamais être jugulées complètement. Le statu quo ante n'était pas encore atteint et la capacité de travail était de 50 %.

Le 14 janvier 2003, T.\_\_\_\_\_ a versé à l'assurée un acompte à valoir sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : l'IPAI) d'un montant de 30'000 francs.

**D.** T.\_\_\_\_\_ a mandaté aux fins d'une expertise le B.\_\_\_\_\_ du L.\_\_\_\_\_ (ci-après : le B.\_\_\_\_\_ ) à [...]. Le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et la Dresse Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, ont rendu un rapport le 27 juin 2006. Ces médecins ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- status post-fracture complexe du cotyle droit ostéosynthésée avec coxarthrose secondaire débutante, diminution des amplitudes de flexion, extension, rotation interne et externe, abduction et adduction de manière modérée ;
- status post-entorse postéro-externe du genou droit avec lésion de la corne postérieure du ménisque interne ayant subi une résection en juillet 1996. Rupture du ligament croisé postérieur non suturé. Limitation de la flexion séquellaire ;
- gonarthrose post-traumatique : chondromalacie de stade III du condyle fémoral interne ;
- adhérence cutanée au plan musculaire de la loge postérieure de la jambe droite, avec raccourcissement de la musculature des muscles jumeau et soléaire, entraînant une limitation de la dorsiflexion de la cheville droite ;
- douleur neurogène du territoire du nerf saphène interne au niveau de la face postéro-interne du genou droit.

Les experts ont en outre retenu les diagnostics suivants sans effet sur la capacité de travail :

- status post-nécrose cutanée et sous-cutanée du segment de la cuisse distale et du segment jambier sur la face postéro-interne avec défaut musculaire ayant nécessité de nombreuses greffes cutanées et un lambeau libre du tenseur fascia lata, cicatrice calme ;
- trait de personnalité histrionique, trait de personnalité narcissique ;
- hypoacousie sur probable presbyacousie et versus toxicité à la Nivaquine ;
- lombalgies L4-L5 sur spondylolisthésis de grade 0-1 dégénératif ;
- status après traumatisme crânio-cérébral ;
- status post-fracture bilatérale des pédicules de C2 traitée conservativement ;
- status post-fracture du péroné droit ;
- hypertension artérielle traitée.

Les experts ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante de direction pourrait être de 6 heures par jour. Dans une activité adaptée (à savoir une activité semblable à celle exercée, mais sans déplacement répétitif en voiture, permettant de changer de position assise debout et marche, sans port de charge et sans mouvement répétitif du rachis), elle était de 80 %.

Quant au psychiatre E.\_\_\_\_\_, lequel s'est entretenu avec l'assurée dans le cadre de l'expertise, il a retenu au plan psychiatrique une capacité de travail entière. L'examen neuropsychologique était dans les normes et ne témoignait d'aucun dysfonctionnement cognitif.

**E. a)** T.\_\_\_\_\_ a mandaté le B.\_\_\_\_\_ (ci-après : le W.\_\_\_\_\_) aux fins d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, en l'espèce menée par les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesquels ont rendu leur rapport le 22 décembre 2010. Ces spécialistes ont retenu les diagnostics suivants en relation de causalité certaine avec l'accident de 1996 :

- Ancienne fracture du cotyle droit avec luxation de la hanche

- Ancienne ostéosynthèse de cette fracture
- Coxarthrose post-traumatique droite
- Prothèse totale de la hanche droite
- Ancienne entorse grave du genou droit
- Ancienne méniscectomie partielle interne
- Prothèse uni-compartimentale interne du genou droit
- Ancienne fracture de C2 actuellement consolidée
- Spondylose cervicale
- Enraidissement partiel de la cheville droite
- Dysthymie (43.1).

Sans rapport avec l'accident, ils ont fait état d'une spondylose lombaire importante. Ils ont constaté sur le plan orthopédique que la prothèse de hanche de l'assurée présentait un résultat satisfaisant et qu'aucun traitement n'était actuellement pratiqué à ce niveau. Le résultat était mitigé concernant la prothèse partielle du genou droit, qui devrait vraisemblablement être changée ultérieurement. Il existait au niveau du membre inférieur droit d'autres troubles liés aux conséquences des nombreuses plaies ainsi que des multiples opérations de chirurgie reconstructrice réalisées. Au niveau cervical, la fracture était consolidée sans séquelle importante. Concernant la spondylose lombaire, son rapport de causalité avec l'accident n'était pas démontré. La capacité de travail mentionnée par le Dr A. \_\_\_\_\_ n'avait jamais pu être mise en valeur en raison de multiples phases de traitements. La probabilité d'une reprise chirurgicale au niveau du genou droit empêchait les experts de définir une capacité de travail à moyen terme. Une fois ce problème réglé, sur le plan de l'appareil locomoteur, une capacité de travail partielle devrait exister dans l'activité d'assistante de direction. Quant au trouble psychique, il était mineur par rapport à la problématique orthopédique, et sans celle-ci, il ne serait pas invalidant. Il n'y avait aucun élément en faveur d'un syndrome de stress post-traumatique au sens strict. Les experts ne se sont pas prononcés sur l'IPAI, dans la mesure où la situation n'était pas stabilisée.

**b)** T.\_\_\_\_\_ a confié une nouvelle expertise pluridisciplinaire au W.\_\_\_\_\_. Le 2 mars 2012, les Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, D.\_\_\_\_\_, ophtalmologue, K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, et RR.\_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologue, ont rendu leur rapport, avec la « conclusion générale » suivante :

« Médecine interne :

- L'hypertension artérielle ne peut pas être mise en relation de causalité avec l'accident. Elle n'a par ailleurs pas d'incidence sur la capacité de travail.

Neuro-ophtalmologie :

- Il n'y pas de relation de causalité entre l'accident et la myopie.
- La presbytie est liée à l'âge.
- La kératopathie n'est pas en relation de causalité avec l'accident.
- La relation de causalité entre la médication antalgique et les effets secondaires sur la xérophtalmie est en relation de causalité possible.
- Il n'y a pas d'incapacité de travail.

Chirurgie maxillo-faciale :

- La relation de causalité entre le bruxisme et l'accident est probable.
- Le trouble ne justifie pas d'incapacité de travail.

Oto-neurologie :

- Il n'y a pas d'argument en faveur d'une surdité post-traumatique.
- Le déficit vestibulaire gauche est en relation de causalité possible avec l'accident.
- Ce déficit est bien compensé et peu symptomatique, il ne justifie pas d'une incapacité de travail. »

Le Dr M.\_\_\_\_\_, dermatologue auprès du W.\_\_\_\_\_, a rendu quant à lui son rapport le 22 août 2012. Il a estimé l'atteinte à l'intégrité à 35 % en raison de l'importance de l'atteinte cutanée cicatricielle (scalp, lèvres, 80 % de la région fessière, 75 % de la jambe droite). Il a estimé la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée (pas de position assise prolongée, pas d'activité debout en permanence vu le risque d'aggravation du lymphoedème du membre inférieur droit), avec une diminution de rendement de 20 % due aux rétractions cutanées. La situation était stabilisée.

**c)** T.\_\_\_\_\_ a payé à l'assurée un nouvel acompte à faire valoir sur l'IPAI le 8 août 2013, d'un montant de 8'000 francs.

**d)** Par décision sur opposition du 15 septembre 2014, confirmant sa décision du 25 avril 2014, T.\_\_\_\_\_ a refusé sa participation aux frais de l'abonnement de l'assurée au centre HH.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'assurance-accidents, en relevant que l'abonnement en cause n'était pas un traitement approprié au sens de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

**e)** T.\_\_\_\_\_ a confié au W.\_\_\_\_\_ la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Le 8 mai 2015, les Drs U.\_\_\_\_\_, neurologue, BB.\_\_\_\_\_, rhumatologue, F.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et RR.\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport, après avoir examiné l'assurée les 13 et 19 décembre 2013, les 9, 10, 16, 27 janvier 2014, ainsi que le 25 février 2014. Ils se sont adjoints les services des Drs K.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. Ils ont retenu les diagnostics suivants en relation de causalité certaine avec l'accident :

- Fracture du cotyle droit avec luxation de la hanche
- Ancienne ostéosynthèse de cette fracture
- Prothèse totale de hanche droite
- Entorse grave du genou à droite
- Prothèse unicompartmentale interne du genou droit actuellement stable
- Ancienne fracture de C2 actuellement consolidée
- Spondylose cervicale
- Ancienne fracture du péroné à droite
- Enraidissement partiel de la cheville droite
- Status cicatriciel secondaire à l'accident et post interventionnel
- Troubles sensitifs douloureux péri-cicatriciels et dans le territoire du nerf saphène droit
- Dysthymie (F34.1)

Sans relation avec l'accident, ils ont retenu les diagnostics de spondylarthrose lombaire étagée et de spondylolisthésis L4-L5 de grade I/II.

Ils ont pour le surplus retenu ce qui suit :

« Discussions et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour est rigoureusement normal hormis les valeurs de la tension artérielle qui sont modérément augmentées, mais compte tenu des valeurs décrites auparavant, on peut les estimer satisfaisantes. Cette affection ne représente pas un caractère incapacitant.

Sur le plan rhumatologique, l'expertisée présente des lombalgies basses permanentes depuis juillet 2013, ce qui n'était pas le cas auparavant. Les douleurs lombaires irradient au niveau des deux membres inférieurs : au membre inférieur gauche, sur la face latérale de la hanche et de la cuisse jusqu'au genou, au membre inférieur droit depuis le pli inguinal droit jusqu'à la face antéro-interne de la cuisse et du genou droit. Une infiltration effectuée en septembre 2013 a bien soulagé les douleurs du membre inférieur gauche, jusqu'à ces jours, mais les douleurs réapparaissent. Il n'y a pas eu de tentative d'infiltration pour les douleurs du membre inférieur droit. Il y a trois ans, une infiltration du genou n'avait pas calmé les douleurs du membre inférieur droit.

Radiologiquement, il existe un spondylolisthésis L4-L5 de grade 1 à 2, stable en flexion/extension. L'examen clinique met en évidence une forte restriction de la mobilité du rachis lombaire dans toutes les directions, ainsi que des douleurs dorsales moyennes à hautes, interscapulaires, parlant pour des contractures musculaires d'accompagnement.

La douleur du membre inférieur gauche peut correspondre à un syndrome de dysfonction intervertébrale D12-L1 irradiant classiquement au niveau de la face latérale de la hanche droite. Elle peut également correspondre à une dysbalance musculaire au niveau des muscles fessiers, puisque la démarche n'est pas harmonieuse dans le cadre des séquelles multiples du traumatisme du membre inférieur droit.

Les douleurs devenues chroniques proximales du membre inférieur droit peuvent également être d'origine rachidienne. Elles correspondraient plutôt à une cruralgie, donc une atteinte de la racine L3 droite, elles pourraient aussi correspondre à une irritation du nerf fémoro-cutané au niveau du pli inguinal.

En conclusion, par rapport à l'expertise de 2010, la situation s'est aggravée, puisque les douleurs lombaires sont devenues persistantes et ne répondent plus aux traitements d'ostéopathie, comme jusqu'en décembre 2012.

Ces douleurs lombaires sont causées par une spondylarthrose étagée ainsi qu'un spondylolisthésis L4-L5, s'aggravant progressivement au cours de ces cinq/six dernières années, radiologiquement.

Cette affection du rachis n'est pas en rapport de causalité avec l'accident du 07.06.1996.

Sur le plan neurologique, l'amnésie circonstancielle liée à l'accident est courte. Il n'y a pas de notion de céphalées ou de troubles neuropsychologiques dans les jours et semaines suivant l'accident. Par ailleurs, examen neuropsychologique normal en 2006 (B.\_\_\_\_\_).

L'expertisée a par contre développé des acouphènes présents jusqu'à ce jour, associés à une diminution de l'audition, ceci a été traité lors d'une expertise précédente par un ORL.

Madame R.\_\_\_\_\_ a été placée sous haute dose de morphinique pendant environ neuf mois. Lorsque ceux-ci ont été progressivement sevrés, des douleurs neurogènes sont apparues à la face interne du membre inférieur droit, et autour du genou droit. Celles-ci ont été attribuées à une irritation compressive du nerf saphène, dans le tiers distal de la jambe. Plusieurs neurolyses ont été pratiquées, la deuxième, en janvier 2005, couronnée de succès, puisque entraînant la disparition des douleurs à type de lancées. Il persiste à ce jour des douleurs neurogènes, à type de serremments du genou ou du mollet droit, contenus par le Tramadol.

L'expertisée mentionne des lombalgies présentes au moins depuis le début des années 2000, relativement supportables jusqu'en juillet 2013, où elles sont devenues beaucoup plus importantes, et associées à une irradiation de type sciatgie gauche L5 et possiblement L4 à droite. Les lombosciatgies gauches ont partiellement répondu à une infiltration pratiquée en août 2013. A ce jour, l'expertisée met en avant ses lombosciatgies, mentionnant être très invalidée par elles et limitée la marche. Ces lombosciatgies n'ont pas de lien avec l'accident, comme mentionné par l'expert rhumatologue.

Actuellement, il persiste à ce jour :

- Des difficultés anamnestiques de concentration pouvant être imputables à l'anxiété et à la médication sédatrice, non détectables à l'évaluation attentionnelle de ce jour.
- Des troubles sensitifs peri-cicatriciels et dans le territoire du nerf saphène droit, des douleurs neurogènes dans le territoire de ce tronc nerveux.
- Des lombosciatgies bilatérales à prédominance gauche, associées à un discret trouble sensitif distal de nature L5 gauche.

Les troubles de concentration ne peuvent pas être mis en relation de causalité avec l'accident.

Les troubles sensitifs et les douleurs neurogènes ont un lien de causalité naturelle avec l'accident.

Ceci concorde avec les précédentes observations neurologiques.

Sur le plan orthopédique, nous examinons Madame R.\_\_\_\_\_ 18 ans après un accident de la circulation ayant provoqué diverses lésions au niveau de l'appareil locomoteur :

- Une fracture du cotyle à droite avec luxation de hanche,
- Une entorse grave du genou à droite,

- Une fracture du péroné droit,
- Une fracture de C2.

La fracture du cotyle a été traitée par ostéosynthèse, puis ultérieurement l'insertion d'une prothèse totale de hanche a été nécessaire.

L'évolution de l'entorse grave du genou droit s'est faite avec apparition d'une arthrose. Cette arthrose a été traitée par insertion d'une prothèse partielle interne.

La fracture de C2 a été traitée conservativement avec une bonne consolidation.

Lors de l'expertise précédente, un doute existait au niveau du genou droit en ce qui concerne un éventuel descellement de la prothèse partielle de ce genou. A l'heure actuelle, l'articulation du genou droit montrant une évolution stable est peu symptomatique. Cette hypothèse peut être écartée.

Sur le plan orthopédique, il est donc possible actuellement de dire que la situation est stabilisée.

Lors de l'expertise précédente, l'existence d'une importante spondylose lombaire avec spondylolisthésis L4-L5 avait été constatée. Une argumentation avait été développée pour indiquer que cette spondylose n'était pas en rapport de causalité avec l'accident du 07.06.1996. Il n'y a actuellement pas d'éléments nouveaux pour revenir sur cette appréciation qui reste valable.

Sur le plan maxillo-facial, il n'y a pas d'évolution ni de péjoration du status de Madame R. \_\_\_\_\_ depuis la précédente expertise. En l'occurrence, il n'y a pas de nouvelles recommandations quant à la prise en charge du traitement du bruxisme. L'apparition post-traumatique d'un bruxisme est connue dans la littérature. Le traitement est simple et consiste en [un] port nocturne d'une gouttière de libération occlusale.

Par ailleurs, le traitement orthodontique ne peut pas entrer dans le traitement d'un bruxisme, car il n'y a pas de relation entre le bruxisme et l'occlusion. A ce titre-là, les frais engendrés par le traitement orthodontique ne peuvent pas être pris en considération.

L'état dentaire de Madame R. \_\_\_\_\_ ne paraît pas, à l'heure actuelle, nécessiter le recouvrement de toutes les dents et il existe d'autres moyens, comme les fluorations extensives, pour lutter contre les troubles de la sensibilité dentaire.

La fracture de la dent 26 est très probablement en relation avec le bruxisme. Cela nécessiterait la pose d'un implant et d'une couronne.

Sur le plan ophtalmologique, l'examen de ce jour est entièrement superposable à celui qui était détaillé dans l'expertise de 2011.

Le status neuro-ophtalmologique est dans les limites de la norme, il n'y a aucune dysfonction des voies visuelles ni des voies oculomotrices. Elle présente une myopie légère plus marquée à

droite qu'à gauche ainsi qu'une presbytie débutante. L'examen oculaire est normal.

L'expert n'a donc aucune proposition d'investigation ou de traitement à faire.

La capacité de travail est complète en temps et rendement.

Sur le plan dermatologique, par rapport à la précédente expertise, il n'y a pas d'évolution ni de péjoration du status de Madame R. \_\_\_\_\_.

En l'occurrence, il n'y a pas de nouvelles recommandations quant à la prise en charge du traitement des anciennes cicatrices.

Les conclusions sont les mêmes.

Sur le plan de la chirurgie plastique et reconstructive, les séquelles essentielles sont des séquelles cicatricielles de l'accident en relation avec la nécrose étendue cutanée et sous-cutanée de toute la face interne de la cuisse, ainsi que toutes les séquelles cicatricielles dues aux prélèvements tant des greffes de peau mince que du lambeau du fascia tata nécessaires à la reconstruction du membre inférieur droit. En particulier, la zone de prélèvement des greffes sur les fesses est ressentie encore 16 ans après comme étant douloureuse. Les cicatrices sont visibles et gênantes sur tout le membre inférieur droit. En ce qui concerne les zones d'alopecie du cuir chevelu, elles sont ressenties comme une gêne esthétique.

Les séquelles cicatricielles sont actuellement stabilisées. Le ressenti par l'expertisée et la trophicité cutanée ne sont pas normaux dans les zones précitées. Il est évident que les traitements entrepris jusqu'à ce jour, en particulier la physiothérapie, la natation, les séjours dans un centre thermal, LPG, massages et drainages lymphatiques ont permis une stabilisation de ces séquelles cicatricielles importantes.

Sur le plan psychique, nous avons retenu lors de notre évaluation de 2010 une dysthymie. Cela correspondait à une évolution chronique de l'épisode dépressif précédent, ce dernier n'ayant pas atteint une rémission complète. Cela pouvait également représenter une évolution défavorable d'un trouble d'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive.

Cette dysthymie était entretenue par les difficultés asséurologiques et médicales, faisant suite à l'accident. Des problèmes personnels y contribuaient également.

Nous n'avons pas d'éléments en faveur d'un trouble somatoforme. Il y avait des traits de personnalité anankastique. L'accident avait provoqué d'importantes blessures narcissiques, chez une personne ayant toujours le besoin de se projeter. Il n'y avait pas non plus d'éléments de syndrome de stress post-traumatique.

La dysthymie était susceptible d'être atténuée par la reprise d'un traitement antidépresseur.

Le trouble psychique avait été considéré comme étant en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Actuellement, sur la base des éléments anamnestiques et notre observation, nous retenons toujours une dysthymie (F34.1). L'état est stationnaire. Une prise en charge psychothérapeutique a été entreprise, mais pas de traitement pharmacologique. La prescription de Tramadol a un effet bénéfique sur l'anxiété.

Compte tenu de l'importance des douleurs et de l'angoisse par certains moments, il est aujourd'hui plus indiqué de prescrire un antidépresseur qu'en 2010. Ce médicament aurait le double avantage d'obtenir un état de rémission, d'une part, et de diminuer le seuil de perception des douleurs. Il faudrait toutefois faire attention au risque de syndrome sérotoninergique compte tenu de la prescription de Tramadol.

Vu le caractère chronique de l'affection et de l'importance des problèmes somatiques, le pronostic de réponse au traitement antidépresseur en vue d'obtenir une rémission complète est très moyennement favorable.

Pour le reste, il n'y a pas de changement par rapport à l'appréciation de 2010 et il persiste toujours une dysthymie en lien de causalité naturelle avec l'accident. Les conséquences de cette affection sont minimales, il s'agit d'un trouble très léger, et ne justifient ni incapacité de travail, ni atteinte à l'intégrité. »

S'agissant de la capacité de travail, les experts ont estimé qu'une activité non-manuelle, sédentaire, permettant d'alterner la position assise et debout toutes les 45 minutes était possible à 50 %, baisse de rendement incluse. Les limitations étaient principalement orthopédiques (positions assise et debout) et dermatologiques (position assise). Les experts ont par ailleurs retenu que l'état de santé était stabilisé. Il n'y avait plus eu de traitement orthopédique depuis décembre 2010, et la situation n'avait pas changé au niveau de la prothèse du genou droit. Pour les experts, la situation était stabilisée depuis début 2011 et les traitements ne pouvaient plus amener d'amélioration sensible de la capacité de travail.

S'agissant de l'IPAI, les experts ont relevé ce qui suit :

*« 10.1. L'expertisée souffre-t-elle d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) et durable (prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie) de son intégrité physique ou mentale ?*

Oui.

10.2. Cas échéant, quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 de l'OLAA) ? Merci de motiver votre réponse.

Sur le plan orthopédique, l'essentiel des séquelles touche le membre inférieur droit et la colonne cervicale.

Au niveau du membre inférieur droit, l'application de la table 5.2 de la SUVA nous amènerait à un chiffre d'atteinte à l'intégrité de 65 %.

La valeur maximale du membre inférieur étant fixée à 50 %, il est nécessaire de pondérer les différents éléments en question, car ce chiffre ne peut pas être dépassé. Par ailleurs, Madame R. \_\_\_\_\_ ayant une réduction fonctionnelle de ce membre qui est toujours en place, la valeur globale de l'atteinte est nécessairement inférieure à 50 %. On peut l'estimer à la moitié de la valeur fonctionnelle du membre, ce qui nous donne un chiffre de 25 %.

A ce chiffre s'additionne l'atteinte cervicale que l'on peut chiffrer à 7,5 %, selon la table 7. Sur le plan orthopédique, l'atteinte à l'intégrité est donc de 32,5 %.

Sur les plans dermatologique et de chirurgie plastique, il y a une importante atteinte cutanée cicatricielle (scalp, lèvres, 75 % de la région fessière, 70 % de la jambe droite).

Les conséquences sur le plan physique sont l'impression d'une peau "différente" (aspect, texture cartonnée, dysesthésie, douleurs) et une peau plus facilement sensible aux irritants, aux traumatismes et aux ultraviolets.

Les cicatrices sont indélébiles, ce sont des séquelles à vie, visibles, perceptibles au toucher, pouvant jouer un rôle dans la vie quotidienne et les relations intimes.

L'atteinte à l'intégrité est de 35 %.

*En conclusion*, l'ensemble de l'atteinte à l'intégrité est de 35 % + 32.5 %, soit 67.5 %. Ce chiffre doit être pondéré.

Une paraplégie ASIA [American Spinal Injury Association] D représente 60 %.

Une atteinte neuropsychologique moyenne à grave 70 %.

Une très grave défiguration 50 %.

Dans le cas présent, nous retenons une atteinte à l'intégrité [de] 50 %. »

**f)** Par arrêt du 4 septembre 2015 (cause AA 112/14 - 90/2015), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée contre la décision sur opposition rendue le 15 septembre 2014 par T. \_\_\_\_\_, au motif que la prestation litigieuse n'entraîne pas dans le catalogue des prestations que l'assureur-accidents devait prendre en charge.

**g)** A la suite des observations de l'assurée sur le rapport d'expertise, les médecins du W.\_\_\_\_\_ ont été invités à compléter leur rapport, ce qu'ils ont fait le 28 novembre 2015. Dans ce cadre, ils ont maintenu leur position.

**h)** Par décision du 17 décembre 2015, T.\_\_\_\_\_ a reconnu à l'assurée le droit à une rente de 3'240 fr. par mois dès le 1<sup>er</sup> mars 2014 fondée sur un degré d'invalidité de 50 % (compte tenu d'un revenu de 93'000 fr. en 1996 [7'500 fr. de salaire par mois, servi 12 fois, plus gratification de 3'000 fr., selon le questionnaire pour employeur de l'AI], représentant 117'425 fr. 15 en 2014, et d'un revenu avec invalidité de 58'712 fr. 60), a alloué une IPAI de 50 % basée sur un gain annuel de 97'200 fr. et mis un terme à la prise en charge des frais médicaux au 30 novembre 2015, sous réserve de l'art. 21 LAA (admettant ainsi la prise en charge des soins sur le plan de la chirurgie plastique et reconstructive, de bas de contention, ainsi que de l'antalgie et d'antidépresseurs sur présentation de la prescription médicale ad hoc). T.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir versé les indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2015, et a précisé renoncer à procéder à un calcul rétroactif des indemnités journalières, se réservant de revenir sur sa position en cas de procédure.

Le 23 décembre 2015, l'assurée, alors représentée par Me Virginie Rodigari, a informé T.\_\_\_\_\_ qu'elle devrait subir une nouvelle intervention tendant au remplacement de sa prothèse partielle du genou par une prothèse totale.

**i)** Le Dr NN.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à T.\_\_\_\_\_ le 11 janvier 2016 qu'il convenait de procéder à la révision chirurgicale du genou avec transformation en prothèse totale. Le 28 janvier 2016, T.\_\_\_\_\_ a confirmé la prise en charge de cette intervention.

**j)** L'assurée, par son conseil, a formé opposition à la décision du 17 décembre 2015 le 1<sup>er</sup> février 2016, en faisant pour l'essentiel valoir que son état n'était pas stabilisé, se référant au courrier de T.\_\_\_\_\_ qui

avait admis la prise en charge de l'intervention du genou. Elle a par ailleurs estimé que ses troubles au niveau du rachis étaient imputables à l'accident, que la capacité de travail de 50 % sans baisse de rendement retenue par les experts n'était pas justifiable, critiquant en outre le montant retenu au titre de gain assuré, des revenus sans et avec invalidité, et d'IPAI. Elle a ainsi demandé une rente de 87 %, et une IPAI de 70 % au moins.

Le Dr NN. \_\_\_\_\_ a opéré le genou de l'assurée le 15 février 2016, procédant à la « révision du genou D [droit] avec ablation PUC [prothèse unicompartimentale] et implantation PTG [prothèse totale du genou] Persona femur 7 narrox Tibia C poly 12 patella 32 ». T. \_\_\_\_\_ a garanti la prise en charge de cette intervention, et admis également la prise en charge des frais de déplacements de l'assurée pour 2016 (abonnement « LL. \_\_\_\_\_ »), en raison de ladite opération (cf. courriers du 28 janvier 2016).

Le 18 février 2016, le Dr NN. \_\_\_\_\_ a fait savoir à T. \_\_\_\_\_ que sa patiente nécessitait une rééducation post-opératoire à la Clinique CC. \_\_\_\_\_ à [...] dès le 23 février 2016. T. \_\_\_\_\_ a accordé la garantie de prise en charge des coûts de ce séjour de trois semaines maximum (cf. courrier du 22 février 2016 de T. \_\_\_\_\_ à CC. \_\_\_\_\_).

Le 31 mai 2016, le Dr NN. \_\_\_\_\_ a relevé que la patiente avait encore des douleurs un peu diffuses dans le genou mais que ses performances augmentaient, et qu'elle allait objectivement bien.

Par courrier du 13 octobre 2016 à l'assurée, T. \_\_\_\_\_ s'est référée à sa décision niant la prise en charge des frais médicaux au-delà du 30 novembre 2015 ; elle a pour le surplus indiqué que les thérapies alternatives comme celles proposées par la naturopathe-nutritionniste II. \_\_\_\_\_ n'étaient quoi qu'il en soit pas reconnues scientifiquement et ne constituaient pas des prestations obligatoirement à la charge de l'assurance-accidents LAA.

Selon une fiche de calcul du 23 janvier 2017, la rente d'invalidité mensuelle due à l'assurée à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2015 s'élevait à 7'208 fr. 50, compte tenu d'un revenu annuel déterminant de 116'326 fr. 90.

Par décision sur opposition du 24 janvier 2017, T.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée, « sauf pour ce qui concerne le gain assuré retenu pour le calcul de la rente », admettant de retenir à ce titre le montant de 116'326 fr. 90. Elle a pour le surplus considéré qu'il n'existait plus de droit au traitement médical depuis le 9 octobre 2014 en tout cas.

**F.** Par acte du 24 février 2017, R.\_\_\_\_\_, représentée par Me Séverine Berger, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens qu'elle doit continuer à bénéficier rétroactivement au 25 février 2014 d'indemnités journalières, de la prise en charge de ses frais médicaux, et être mise au bénéfice d'une IPAI de 81'428 fr. 85. Subsidiairement, elle a conclu à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente de 7'828 fr. 35 rétroactivement au 25 février 2014, ses frais médicaux étant pris en charge par l'intimée, et une IPAI de 81'428 fr. 85 accordée. A titre plus subsidiaire, elle a enfin conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Dans un premier moyen, elle s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que les experts ne s'étaient pas prononcés sur la question de la stabilisation de son état de santé, ne se déterminant en particulier pas sur les interventions qu'elle avait subies les 9 mars 2015 et 15 février 2016. Elle a également fait valoir dans ce cadre que les art. 10 et 16 LAA avaient été violés, et que c'était à tort que l'intimée ne s'était pas prononcée sur les arguments qu'elle avait soulevés en opposition s'agissant de la relation de causalité entre l'accident et les troubles du rachis dorso-lombaire, ainsi que sur la problématique de la xérophtalmie et sur le bruxisme. Elle a ensuite soutenu que ses atteintes, en particulier aux plans dermatologique et psychique, nécessitaient toujours des traitements médicaux, lesquels devaient être pris en charge par l'intimée. Sous l'angle psychiatrique, elle s'est prévaluée des rapports

du Dr DD.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et de PP.\_\_\_\_\_, psychologue, qu'elle a produits à l'appui de son recours, pour soutenir que son état n'était pas stabilisé. Faute de stabilisation, elle a estimé que c'était à tort que l'intimée avait refusé la prise en charge de ses frais de transport, violant selon elle dès lors l'art. 13 LAA. Dans un autre moyen, elle a contesté le revenu avec invalidité, estimant que dans la mesure où il y avait lieu de retenir une baisse de rendement de 30 % liée à la xérophtalmie, le revenu avec invalidité devait être fixé à 41'098 fr. 80. Elle a encore fait valoir dans ce contexte que son activité habituelle n'était plus exigible, car non conforme aux limitations fonctionnelles, et que le revenu avec invalidité aurait dès lors dû être arrêté sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et s'élever à 100 % à 44'016 fr., soit 15'405 fr. 60 avec une baisse de rendement de 30 % et une incapacité de 50 %, estimant qu'à cela devait s'ajouter l'incapacité de travail relative aux troubles du rachis dorso-lombaire ainsi qu'au stress post-traumatique, pour lesquels une nouvelle expertise était nécessaire. La recourante a de plus critiqué l'IPAI, estimant qu'elle devait être fixée sur la base d'un gain assuré de 116'326 fr. 90, et non de 97'200 francs. Elle a relevé dans ce cadre encore que le taux de 50 % avait été arrêté sur la base d'une double pondération qui ne saurait être admise, estimant que seule une pondération sur l'indemnité totale était admissible, laquelle ne saurait être inférieure à 70 %, ce qui devait conduire à lui allouer un montant de 81'428 fr. 85 à titre d'IPAI. Elle a en outre critiqué l'application par l'intimée de l'art. 21 LAA, soutenant qu'à défaut de stabilisation, c'était l'art. 10 LAA qui était applicable. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Avec son recours, elle a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 14 décembre 2016 du Prof. TT.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel ce médecin a expliqué qu'il lui était très difficile d'estimer quelle part des douleurs était liée au problème lombaire qu'il avait opéré et quelle part l'était à l'affection traumatique connue ;

- un rapport du 15 février 2017 du Dr NN.\_\_\_\_\_, selon lequel la patiente souffrait de douleurs chroniques dans le membre inférieur droit à mettre en relation avec le traumatisme très important des parties molles, notamment de la cuisse, lors de l'accident, relevant qu'elle nécessitait un traitement d'entretien régulier pour gérer la douleur chronique et les contractures ;
- un rapport du 17 février 2017 du Dr NN.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'état de la patiente pouvait être considéré comme stabilisé mais avec des séquelles, des usures de prothèses (hanche et genou) à moyen ou long terme pouvant être redoutées, une prise en charge physiothérapeutique à long terme étant médicalement justifiée ;
- un rapport du 17 février 2017 du Dr DD.\_\_\_\_\_, selon lequel l'assurée présentait un état de stress post traumatique (F43.1), d'autres réactions à un facteur de stress sévère (F43.8), associé à un syndrome douloureux somatique réactionnel aux suites de son grave accident de la voie publique survenu le 7 juin 1996 ;
- un rapport de PP.\_\_\_\_\_ du 21 février 2017, selon lequel elle souffrait notamment d'un état de stress post-traumatique ;
- un rapport d'Il.\_\_\_\_\_ du 21 février 2017 selon lequel celle-ci avait traité l'assurée avec l'appareil LPG, massage en palpé-roulé-crochetage entre août 2007 et janvier 2016, traitement qui rétablissait la mobilité fonctionnelle et la souplesse des tissus ;
- un rapport de la physiothérapeute FF.\_\_\_\_\_ du 22 février 2017 selon lequel les douleurs importantes ressenties par la patiente au niveau de sa hanche avaient créé des phénomènes compensatoires qui avaient engendré des usures prématurées des étages lombaires et de son genou droit, cette thérapeute estimant qu'il semblait évident que ces complications dégénératives étaient intimement liées au traumatisme initial.

Dans sa réponse du 24 mai 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 16 août 2017, la recourante a maintenu sa position. Elle a encore fait valoir que ses séquelles post-commotionnelles

n'avaient pas été prises en compte, à tort, par les experts, se référant à cet égard à un rapport du 23 juin 2017 du Dr SS.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Elle a également allégué présenter une atteinte neurogène multilocalisée, se prévalant d'un rapport du 17 juillet 2017 du Dr XX.\_\_\_\_\_, neurologue, en faisant état de séquelles neurologiques lourdes venant s'ajouter à ses autres atteintes. Elle a produit les pièces suivantes :

- un rapport du Dr SS.\_\_\_\_\_ à son avocate du 23 juin 2017, à teneur duquel les séquelles post-commotionnelles n'avaient pas été prises en compte, les experts ne s'étant pas prononcés sur le diagnostic de syndrome post-commotionnel, et semblaient le confondre avec les séquelles cognitives post-TCC [traumatisme crano-cérébral] ; il a ajouté que selon le tableau n° 8 de l'atteinte à l'intégrité de la SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, CNA] concernant les complications psychiques des atteintes cérébrales, on se trouvait au minimum au niveau d'une atteinte minime-moderée à modérée, ce qui correspondait à un degré d'atteinte de 10 à 20 % qui devait être intégré aux séquelles subies par sa patiente ;
- un rapport du 17 juillet 2017 du Dr XX.\_\_\_\_\_ au Dr SS.\_\_\_\_\_, qui a indiqué qu'à côté des multiples séquelles aux niveaux orthopédique, musculaire et cutané et après de multiples interventions orthopédiques et de la chirurgie plastique, il était impossible de différencier entre des lésions primaires déclenchées par l'accident et des lésions neurologiques qui avaient été déclenchées par les multiples interventions orthopédiques et reconstructives nécessaires pour tenter de corriger les dégâts de l'accident ;
- un rapport du 27 juillet 2017 du Prof. VV.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, selon lequel il avait proposé à l'assurée de scinder la dose de Tramal retard, en prenant une petite dose le soir au coucher, puis une autre dose le matin, pour éviter les symptômes de manque le matin, régime qui avait été testé avec succès.

Le 5 septembre 2017, l'intimée a derechef conclu au rejet du recours.

**G.** Le dossier AI de l'assurée a été produit, et les parties invitées à le consulter et à se déterminer à son sujet.

A cet égard, l'intimée a relevé le 16 novembre 2017 que la recourante ne saurait se prévaloir du degré d'invalidité retenu par l'AI.

Quant à la recourante, elle a fait valoir le 12 décembre 2017 que le revenu avec invalidité retenu par l'AI, de 28'600 fr., était très largement inférieur à celui de 58'712 fr. 60 retenu dans la décision attaquée. Elle a ajouté qu'en 2001, lorsque la rente AI entière lui avait été reconnue, le diagnostic de spondylarthrose étagée et celui de spondylolisthésis L4-L5 n'avaient pas encore été posés, réfutant dès lors l'argument de l'intimée selon lequel le degré d'invalidité retenu par l'AI ne serait pas pertinent.

### **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 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise 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).

**c)** En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**d)** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'état de la recourante est stabilisé, singulièrement sur la durée de son droit à l'indemnité journalière, ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement, respectivement sur le taux d'invalidité imputable aux séquelles de l'accident du 7 juin 1996, son calcul, ainsi que sur le taux de l'IPAI.

**3.** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet

événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 142 V 435 consid. 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'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références).

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Est réputée incapacité de gain 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, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c) ; aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) ; aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

Conformément à l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'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 cesse dès la naissance du droit à la rente.

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (art. 21 al. 2 LAA). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (art. 21 al. 3 LAA).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré n'est ou pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées par cette disposition.

Ainsi que cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA précité, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordés à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité de gain totale, les prestations pour soins n'étant ici pas liées à une amélioration ou au maintien de la capacité de gain (ATF 124 V 52 consid. 4 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n. 287 p. 992). On ne saurait parler, selon la jurisprudence, d'une sensible amélioration de l'état de santé, lorsque la probabilité prépondérante est que la mesure thérapeutique ne peut que soulager momentanément des douleurs provenant d'une atteinte stationnaire à la santé (RAMA 5/2005 n° U 557, pp. 388 ss). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins).

Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA

[ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

**4. a)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**b)** En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

**5.** Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que les conclusions des experts sont incomplètes faute de tenir compte des interventions qu'elle a subies les 9 mars 2015 et 15 février 2016, et de prendre position sur les griefs soulevés en opposition quant aux troubles du rachis, à la xérophtalmie et au bruxisme.

**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 droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes.

La jurisprudence a en outre déduit du droit d'être entendu l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 133 I 270 consid. 3.1, 133 III 439 consid. 3.3). Ce droit a été repris par l'art. 49 al. 3 LPGA. L'autorité n'a cependant pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties ; il suffit qu'elle mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont

guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83 consid. 4.1, 133 III 439 consid. 3.3). L'autorité peut ainsi se limiter aux questions décisives (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 130 II 530 consid. 4.3).

**b)** En l'occurrence, la recourante soulève des griefs qui se confondent largement avec un moyen concernant la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), en particulier pour ce qui a trait à la stabilisation de son état. Il convient donc de les examiner avec le fond du litige. S'agissant toutefois de l'allégation selon laquelle l'intimée ne se serait pas prononcée sur les arguments soulevés en opposition s'agissant de la relation de causalité entre l'accident et les troubles du rachis dorso-lombaire, la recourante ne peut être suivie, l'intimée s'étant bien déterminée sur ce point dans la décision attaquée, au même titre que sur la question du bruxisme (cf. p. 5). S'il est exact que l'intimée n'a pas pris spécifiquement position sur la question de la xérophtalmie, il n'en demeure pas moins que la recourante a eu largement l'opportunité d'exposer ses moyens, dans le cadre d'un triple échange d'écritures, devant une autorité qui jouit d'un plein pouvoir d'examen, si bien que même à admettre une violation du droit d'être entendue de l'intéressée, celle-ci devrait être considérée comme réparée. On relèvera enfin que la décision attaquée est quoi qu'il en soit suffisamment étayée pour pouvoir être valablement contestée.

**6. a)** En l'espèce T. \_\_\_\_\_ a admis la prise en charge des suites de l'événement accidentel du 7 juin 1996.

Elle a à ce titre versé des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2015, puis, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015, a admis de servir à la recourante une rente LAA de 50 %, estimant que l'état de santé de

l'intéressée était stabilisé au plus tôt depuis le début de l'année 2011 et au plus tard le 25 février 2014, ce qui permettait le passage à la rente.

Or la recourante remet en cause la stabilisation de son état, respectivement la cessation du versement des indemnités journalières au profit de la rente. Selon elle, son état requiert encore des interventions chirurgicales, ce qui justifierait la poursuite du versement des indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical.

Il est constant que la recourante a été victime d'un grave accident de la circulation le 7 juin 1996, à la suite duquel elle a subi un polytraumatisme. Il n'est pas contesté qu'elle n'est plus en mesure de travailler à plein temps.

L'intimée a mis en œuvre de nombreuses expertises pluridisciplinaires au fil des ans.

Il résulte de ces examens successifs, et plus spécifiquement de l'expertise du W. \_\_\_\_\_ du 8 mai 2015 et de son complément, que l'état de santé de la recourante est désormais stabilisé. Il n'y a pas lieu de s'écarter de la dernière expertise du W. \_\_\_\_\_ et de son complément, qui remplissent tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à leur reconnaître une pleine valeur probante. Ces rapports reposent en effet sur des examens approfondis, lesquels ont été menés sur plusieurs jours par une équipe de spécialistes, qui ont ensuite procédé à une analyse pluridisciplinaire de la situation de l'assurée. Les médecins du W. \_\_\_\_\_ ont en particulier pris connaissance des pièces du conséquent dossier de la recourante, qu'ils ont résumées et synthétisées ; ils ont également décrit son histoire médicale, pris note de ses plaintes, et listé ses activités quotidiennes et ses habitudes. Ils ont ensuite procédé à des examens de médecine interne, neurologique, orthopédique, rhumatologique, maxillo-faciale, ophtalmologique, dermatologique, de chirurgie plastique et reconstructive, et psychiatrique, puis examiné le dossier radiologique. Ils ont enfin posé leurs conclusions, sur les plans précités, avant de répondre aux questions qui leur étaient posées, de façon claire et dénuée de

contradiction. On peut ainsi retenir avec les experts que les diagnostics suivants sont en lien de causalité certaine avec l'accident du 7 juin 1996 : une fracture du cotyle droit avec luxation de la hanche, une ancienne ostéosynthèse de cette fracture, la prothèse totale de hanche droite, une entorse grave du genou à droite, la prothèse unicompartimentale interne du genou droit actuellement stable, une ancienne fracture de C2 actuellement consolidée, la spondylose cervicale, l'ancienne fracture du péroné à droite, l'enraidissement partiel de la cheville droite, le status cicatriciel secondaire à l'accident et post interventionnel, les troubles sensitifs douloureux péri-cicatriciels et dans le territoire du nerf saphène droit, ainsi qu'une dysthymie (F34.1).

S'agissant plus spécifiquement de la capacité de travail, les experts ont estimé qu'une activité non-manuelle, sédentaire, permettant d'alterner la position assise et debout toutes les 45 minutes était possible à 50 %, la baisse de rendement étant incluse, en relevant que les limitations étaient principalement orthopédiques (positions assise et debout) et dermatologiques (position assise). Les experts ont répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'état de l'assurée était stabilisé, précisant à cet égard que la situation était globalement stabilisée depuis le début de l'année 2011, et que les traitements ne pouvaient plus amener d'amélioration sensible de la capacité de travail, en relevant qu'un suivi devait être assuré au niveau de la prothèse de genou et de la prothèse de hanche, avec des contrôles radiographiques.

C'est le lieu de relever que la stabilisation de l'état ne revient pas à retenir un statu quo sine : compte tenu du traumatisme qu'a vécu l'assurée le 7 juin 1996, il est établi que son état ne sera plus jamais identique à celui qui prévalait avant l'accident ; les experts du W. \_\_\_\_\_ n'en disconviennent pas, vu qu'ils admettent que la capacité de travail résiduelle de l'assurée n'est désormais que de 50 % dans une activité adaptée. Cela étant, les assureurs LAA sont, conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, fondés à faire naître le droit à la rente, et partant interrompre le versement des indemnités journalières, « dès qu'il n'y a plus lieu d'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 ». Or en l'espèce, les avis médicaux versés au dossier ne sont pas de nature à établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – que l'on pouvait encore attendre d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante au-delà du 25 février 2014, respectivement du 30 novembre 2015 – l'intimée ayant renoncé à demander à la recourante le remboursement des indemnités journalières versées entre mars 2014 et novembre 2015, ni même à compter du début de l'année 2011.

Du reste, le Dr NN. \_\_\_\_\_ l'admet lui-même dans le rapport qu'il a adressé à l'avocate de la recourante le 17 février 2017, dans lequel il a bien expliqué que l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé, mais avec des séquelles. On relèvera en particulier s'agissant de l'usure des prothèses (hanche et genou) – évoquée par le Dr NN. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 février 2017 – qu'elle est inhérente à celles-ci, et que les experts ont du reste bien précisé qu'un suivi devrait être assuré au niveau de la prothèse de genou, ainsi qu'au niveau de celle de la hanche. Ce seul élément ne permet dès lors pas de considérer que l'état n'est pas stabilisé. L'hypothèse contraire reviendrait à ne jamais passer à la rente pour tout assuré qui se serait fait poser une prothèse à la suite d'un accident et risquerait de devoir en changer. Ainsi l'opération intervenue le 15 février 2016 d'implantation d'une prothèse totale du genou droit, et à juste titre prise en charge par l'intimée au titre de séquelle accidentelle (de même que les frais d'abonnement LL. \_\_\_\_\_ d'une année), ne permet-elle pas de considérer que l'état de l'assurée n'était pas stabilisé depuis début 2011, comme l'ont retenu les experts du W. \_\_\_\_\_. Du reste, la dernière intervention chirurgicale subie par l'assurée en lien avec l'accident a consisté en un lipofilling de la cicatrice de la jambe droite, le 18 septembre 2009. Si elle a certes eu une ponction du kyste du segment L4-L5 le 16 mars 2011, et une infiltration L4-L5 le 3 octobre 2012, ces interventions sont sans lien avec l'accident de 1996, pas plus que l'intervention du 16 janvier 2013 (réduction ouverte et ostéosynthèse par

plaque du radius distal droit), imputable à une chute sur la neige le 15 janvier 2013 avec réception sur le poignet et le coude.

Pour le surplus, les pièces produites ne sont pas propres à remettre en cause ce qui précède : le Prof. TT.\_\_\_\_\_ admet dans son rapport du 14 décembre 2016 qu'il lui est très difficile d'estimer quelle part des douleurs est liée au problème lombaire qu'il a opéré, et quelle part est liée à l'affection traumatique connue, ce qui va dans le sens des conclusions des experts du W.\_\_\_\_\_, qui ont bien mis en évidence que les douleurs lombaires étaient causées par une spondylarthrose étagée ainsi qu'un spondylolisthésis L4-L5, atteintes qui sont de nature dégénérative et non post-traumatique. Ainsi, en juin 2006 déjà, les médecins du B.\_\_\_\_\_ retenaient sans effet sur la capacité de travail le diagnostic de lombalgies L4-L5 sur spondylolisthésis de grade 0-1 dégénératif. Quant aux experts du W.\_\_\_\_\_, dans leur rapport du 22 décembre 2010, ils notaient déjà, sans rapport avec l'accident, une spondylose lombaire importante. Dans leur rapport du 8 mai 2015, ils ont constaté qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux pour revenir sur leur appréciation selon laquelle la spondylose n'était pas en rapport de causalité avec l'accident du 7 juin 1996.

Quant aux douleurs du membre inférieur droit mentionnées par le Dr NN.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 février 2017, elles ont été décrites et prises en compte par les experts dans leur appréciation. S'agissant encore du rapport du 22 février 2017 de la physiothérapeute FF.\_\_\_\_\_, on notera que celle-ci n'est pas médecin, et que l'affirmation selon laquelle il lui semble « évident » que les complications dégénératives de la recourante sont liées au traumatisme initial est contredite par l'examen, probant, clair et dûment étayé, des experts du W.\_\_\_\_\_, qui ont expliqué en détail que les douleurs lombaires étaient causées par une spondylarthrose étagée ainsi qu'un spondylolisthésis L4-L5, à savoir des atteintes dégénératives, qui s'étaient aggravées radiologiquement au cours des cinq à six dernières années.

Au plan psychiatrique, la recourante se plaint de souffrir d'un état de stress post-traumatique, se référant à cet égard aux rapports des Drs DD.\_\_\_\_\_ et PP.\_\_\_\_\_ de février 2017. Or un tel diagnostic n'a jamais été posé jusque-là : en 2002, les médecins de la G.\_\_\_\_\_ faisaient état d'un « trouble de l'humeur persistant ». En 2006, aucune incapacité de travail n'était retenue au plan psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 27 juin 2006 du B.\_\_\_\_\_). Quand les experts du W.\_\_\_\_\_ ont examiné la recourante pour la première fois, en 2010, ils ont retenu uniquement une dysthymie, en précisant qu'il s'agissait d'un trouble mineur. Ils ont au demeurant bien indiqué qu'il n'y avait aucun élément en faveur d'un syndrome de stress post-traumatique au sens strict. Un état de stress post-traumatique n'a pas non plus été posé dans le cadre de l'expertise de 2015. A cela s'ajoute que selon la définition de l'état de stress post-traumatique ressortant de la CIM-10 , ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d' « anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois, mais il est rare qu'elle dépasse six mois. Or aucun des médecins psychiatres amenés à examiner l'assurée n'a fait état d'un tel trouble dans les semaines, voire les mois, et même les années qui ont suivi l'événement accidentel. Interrogée dans le cadre de l'expertise W.\_\_\_\_\_ de 2010 spécifiquement sur l'existence d'un éventuel stress, l'expert psychiatre a noté que l'assurée avait mentionné des réactions émotionnelles en relisant ses dossiers asséculo-logiques. Toutefois, elle n'avait pas vécu son accident, mais évoqué un phénomène de black-out et elle n'en conservait aucun souvenir ; elle avait repris la conduite dès février 1997. Ainsi les avis des

Drs DD.\_\_\_\_\_ et PP.\_\_\_\_\_ produits en procédure ne sont pas de nature à établir l'existence d'un état de stress post-traumatique qui aurait été ignoré, à tort, par les experts du W.\_\_\_\_\_ et devrait conduire à retenir que l'état de santé de la recourante ne serait pas stabilisé.

Sur le plan ophtalmique, la recourante fait grief à l'intimée de n'avoir pas tenu compte de la xérophtalmie. Elle relève dans ce cadre que l'expertise du W.\_\_\_\_\_ de mai 2015 renvoie à l'examen effectué en 2011, en faisant état d'un examen « entièrement superposable » à celui de 2011. Or à cette époque, il avait été question d'une baisse de rendement de 30 % en lien avec cette atteinte. La recourante soutient dès lors que la capacité de travail arrêtée à 50 % par les experts en 2015 doit se voir appliquer une baisse de rendement de 30 %. La recourante ne peut toutefois être suivie dans ses explications : en premier lieu, lors de l'examen de 2011, et de l'expertise de mars 2012 qui l'intégrait, le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé que le traumatisme rencontré lors de l'accident ne pouvait pas être tenu pour responsable de la xérophtalmie, n'estimant que possible - et non probable - que les traitements médicamenteux reçus puissent contribuer à cette atteinte. Il relevait toutefois que la patiente était bien compensée. En 2015, ce même médecin a estimé que l'examen oculaire était normal, avec une capacité de travail complète en temps et rendement. Il s'agit là du dernier examen ophtalmique réalisé, et aucun élément ne vient le contredire. On peut du reste lire en page 25 de l'expertise que l'assurée, depuis 2011, n'a aucune plainte nouvelle, et ne se plaint, notamment, d'aucun problème visuel. Dans ces circonstances, rien ne justifie de s'éloigner des conclusions de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ de 2015, selon lesquelles aucune incapacité de travail ni baisse de rendement ne peut être imputée à une problématique d'ordre ophtalmologique.

Quant au bruxisme, les experts ont relevé de façon constante qu'il est sans effet sur la capacité de travail.

Sous l'angle dermatologique, aucun élément ne donne à penser que l'état ne serait pas stabilisé. On relèvera ici que la question

dermatologique a fait l'objet d'une investigation approfondie de la part du Dr M.\_\_\_\_\_, qui l'a discutée avec soin. Ses conclusions sont claires et motivées, et ne sont pas non plus contredites, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. L'appréciation d'Il.\_\_\_\_\_ produite en procédure ne modifie pas ce qui précède. Du reste, et comme indiqué par l'intimée le 13 octobre 2016 à l'assurée, les thérapies alternatives comme celles proposées par Il.\_\_\_\_\_ ne sont pas reconnues scientifiquement et ne constituent pas des prestations obligatoirement à la charge de l'assurance-accidents LAA.

En réplique, la recourante a plaidé que ses « séquelles post-commotionnelles » n'avaient pas dûment été prises en compte par les experts, en se référant à un avis du Dr SS.\_\_\_\_\_, et a encore allégué présenter une atteinte neurogène multilocalisée, posée selon elle par le Dr XX.\_\_\_\_\_. Or il est constant que sous l'angle neurologique, les troubles sensitifs et les douleurs neurogènes ont un lien de causalité naturelle avec l'accident, comme l'ont relevé les experts du W.\_\_\_\_\_, estimant que leurs observations concordaient avec les précédentes observations neurologiques. Ils ont en particulier relevé que l'assurée avait été placée sous haute dose de morphine pendant environ neuf mois, et qu'il persistait à ce jour des douleurs neurogènes à type de serrement du genou ou du mollet droit, contenus par le Tramadol. Ces constats vont dans le sens de ceux posés par le Dr XX.\_\_\_\_\_. Le fait que le Dr SS.\_\_\_\_\_, qui n'est pas neurologue, estime dans son rapport du 23 juin 2017 que c'est un diagnostic de syndrome post-commotionnel qui aurait dû être retenu, n'est pas pertinent. Les experts ont en effet longuement discuté la problématique sous l'angle neurologique, et ont bien retenu à ce niveau des troubles et douleurs en lien avec l'accident. Le Dr XX.\_\_\_\_\_ ne parvient du reste pas à une autre conclusion dans son rapport du 17 juillet 2017 : sans se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, il relève que celle-ci a fait l'objet d'un polytraumatisme en 1996, ce qui n'est pas contesté. Toutefois, son examen neurologique ne met pas en évidence d'atteinte qui n'aurait pas été prise en compte par les experts ; le Dr XX.\_\_\_\_\_ relève par ailleurs que ces symptômes peuvent être améliorés par la prise de médicaments contre les douleurs neurogènes et /ou des

traitements de fond antalgiques. Quant au rapport du Prof. VV.\_\_\_\_\_, il ne donne pas non plus d'indication sur la capacité de travail, mais permet de constater que la scission des doses de Tramal retard a permis d'éviter à la patiente de ressentir un manque, ce qui le conduit à considérer que le régime mis en place est un « succès ».

Ainsi aucun des éléments produits en procédure ne permet de retenir que l'état de la recourante ne serait pas stabilisé, à tout le moins depuis le début de l'année 2011. Dès cette date en effet, son état de santé a été stationnaire. En pareilles circonstances, c'est dès lors à juste titre que l'intimée a considéré qu'il convenait de passer à la rente, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assurée.

**b)** Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, comme en l'espèce, les prestations ne peuvent être accordées que dans les cas visés aux let. a à d. A cet égard, le cas ne doit pas être examiné sous l'angle de la let. d de l'art. 21 al. 1 LAA, puisque cette disposition vise les bénéficiaire de rente totalement invalides (ATF 140 V 130 consid. 2.3, 124 V 52 consid. 4 ; TF 8C\_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4, 8C\_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3), soit une éventualité qui n'est pas réalisée en l'occurrence.

Par ailleurs, les let. a et b de l'art. 21 al. 1 LAA n'entrent pas en considération en l'occurrence. Quant à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain (« zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit » ; « per mantenere la capacità residua di guadagno »). Si cette condition n'est pas réalisée, le traitement médical requis doit être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (ATF 140 V 130 consid. 2.2, 134 V 109 consid. 4.2 ; TF 8C\_518/2016 précité consid. 3.4).

En l'occurrence, les experts ont certes estimé que l'assurée avait besoin de manière durable d'un traitement et de soins sur le plan de la chirurgie plastique et reconstructive pour conserver sa capacité de travail résiduelle (cf. rapport du 8 mai 2015 du W.\_\_\_\_\_, p. 42). Ils ont cependant constaté que les séquelles cicatricielles étaient actuellement stabilisées, relevant que les traitements entrepris jusqu'à ce jour, en particulier la physiothérapie, la natation, les séjours dans un centre thermal, le LPG, les massages et drainages lymphatiques, avaient permis de conduire à cette stabilisation. Ainsi il n'y a désormais plus de traitement médical nécessaire à la conservation de la capacité de travail, étant précisé que les mesures précitées ont pour l'essentiel permis de soulager momentanément une symptomatologie occasionnée par un état de santé demeuré par ailleurs stabilisé. Cela suffit pour nier le droit à la prise en charge du traitement, - et ce même en vertu de l'art. 10 al. 1 LAA -, sans qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si une mesure permettant seulement d'éviter une péjoration de l'état de santé constitue un traitement médical approprié au sens de cette disposition légale.

En outre, l'assurée est née le [...] 1950, et était dès lors bénéficiaire d'une rente de vieillesse au moment de la naissance du droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, si bien qu'elle ne peut quoi qu'il en soit plus se prévaloir d'un traitement de nature à conserver sa capacité de gain.

Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter du point de vue de l'intimée, selon lequel la recourante n'a pas droit, au-delà du 30 novembre 2015, à la prise en charge d'un traitement médical et des frais de déplacements y relatifs.

**7.** Dans un autre moyen, la recourante a fait valoir que son activité habituelle n'était plus exigible, car non conforme aux limitations fonctionnelles, et que le revenu avec invalidité aurait dès lors dû être arrêté sur la base de l'ESS, et s'élever à 100 % à 44'016 fr., soit 15'405 fr. 60 avec une baisse de rendement de 30 % et une incapacité de 50 %, estimant qu'à cela devait s'ajouter l'incapacité de travail relative aux

troubles du rachis dorso-lombaire ainsi qu'au stress post-traumatique, pour lesquels une nouvelle expertise était nécessaire.

Or les limitations fonctionnelles retenues par les experts du W.\_\_\_\_\_ dans leur expertise - probante - conduisent à retenir une capacité de travail de 50 %, baisse de rendement comprise, dans une activité non-manuelle, sédentaire, permettant d'alterner les positions assise et debout toutes les 45 minutes. Ainsi on ne voit pas d'élément selon lesquels l'activité de responsable des ventes magasins et vendeuse (cf. questionnaire pour l'employeur du 1<sup>er</sup> septembre 1997) exercée habituellement par l'assurée ne serait pas conforme aux limitations fonctionnelles retenues. L'intimée n'avait dès lors pas à arrêter le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS. Pour le surplus, et ainsi qu'on l'a vu, l'intimée n'avait pas non plus à imputer à ce revenu une baisse de rendement relative aux troubles du rachis et à l'état de stress post-traumatique, les premiers troubles n'étant pas en lien avec l'accident de 1996, et l'état de stress post-traumatique ne pouvant être retenu pour les motifs exposés au consid. 6 ci-avant.

Enfin l'intimée était fondée à calculer le taux d'invalidité sans se fonder sur les chiffres retenus par l'OAI, dans la mesure où l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3).

**8.** Dans un dernier moyen, la recourante conteste le montant de l'IPAI qui lui a été versée, estimant d'une part que celle-ci aurait dû être établie sur la base d'un gain assuré de 116'326 fr. 90, et non de 97'200 fr., et d'autre part que c'était une pondération d'au moins 70 % qui aurait dû être retenue.

**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. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. 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 annexe 3 OLAA). 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 valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C\_566/2017 précité, loc. cit.). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA).

Selon 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

**b)** Les experts du W.\_\_\_\_\_ ont constaté que l'assurée présentait des atteintes à plusieurs niveaux, singulièrement aux plans orthopédique, dermatologique et de chirurgie plastique.

Sur le plan orthopédique, ils ont relevé que l'essentiel des séquelles touchait le membre inférieur droit et la colonne cervicale. Au niveau du membre inférieur droit, ils ont estimé l'atteinte à 65 % sur la

base de la table 5.2 de la CNA. Or comme la valeur maximale pour les membres inférieurs était fixée à 50 %, il était nécessaire de pondérer les éléments, retenant finalement 25 % pour le membre inférieur droit, à savoir la moitié de la valeur fonctionnelle du membre. Ils ont ajouté l'atteinte cervicale, estimée à 7,5 % sur la base de la table 7, faisant ainsi état d'une atteinte de 32,5 % sur le plan orthopédique.

Sur les plans dermatologique et de chirurgie plastique, les experts ont constaté que l'assurée présentait une importante atteinte cutanée cicatricielle (scalp, lèvres, 75 % de la région fessière, 70 % de la jambe droite). Ils ont observé que les cicatrices étaient indélébiles, qu'elles constituaient des séquelles à vie, visibles, perceptibles au toucher, et pouvant jouer un rôle dans la vie quotidienne et les relations intimes. Ils ont dès lors estimé que l'atteinte à ce titre devait être fixée à 35 %.

Ainsi, l'ensemble des atteintes était de  $32,5 \% + 35 \% = 67,5 \%$ . Les experts ont ensuite procédé à une pondération, en comparant ce chiffre avec une paraplégie ASIA D, qui représentait 60 %, une atteinte neuropsychologique moyenne à grave, évaluée à 70 %, respectivement une très grave défiguration, estimée à 50 %. Ils ont ainsi arrêté l'IPAI globale à 50 %.

Or la recourante voit dans cette manière de procéder une « double pondération » qu'elle estime injustifiée. Elle ne peut toutefois être suivie : les médecins n'ont en effet pas pondéré à deux reprises les chiffres retenus pour les différentes atteintes, mais bien à une seule occasion. En effet pour les séquelles orthopédiques, ils ont estimé l'atteinte du membre inférieur droit à 25 % sans pondération. S'y ajoutait ensuite l'atteinte cervicale par 7,5 %, soit 32,5 % au total. Ce n'est finalement qu'après avoir arrêté l'atteinte dermatologique et de chirurgie plastique qu'une pondération a été opérée sur le total. Cette manière de procéder n'est pas critiquable : on comprend que c'est une évaluation globale qui doit être effectuée, et qu'allouer à la recourante une IPAI d'un degré plus élevé, comme présenté à titre d'exemple par les experts,

qu'une paraplégie ASIA D représentant 60 %, respectivement une grave défiguration représentant 50 %, ne serait pas justifié.

Le Tribunal fédéral a du reste confirmé qu'une indemnité de 12 % était appropriée s'agissant d'un assuré victime d'un accident de travail qui avait provoqué des brûlures chimiques et thermiques et nécessité une hospitalisation dans le service de médecine intensive adulte et centre des brûlés, puis dans le service de chirurgie plastique et reconstructive (TF 8C\_444/2013 du 20 janvier 2014). Des brûlures chimiques sur 25 % de tout le corps allant du 2<sup>ème</sup> degré profond sur le dos et les membres supérieurs au 2<sup>ème</sup> degré superficiel sur le visage et le cuir chevelu avaient été diagnostiquées. Ces lésions avaient nécessité des greffes cutanées des bras et du dos avec prélèvements de peau sur les cuisses. C'était compte tenu des séquelles esthétiques au dos, aux deux bras et sur les cuisses que le taux de 12 % avait été retenu. Dans ce cas, le Tribunal fédéral a tenu compte du fait que les atteintes cutanées affectaient pour l'essentiel des parties du corps (cuisses, dos et hauts des bras) qui sont souvent couvertes. La même observation peut être faite en l'occurrence s'agissant des cicatrices de la recourante qui, sous réserve de celles du cuir chevelu, sont situées sur les fesses et la face interne de la cuisse. Les atteintes subies par la recourante sont quoi qu'il en soit nettement moins graves que la perte du nez, qui correspond à 30 %. Pour sa part, la jurisprudence (arrêt U 143/02 du 25 octobre 2002) a admis qu'une indemnité de 10 % était appropriée pour des cicatrices étendues sur une partie du corps qui n'était au moins pas régulièrement couverte.

Avec un taux global de 50 %, l'IPAI n'a pas été fixée arbitrairement et tient compte de façon appropriée des atteintes de la recourante. Aucun rapport médical ne vient quoi qu'il en soit remettre en doute les observations des experts du W. \_\_\_\_\_ sur ce point.

**c)** S'agissant enfin de la quotité de l'IPAI, celle-ci ne prête pas le flanc à la critique. En effet, et contrairement à ce que plaide la recourante, c'est à juste titre que l'intimée l'a fixée en tenant compte du

gain maximal annuel assuré existant en 1996, année de l'accident, et qui se montait alors à 97'200 francs.

Dès lors que le taux de l'IPAI a été correctement arrêté à 50 %, c'est ainsi à bon droit que la somme de 48'600 fr. a été retenue (50 % x 97'200 fr.). Comme la recourante a déjà perçu des acomptes s'élevant à 38'000 fr. (à savoir 30'000 fr. versés en 2003, et 8'000 fr. en 2013), c'est ainsi un solde de 10'600 fr. que l'intimée lui a versé au titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**9.** 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 et 122 II 464 consid. 4a). 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 l'expertise pluridisciplinaire requise par la recourante.

**10.** Vu ce qui précède, la décision sur opposition de l'intimée ne prête pas le flanc à la critique. Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**a)** La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA).

**b)** Par ailleurs, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens.

Quoiqu'obtenant gain de cause, T.\_\_\_\_\_ n'a pas non plus droit à des dépens. En effet, en prévoyant à l'art. 61 let. g LPGA que seul le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens, le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui

obtient gain de cause (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd., Zürich/Bâle/Genève 2015, ch. 199 ad art. 61 LPGA, p. 833), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), sous réserve, selon la jurisprudence, du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 127 V 205 consid. 4, critiqué par Kieser, loc. cit.), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

**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 24 janvier 2017 par T.\_\_\_\_\_ 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 Séverine Berger (pour R.\_\_\_\_\_)
- Me Christian Grosjean (pour T.\_\_\_\_\_)
- 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 :