

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, agissant par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6, 18 et 24 LAA.

E n f a i t :

A. K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante marocaine née en 1981, mère d'un fils né en 2006 d'une union dissoute le [...] 2011 et d'un second fils né en 2015 d'une nouvelle relation, placée sous tutelle en 2007 (depuis le 1^{er} janvier 2013 : curatelle de portée générale), a travaillé dès le 17 août 2009 en tant qu'aide de maison à 75 % auprès de la commune d'[...], avant d'être licenciée au 30 septembre 2010 puis d'être mise au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage.

Le 20 octobre 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique au cours duquel, alors qu'elle se trouvait sur la route, elle a été percutée par une voiture roulant entre 60 et 65 km/h et a été projetée sur la voie opposée. Elle a conséquemment été hospitalisée au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier B. _____), où il a été constaté qu'elle présentait un taux d'alcoolémie de 2,8 g/l à son arrivée. Les principaux diagnostics retenus ont consisté en une fracture ouverte Gustilo II médio-diaphysaire du fémur gauche, une déchirure musculaire au niveau du quadriceps de la cuisse droite, une entorse grave du genou droit correspondant à une luxation avec rupture des ligaments croisé antérieur (LCA), croisé postérieur (LCP) et latéral interne (LLI), ainsi qu'une rupture du LCP à gauche. Dans ce contexte, ont notamment été pratiqués un enclouage du fémur gauche et une reconstruction ligamentaire du genou droit. En outre, compte tenu d'un tableau compatible avec une algodystrophie au niveau du genou et de la cheville droits, un traitement de Miacalcic a été mis en œuvre avec un effet favorable et sa poursuite a été préconisée durant un mois au minimum. Ont par ailleurs été relevés un pneumothorax traumatique, un traumatisme crânio-cérébral (TCC), une plaie pariétale gauche du cuir chevelu et une petite lésion hémorragique parenchymateuse intracérébrale avec petite lame sous-arachnoïdienne, une avulsion dentaire et plaie de la lèvre inférieure, des dermabrasions multiples, plusieurs ruptures de dents, de même qu'une problématique anxio-dépressive. Le retour au domicile est intervenu le 20 janvier 2011 (cf. lettres de sortie des 10, 14, 20 et 26 janvier 2011 du Département de

l'appareil locomoteur du Centre hospitalier B._____ et protocoles opératoires des 20 octobre, 25 octobre et 10 novembre 2010).

Le cas a été annoncé le 28 octobre 2010 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), qui a versé des indemnités journalières et pris en charge les soins médicaux.

Dans un rapport du 16 février 2011, le Dr F._____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier B._____, a en particulier relevé que, sur le plan orthopédique, la situation était stabilisée. Le 5 mai 2011, il a signalé une insuffisance du muscle fessier à gauche et une boiterie de Trendelenburg.

D'un entretien téléphonique le 11 août 2011 entre la tutrice de l'assurée et un collaborateur de la CNA, il est ressorti que l'intéressée était internée en institution psychiatrique après avoir fait deux tentatives de suicide en se jetant dans le vide, subissant la première fois une contusion pulmonaire et la seconde fois des lésions vertébrales.

A la suite d'un examen effectué le 25 octobre 2011, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé dans un rapport du même jour que l'assurée présentait une thymie conservée avec une légère impulsivité, que la marche s'effectuait sans boiterie et avec une relative aisance, que le recueil des amplitudes articulaires se heurtait à des contre-pulsions et à des tremblements mais que la mobilité des hanches et des genoux était globalement restaurée, que le genou droit présentait une laxité résiduelle et qu'il y avait une petite inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche. Le Dr S._____ a également souligné que l'intéressée était beaucoup plus libre de ses mouvements lorsqu'elle n'était pas en situation d'examen.

Le 6 mars 2012, le Dr F._____ a fait état d'une évolution « *grosso modo favorable* », la patiente marchant sans boiterie et sans

Trendelenburg. Si des douleurs et une limitation de la mobilité étaient signalées pour le genou droit, la mobilité était en revanche complète au niveau du genou et de la hanche gauches.

Du 27 mars au 25 avril 2012, l'assurée a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique N._____). Par rapport de synthèse du 7 mai 2012, les Drs C._____ et H._____, respectivement médecin adjoint et médecin hospitalier au sein de ladite clinique, ont notamment énuméré les suites de l'accident du 20 octobre 2010 et retenu ce qui suit :

"Appréciation et discussion

[...]

Au status, la marche se fait avec une très légère boiterie du membre inférieur droit. Les membres inférieurs sont normo-axés, avec un léger raccourcissement du membre inférieur gauche d'1 cm par rapport au côté contro-latéral. Hypomyotrophie globale du membre inférieur droit. L'ensemble des cicatrices est indolore, hormis la cicatrice para-rotulienne médiane droite, qui est douloureuse à la palpation dans [s]es 2 cm proximaux, déclenchant des picotements et des douleurs à type de brûlures. La mobilité articulaire des genoux est diminuée de 20° à droite par rapport à gauche en raison des douleurs antérieures du genou, sur le tendon rotulien et le pôle inférieur de la rotule. L'accroupissement est limité avec décharge du membre inférieur droit. Le sautellement n'est pas réalisé et la marche sur les talons déclenche des douleurs antérieures des genoux. Perte de tonus musculaire au niveau des quadriceps ddc, avec une force musculaire à M4 à droite et M4+ à gauche.

L'ultrason du genou droit du 29.03.2012 met en évidence des signes de tendinopathie rotulienne droite à son enthèse distal sur le tibia avec présence d'une hypervascularisation superficielle ne pénétrant pas le tendon lui-même.

Le consilium psychiatrique du 30.03.2012 retient un trouble de la personnalité de type borderline. Il est relevé des antécédents de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive actuellement en rémission chez une patiente aux antécédents lourds (2 tentatives de suicide) mis en relation avec des facteurs contextuels de la perte de la garde de son enfant, chez une patiente elle-même sous tutelle. Dans la nuit du 24 au 25.04.2012, après qu'elle ait consommé de l'alcool, la patiente développe un état d'agitation avec menaces suicidaires de défenestration. Le 25.04.2012, Mme K._____ a été vue à deux reprises par notre consultant psychiatre. Le risque suicidaire n'est pas considéré comme majeur chez une patiente demandant sa sortie de la Clinique N._____. Bien qu'un suivi psychiatrique nous para[isse] souhaitable, celui-ci est pour l'instant refusé par la patiente qui ne souhaite pas de prise en charge psychiatrique disant ne pas avoir confiance et préférer rentrer chez elle. [...]

[...]

[...] La situation médicale n'est actuellement pas complètement stabilisée, on peut s'attendre à une amélioration dans les prochaines semaines sur le plan de la force. L'évolution est compliquée par les facteurs contextuels limitant les possibilités de rééducation notamment. L'évaluation professionnelle n'a pas pu avoir lieu."

On extrait plus particulièrement ce qui suit du rapport de consilium psychiatrique établi le 30 mars 2012 par la Dresse J._____, chef de clinique au Service de psychosomatique de la Clinique N._____ :

"[...]

Sur le plan anxieux, je ne relève aucun signe ou symptôme d'un trouble anxieux constitué, notamment pas de symptôme d'un PTSD, d'attaque de panique, de phobie spécifique ou d'un trouble de l'adaptation.

Diagnostic

Probable trouble de la personnalité de type borderline (F 60.31)

Appréciation

[...]

Sur le plan psychique, je ne relève actuellement aucun symptôme d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur constitué, malgré les antécédents lourds de cette patiente, à savoir les deux tentatives de suicide qui sont clairement mises en relation avec les facteurs contextuels de la perte de la garde de son enfant. On relève chez cette patiente une situation socioéconomique précaire, des traits de personnalité parlant en faveur d'un fonctionnement type borderline néanmoins elle semble bien encadrée par sa tutrice."

En juin 2012, une tentative de reprise d'activité a été initiée. Elle a été interrompue au mois de septembre suivant, l'intéressée traversant alors « *une très mauvaise période* » selon les dires de l'employeur lors d'un entretien téléphonique du 25 septembre 2012 avec un collaborateur de la CNA.

Par rapport du 6 février 2013, le Dr Y._____, chef de clinique à la Consultation du genou du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier B._____, a notamment relevé que l'évolution au niveau des membres inférieurs était relativement favorable, les

radiographies montrant une consolidation satisfaisante du fémur à gauche et, s'agissant du genou droit, un remaniement dégénératif débutant au niveau fémoro-patellaire avec une articulation fémoro-tibiale conservée.

A la requête de la CNA, la commune d'[...] a indiqué le 19 septembre 2013 que l'assurée avait réalisé un gain de 47'419 fr. 95 du 17 août 2009 au 30 septembre 2010. Le 30 septembre 2013, l'ancien employeur a encore fourni des précisions quant au salaire présumable sans accident en 2013 et 2014.

Dans un rapport du 10 janvier 2014, le Dr V._____, psychiatre, et la psychologue Q._____ ont exposé que, suite à l'accident du 20 octobre 2010, l'assurée souffrait de symptômes en lien avec un état de stress post-traumatique chronique (F43.1) et présentait notamment des troubles du sommeil avec des cauchemars, des souvenirs envahissants en lien avec l'événement, un sentiment d'insécurité accru dans les moments où elle était seule à domicile, ainsi qu'une difficulté importante à assumer les séquelles physiques de l'accident. Ces difficultés avaient aggravé une condition psychique préexistante, l'intéressée souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (F60.31).

Le 17 avril 2014, l'assurée a été examinée par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil de la CNA. Dans son rapport du même jour, visé le 8 juillet 2014, ce spécialiste a posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants, borderline et histrionique (F61.0). Le Dr M._____ a en particulier retenu ce qui suit :

"Je pose le diagnostic de trouble mixte de la personnalité en raison de la dépendance de cette assurée, de son incapacité à assumer la gestion de ses affaires, de son isolement social et de l'absence de toute activité de loisir. J'estime que le diagnostic d'un trouble spécifique de la personnalité de type personnalité borderline ne se justifie pas car les traits borderline ne sont pas prééminents. Les traits borderline se manifestent par des passages à l'acte auto-agressifs et les difficultés majeures dans les relations interpersonnelles. Les traits histrioniques se manifestent par une amplification des plaintes et une tendance à la démonstrativité.

J'exclus un diagnostic d'état de stress post-traumatique car l'assurée ne présente pas de flash-backs ni de comportement d'évitement. Elle n'a aucun souvenir de l'accident et les cauchemars qu'elle évoque sont sans aucun lien avec l'accident.

J'exclus un diagnostic de trouble dépressif car l'assurée manifeste qu'elle n'est pas bien mais ne présente pas de tristesse. Elle présente un émoussement affectif et une absence de toute connivence et de tout humour. Les fonctions instinctuelles sont globalement préservées.

Le trouble de la personnalité dont souffre cette assurée peut être considéré comme décompensé dans le sens où l'assurée était capable, avant l'accident, de travailler et d'assumer son rôle de mère et qu'aujourd'hui elle n'est plus à même de travailler et d'assumer un rôle éducatif. Cette décompensation est vraisemblablement en lien de causalité partielle avec l'accident du 20 octobre 2010. Il est néanmoins difficile de savoir si l'accident a été la cause unique de l'éclatement de la cellule familiale ou s'il n'a été qu'un facteur accessoire.

En raison de troubles psychiques qu'elle présente cette assurée n'est pas capable de travailler dans le premier marché du travail. Elle pourrait peut-être travailler à temps partiel en milieu protégé."

Par communication du 17 septembre 2014, la CNA a mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2014, considérant que du point de vue somatique la reprise d'une activité professionnelle aurait pu avoir lieu à l'été 2012 et que, sur le plan psychiatrique, l'évaluation du Dr M. _____ permettait certes d'admettre un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident subi, mais qu'il y avait néanmoins lieu de nier toute relation de causalité adéquate. L'assurée, par sa curatrice, ayant contesté l'appréciation émise sur le plan psychique, la CNA a rendu une décision le 21 octobre 2014 confirmant l'absence de causalité adéquate pour les troubles psychiques. L'assurée, représentée par sa curatrice et agissant par Me Jean-Michel Duc, a fait opposition le 21 novembre 2014.

Le médecin d'arrondissement de la CNA ayant requis des avis orthopédique et neurologique complémentaires en raison de tremblements observés lors d'un examen le 2 décembre 2014, la CNA a conséquemment annulé la décision du 21 octobre 2014 et repris rétroactivement le paiement des indemnités journalières au 1^{er} novembre 2014 (cf. communication du 8 janvier 2015).

Ayant examiné l'assurée en date du 23 février 2015, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé ses conclusions à la CNA le 3 mars 2015. Il a notamment relevé que l'intéressée signalait des douleurs au genou droit, sans notion de blocage ou de lâchage antalgique et sans notion claire d'instabilité à la marche ou lors des changements de direction, et qu'elle annonçait encore être gênée par un tremor du membre inférieur droit lors des efforts. Cela étant, le Dr T._____ a notamment retenu ce qui suit :

"Radiologiquement, je n'ai pas réalisé de bassin de face en raison de la grosseur de la patiente. Sur un genou droit de face et de profil, on ne voit aucun pincement articulaire mais un tout petit remodelé des épines, une toute petite sclérose sous le plateau interne et peut-être un début de remodelé du condyle interne. Sur le profil, le tibia ne semble pas subluxé en arrière de façon majeure, la partie postérieure est alignée sur les condyles et elle a une rotule qui est à la limite d'être basse. Elle a également peut-être un peu de sclérose sous la rotule.

Appréciation : on peut considérer que la patiente a certainement une petite laxité ligamentaire post-traumatique du genou droit. Ceci évoluera vers une arthrose post-traumatique dans les 10 ans. Elle est gênée actuellement par une mini-arthrose du genou droit qui débute. Aucun geste thérapeutique n'est à même de modifier la situation.

Concernant le trémor, je n'ai pas d'opinion. Je ne pense pas que les hanches soient inquiétantes [...]. Le clou ne sera jamais retiré, ceci n'apporterait rien. Elle mettra son enfant au monde et tout geste opératoire inutile chez une personne boiteuse serait susceptible de provoquer une décompensation ou de générer des complications qui seraient mal comprises."

Après avoir vu l'assurée le 16 mars 2015, le Dr A._____, spécialiste en neurologie, a remis son rapport à la CNA le 17 mars 2015. Il y a en particulier exposé les points suivants :

"A l'anamnèse dirigée, la patiente signale des céphalées quotidiennes à type de pression/étai, des troubles de la mémoire occasionnels, des douleurs au niveau du genou droit et de la hanche gauche et des tremblements occasionnels du membre inférieur droit.

[...]

APPRECIATION DU CAS :

[...]

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué est sans anomalie significative hormis effectivement des phénomènes de lâchages/contre-pulsions/tremblements à la tentative d'examen de la force musculaire et de la coordination au niveau du membre inférieur droit, sans qu'on n'acquière la conviction d'un franc déficit moteur ni de troubles effectifs de la coordination. Sur le plan général, on retrouve bien entendu une plaie relativement profonde et étendue à la face antérieure de la cuisse droite, moins profonde est moins étendue au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche.

Au terme du présent bilan, sur le plan neurologique, je n'objective pas d'atteinte significative en relation avec l'événement du 20.10.2010. Il n'y a semble-t-il pas non plus de conséquence significative des différentes tentatives de suicide. Les céphalées dont se plaint actuellement l'assurée ont un caractère de céphalées tensionnelles et, dans le contexte global, sont plus probablement en relation avec les facteurs psychiques que de nature accidentelle. De même, les troubles de la mémoire occasionnels sont plus probablement en relation avec la pathologie psychique que les conséquences des différents traumatismes. Enfin, les troubles observés au niveau du membre inférieur droit ont clairement une origine psychique, leur caractère permettant d'écarter raisonnablement une affection somatique de nature traumatique ou malade.

En conclusion et en bref, le présent bilan est plutôt rassurant en ce qui concerne le status neurologique et tout particulièrement les conséquences éventuelles des différents événements traumatiques. Compte tenu des éléments précités, je ne retiens pas d'incapacité de travail ni de perte à l'intégrité sur le plan strictement neurologique en relation avec les différents événements traumatiques."

Aux termes d'un rapport d'examen médical final du 27 mai 2015, le Dr S._____ a relevé que l'assurée déclarait continuer à bien aller, avoir surtout de la peine à « *faire les escaliers* », ne pas pouvoir courir et ressentir des douleurs modérées. Il a en particulier observé ce qui suit :

"Objectivement, les axes des MI paraissent corrects. On note un petit raccourcissement et une légère dérotation externe du MIG. Les masses musculaires sont bien récupérées. On retrouve un important status cicatriciel à la face antérieure de la cuisse D. Les genoux sont calmes, le D présentant tout au plus une très discrète hyperthermie. De ce côté, on retrouve un tiroir postérieur assez marqué mais il n'y a pas de laxité notable sur le plan frontale et la course du Lachmann ne paraît pas allongée. A D, le recueil des amplitudes articulaires se heurte à nouveau à des contre-pulsions et à des tremblements

incoercibles qu'on retrouve dans une moindre mesure à G et aux MS, mais la mobilité est complètement récupérée. Le tonus et la force musculaire apparaissent conservés à tous les niveaux en dépit de lâchages antalgiques incessants. En tout cas, il n'y pas de déficit certain au testing musculaire. Les ROT sont normo-vifs, symétriques. La patiente ne décrit pas de troubles de la sensibilité aux MI."

Le Dr S. _____ a ajouté que, du point de vue orthopédique, les séquelles étaient relativement modérées avec des limitations fonctionnelles au niveau des charges moyennes, de la station debout prolongée et des longs trajets, étant précisé que la capacité de travail était entière dans une activité respectant ces limitations. Se référant par ailleurs à la table n° 6 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, le Dr S. _____ a évalué à 15 % la perte subie dans le cas particulier - soit 10 % en présence d'une laxité modérée associée à de discrets troubles dégénératifs, ainsi que 5 % compte tenu d'une légère dérotation, d'un petit raccourcissement du membre inférieur gauche et d'un certain préjudice esthétique.

Interpellée par la CNA, la commune d' [...] a, le 9 septembre 2015, communiqué les informations nécessaires pour déterminer le salaire présumable sans accident en 2015.

Le 29 septembre 2015, le Secteur Psychiatrique [...] du Département de psychiatrie du Centre hospitalier B. _____ a adressé à la CNA les lettres de sorties relatives à des hospitalisations intervenues du 26 mai au 3 juin 2011, du 23 au 28 juillet 2011 et du 29 juillet au 26 août 2011. Y étaient retenus les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), de retard mental (F70) et de dépendance à l'alcool avec utilisation continue (F10.25). Lors des hospitalisations, les médecins avaient plus particulièrement noté que l'assurée paraissait extrêmement fragile, avec une personnalité impulsive et émotionnellement instable (cf. lettre de sortie du 3 août 2011). En outre, le retrait de la garde de son enfant et de son autorité parentale lui faisait vivre une situation extrêmement menaçante et pénible. A cela s'ajoutait que selon les tests psychologiques réalisés lors d'une expertise en 2006, l'intéressée présentait une dépendance infantile et des craintes

de perte et d'échec ; on notait de surcroît des capacités d'abstraction assez restreintes et des capacités intellectuelles tout à fait restreintes (cf. lettre de sortie du 25 octobre 2011).

B. Entre-temps, le 11 février 2011, l'assurée s'est annoncée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans ce contexte, il est ressorti que l'assurée avait fait un tentamen par médicaments et alcool en 2006 avec hospitalisation en milieu psychiatrique et qu'elle avait en outre été hospitalisée du 27 au 29 octobre 2007 dans le cadre d'une intoxication aiguë à l'alcool et de troubles conjugaux, sans symptômes psychiatriques (cf. lettre de sortie du 23 novembre 2007 du Secteur Psychiatrique [...]). Le 7 mars 2011, la Dresse AA._____, médecin généraliste traitante, a repris les atteintes diagnostiquées à la suite de l'accident du 20 octobre 2010. Par ailleurs, elle a notamment exposé que la patiente avait présenté un état dépressif en avril 2010 en relation avec un sentiment de mobbing au travail et que, lors de deux consultations en janvier et février 2011, elle paraissait présenter un état dépressif important en relation avec l'accident et son avenir. L'instruction a en outre révélé que l'intéressée avait été hospitalisée du 15 janvier au 9 février 2015, pour mise à l'abri d'idées suicidaires et de ses envies de consommation d'alcool (cf. rapport du 18 février 2015 du Secteur HH._____ du Département de psychiatrie du Centre hospitalier B._____). Le 14 août 2015, le Dr V._____ a, quant à lui, fait état d'un trouble de la personnalité mixte (type borderline et histrionique), d'un épisode dépressif moyen, d'un trouble anxieux sans précision et d'une dépendance à l'alcool actuellement sous abstinence, précisant qu'anamnestiquement la patiente était connue pour des troubles psychiques aggravés par l'accident subi et une situation familiale complexe.

Mandaté expert par l'OAI, le Dr II._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait part de ses conclusions dans un rapport du 13 juin 2016 co-signé par la psychologue JJ._____. Ils ont

retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.30) depuis le début de l'âge adulte, de retard mental léger (F70) dès l'adolescence et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool depuis 2005, avec syndrome de dépendance (F10.2) - ces atteintes se répercutant sur la capacité de travail. Pour les experts, la capacité de travail était nulle dans l'activité exercée jusqu'alors et de 100 % dans une activité exercée dans un milieu peu exigeant, répétitif et cadrant. Aux termes d'un rapport complémentaire du 31 août 2016, le Dr II._____ a précisé que l'incapacité de travail durable remontait au mois d'octobre 2010 et que l'entière capacité de travail en milieu adapté ne pourrait être atteinte que de manière progressive dans un laps de temps de deux ans, sous réserve d'un suivi psychiatrique régulier, étant précisé que la prise d'une telle activité pouvait se faire immédiatement.

Par rapport du 22 septembre 2016, la Dresse O._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est fondée sur les avis émis par les Drs S._____, T._____ et A._____ pour retenir que la capacité de travail était entière du point de vue orthopédique, dans une activité adaptée sans station debout prolongée, longs trajets ou port de charges lourdes. La Dresse O._____ s'est par ailleurs basée sur les conclusions des experts II._____ et JJ._____ pour considérer que l'incapacité de travail était totale au niveau psychiatrique depuis le mois d'octobre 2010, mais que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles au plan somatique tout en bénéficiant d'un cadre peu exigeant sur le plan intellectuel, structurant et répétitif, la capacité de travail était entière depuis le mois de juin 2016.

Le 28 novembre 2016, l'OAI a rendu un projet de décision octroyant une rente entière d'invalidité à l'assurée dès le 1^{er} octobre 2011, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % ramené à 81 % dès le 1^{er} septembre 2016. Par décisions des 20 juin et 15 septembre 2017, l'office a fixé le montant des rentes.

C. Le 20 juin 2016, l'assurée s'est soumise à un examen psychiatrique réalisé par le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie et médecin conseil de la CNA. Dans son rapport du 21 juin 2016, signé le 5 juillet suivant, le Dr I. _____ a retenu notamment ce qui suit :

"Diagnostic

Trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants, borderline et histrioniques (F61.0)
Trouble mental et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, syndrome amnésique (F10.6)

Appréciation

[...]

On constate que l'assurée a trouvé depuis un an et demi un certain équilibre psychique qui reste pourtant toujours fragile. Plusieurs intervenants et facteurs contribuent actuellement à cette amélioration :

1. Une relation affective constructive avec un homme qui semble savoir gérer l'impulsivité et le dramatisme que l'assurée manifeste régulièrement, tout en étant structurant et posant des limites quand nécessaire. L'assurée semble assumer le rôle de mère de son deuxième fils de [...] mois de façon adéquate.
2. Le SPJ, qui s'occupe du placement et des visites du premier fils âgé de 9 ans, ainsi que des contacts indispensables avec l'ex-mari.
3. La tutelle avec un encadrement strict au niveau financier et une aide précieuse au niveau administratif.
4. Un cadre psychiatrique intégré et cohérent avec un suivi psychothérapeutique intense, structurant et soutenant.
5. Une abstinence partielle de la consommation éthylique.

Diagnostic :

Je reprends le diagnostic posé en avril 2014 par le Dr M. _____ de trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants, borderline et histrioniques (F61.0), trouble déjà présent avant l'accident, mais qui s'est trouvé décompensé par l'accident de 2010. La dernière crise, sur un mode dépressif, date d'il y a 1½ et elle s'est résolue par une hospitalisation volontaire en milieu psychiatrique durant un mois. Depuis, il n'y a plus eu de rechute dépressive ou suicidaire, ni durant la grossesse, ni post-partum.

Actuellement, on peut considérer que la décompensation du trouble de la personnalité s'est absorbée grâce au cadre psychosocial intense.

On retrouve actuellement à peine quelques séquelles de faible intensité relevant de l'ordre du trouble stress post-traumatique : l'évitement compréhensible de l'exposition des cicatrices en public et une prudence lors de la traversée d'une rue ainsi qu'un refus catégorique de conduire une voiture. Rétrospectivement, on peut émettre l'hypothèse que l'assurée subissait, à la suite de l'accident, un vécu hallucinatoire visuel avec un personnage masculin

menaçant et agressif. Très rarement, ce vécu est encore présent aujourd'hui, sans provoquer pourtant d'angoisses majeures. En résumé, le seuil pour le diagnostic d'un trouble stress post-traumatique n'est plus atteint.

Je pose le diagnostic d'un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, syndrome amnésique (F10.6) car d'un côté, l'assurée se trouvait dans un état d'ébriété lors de l'accident et d'autre part, on constate un nouvel épisode amnésique à la suite de la perte de contrôle de la consommation d'alcool en décembre 2015. On peut s'imaginer que l'amnésie que l'assurée a actuellement autour de l'accident de 2010 est due non pas tant à un TCC mais serait plutôt de l'ordre d'une amnésie due à la consommation d'alcool. Une abstinence de consommation d'alcool paraît actuellement un des facteurs pronostics primordial. Au contraire, une rechute dans une consommation habituelle d'alcool pourrait s'avérer catastrophique.

Causalité naturelle :

On peut estimer que les décompensations psychiques qui ont amené aux deux dernières hospitalisations en milieu psychiatrique (2011 et 2014) étaient encore causées partiellement par les conséquences de l'accident de 2010. Mais aujourd'hui, avec la stabilisation de la situation clinique et au niveau psychosocial, on constate que la décompensation du trouble de la personnalité préexistant, causé[e] par l'accident de 2010, n'est plus observable. Ceci permet d'affirmer la présence d'un statu quo sine. La causalité naturelle entre l'accident du 20.10.2010 et les troubles psychiques présents a cessé d'exister dans le contexte d'un encadrement thérapeutique et social important et efficace.

Capacité de travail :

La capacité de travail est, du point de vue psychiatrique, actuellement influencée d'un côté par le trouble de la personnalité préexistant et d'un autre côté, par le fait que l'assurée n'a que très peu travaillé depuis l'accident survenu il y a 5 ans. On ne repère plus de séquelles psychiques dues à l'accident qui pourraient affecter la capacité de travail.

Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique est adéquat et il sera encore nécessaire durant les années à venir."

Par communication du 14 juillet 2016, la CNA, se référant l'examen médical précité, a mis fin au versement de l'indemnité journalière et à la prise en charge des frais médicaux avec effet au 31 août 2016, sous réserve des contrôles médicaux encore nécessaires.

En date du 17 août 2016, la CNA a listé cent septante et une descriptions de postes de travail (DPT) et en a sélectionné cinq, mettant en évidence un salaire moyen de 56'083 francs.

Sur demande de la CNA, la commune d' [...] a fourni les indications idoines quant au salaire présumable sans accident en 2016.

Par décision du 5 décembre 2016, la CNA a statué sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), des suites de l'accident du 20 octobre 2010. Considérant tout d'abord que l'état de santé psychique tel qu'il aurait existé sans l'accident avait été atteint le 20 juin 2016 au plus tard, la Caisse a retenu que seules les séquelles somatiques pouvaient être prises en considération pour l'analyse du droit aux prestations susdites. S'agissant de la rente d'invalidité, la CNA a estimé que l'intéressée était en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie - à condition d'éviter les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets. Dans ces conditions, la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 4'888 fr. et 4'674 fr. par mois) mettait en évidence une perte de gain de 4 % n'ouvrant pas le droit à la prestation en cause. La Caisse a par ailleurs reconnu le droit de l'assurée à une IPAI de 18'900 fr. compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 15 % en lien avec l'accident du 20 octobre 2010.

Par acte du 6 janvier 2017, l'assurée, représentée par sa curatrice et agissant par Me Duc, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a ensuite complété son opposition le 30 juin 2017. Du point de vue psychique, elle a fait valoir que le Dr M. _____ avait admis la causalité entre l'accident et la décompensation de son trouble mixte de la personnalité et nié la capacité d'exercer une activité dans le premier marché du travail. Elle s'est également prévaluée de séquelles d'hématome sous-dural et de TCC. Concernant l'aspect somatique, l'assurée a soutenu que les séquelles de l'accident au niveau du genou et de la cuisse gauches devaient être éclaircies et que l'algoneurodystrophie devait également être prise en compte. Elle a ainsi argué qu'une expertise s'imposait sur les plans psychiatrique, neurologique, neuropsychologique, orthopédique et rhumatologique. Sous l'angle économique, l'intéressée s'est ralliée au revenu de valide arrêté par la CNA tout en soutenant que,

dans la mesure où elle n'était plus en mesure d'œuvrer sur le marché du travail, il en découlait le droit à une rente d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} septembre 2016. Elle a également requis le versement d'une IPAI fixée à dire d'expert.

Par décision sur opposition du 5 juillet 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 5 décembre 2016. Elle a tout d'abord relevé que, sur le plan psychique, l'assurée s'était fondée sur les seules conclusions du Dr M. _____ sans toutefois tenir compte de celles du Dr I. _____ admettant la réalisation d'un *statu quo sine*. La Caisse a de surcroît relevé que, sous l'angle neurologique, le Dr A. _____ avait écarté toute atteinte significative en relation avec l'accident du 20 octobre 2010 ; du reste, si l'assurée souffrait de séquelles cérébro-organiques, elle n'apportait toutefois ni documents, ni motifs incitant à s'écarter des conclusions du neurologue. La CNA a ajouté qu'un syndrome typique après TCC n'était pas démontré dans toute son étendue et que, pour le surplus, l'assurée n'avait rapporté que des séquelles orthopédiques modérées lors de l'examen réalisé le 27 mai 2015 par le Dr S. _____. S'agissant du préjudice économique, la Caisse a observé que le revenu d'invalidité arrêté à 56'083 fr. sur la base de DPT ne faisait l'objet d'aucune critique de la part de l'assurée. Or, la comparaison avec le revenu sans invalidité de 58'653 fr. - non contesté - faisait apparaître un préjudice économique de 4,3 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Concernant l'IPAI, la CNA s'est référée à l'appréciation émise le 27 mai 2015 par le Dr S. _____. Enfin, la Caisse a estimé qu'il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction.

D. Représentée par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles et agissant par l'intermédiaire de Me Duc, K. _____ a recouru le 7 septembre 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} septembre 2016, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité à dire d'expert. A titre préalable, la recourante a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire et requis la mise en œuvre de débats publics, ainsi

que l'audition de témoins. Sur le fond, l'intéressée a tout d'abord confirmé que les suites de l'accident du 20 octobre 2010 étaient stabilisées à ce jour. Pour l'aspect psychique, elle a rappelé que, selon le Dr M._____, elle souffrait d'un trouble mixte de la personnalité vraisemblablement décompensé par l'accident susdit, ce qui l'empêchait de travailler dans le premier marché du travail. S'y ajoutaient des séquelles d'hématome sous-dural et de TCC (avec des séquelles cérébro-organiques « *fort probables* »), ainsi que des atteintes induites par les douleurs causées par l'algoneurodystrophie. L'intéressée a surcroît invoqué les conséquences d'une prise d'opiacés sous forme de Tramal pendant des années et à forte dose. Au niveau somatique, la recourante a allégué qu'il y avait lieu d'éclaircir les séquelles de l'accident s'agissant du genou et de la cuisse gauches, ainsi que de l'algoneurodystrophie. Cela étant, elle a estimé qu'une expertise s'imposait sur les plans orthopédique, rhumatologique, psychiatrique, neurologique et neuropsychologique. La recourante a par ailleurs corroboré le gain de valide arrêté par la CNA mais a estimé que, n'étant plus en mesure d'exercer une activité sur le marché du travail, elle avait donc droit à une rente d'invalidité de 100 %. S'agissant de l'IPAI, elle s'en est remise à l'appréciation des experts qui seraient mandatés.

Par décision du 28 septembre 2017, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 septembre 2017 et désigné Me Jean-Michel Duc en qualité d'avocat commis d'office.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 28 novembre 2017. Sur le plan psychique, elle a pour l'essentiel rappelé que l'appréciation du Dr M._____ n'était plus d'actualité dans la mesure où le Dr I._____ s'était prononcé, deux ans plus tard, dans le sens d'un *statu quo sine*, permettant ainsi d'affirmer que la causalité naturelle entre l'accident du 20 octobre 2010 et les troubles psychiques de l'intéressée avait cessé d'exister. La Caisse a en outre observé qu'aucun document médical ne révélait l'existence de séquelles d'hématome sous-dural et de TCC. A cela s'ajoutait que le diagnostic d'algoneurodystrophie n'avait pas été posé et qu'aucun médecin n'avait

fait état d'une atteinte à la santé due à la prise de Tramal. Sous l'angle somatique, la CNA a confirmé son appréciation au regard des avis émis par les Drs T._____, A._____ et S._____. Enfin, elle a relevé que la recourante n'apportait aucun élément médical déterminant permettant de douter de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité faite par le Dr S._____.

Par réplique du 11 janvier 2018, la recourante a persisté dans ses motifs et conclusions. Elle a plus particulièrement soutenu que, vu les lésions cérébro-organiques révélées par les examens radiologiques, l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ou à tout le moins un examen neuropsychologique ; or, le Dr A._____ n'avait effectué qu'un examen neurologique sans aucune analyse neuropsychologique. Soutenant par ailleurs que les appréciations des Drs M._____ et I._____ étaient contradictoires, la recourante a contesté l'évaluation du Dr I._____ aux motifs que celui-ci n'avait pas pris en compte le traitement « *pourtant très important* » à base d'opioïdes, qu'il n'avait pas davantage pris en considération les atteintes cérébro-organiques documentées au travers d'examens radiologiques et que les explications de ce praticien visant à banaliser les conséquences de l'accident n'étaient pas admissibles. Elle a notamment relevé que le Dr I._____ avait péremptoirement imputé l'amnésie autour de l'accident de 2010 à la consommation d'alcool et non au TCC et que « *l'existence d'un stress post-traumatique chronique en lien avec l'accident a[vait] été établie depuis janvier 2014* ». La recourante a en outre précisé que le diagnostic d'algoneurodystrophie avait été mentionné par les médecins de la Clinique N._____.

Dupliquant le 19 janvier 2018, l'intimée a maintenu sa position.

E. Le dossier de l'OAI a été versé en cause le 8 mai 2018 et conséquemment mis à disposition des parties.

Prenant position le 13 juin 2018, la recourante a essentiellement fait valoir que l'assurance-invalidité avait reconnu

l'existence d'une incapacité de travail durable depuis le mois d'octobre 2010. Elle a par ailleurs ajouté que la Haute Cour avait récemment reconnu un syndrome de dépendance aux opiacés causé par un traitement d'opiacés sur neuf ans et qu'elle avait en outre admis que la prise d'opioïdes était inefficace et nocive. A son écrit, l'intéressée a joint divers extraits du dossier de l'OAI.

Se déterminant le 10 juillet 2018, l'intimée a relevé que l'assurance-invalidité avait retenu des limitations fonctionnelles superposables à celles décrites le 27 mai 2015 par le Dr S._____. S'agissant du syndrome de Südeck, elle a observé que ce diagnostic n'était pas retenu par le corps médical lors du prononcé de la décision litigieuse et que les pièces ultérieures ne le mentionnaient pas non plus. Concernant finalement les troubles cognitifs, elle a observé que ceux-ci résultaient exclusivement de pathologies psychiatriques sans lien avec l'accident en cause.

F. La recourante ayant confirmé sa requête de débats publics, une audience de jugement a été agendée. Dans ce contexte, un rapport du 15 mars 2018 émanant du Dr V._____ et du psychologue KK._____ a été produit le 5 mars 2019. Il en résultait notamment que l'assurée se rendait régulièrement aux séances de psychothérapie depuis janvier 2018, que les symptômes dépressifs se situaient en-dessous du seuil des symptômes dépressifs légers, qu'aucun comportement impulsif n'était relevé au quotidien, que la patiente - sous traitement de Selincro - était abstinente à l'alcool depuis 2015 et qu'elle avait des habitudes de vie régulières.

L'audience de jugement s'est tenue le 7 mars 2019.

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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'occurrence, est litigieuse la question du droit à rente d'invalidité et à une IPAI, des suites de l'accident du 20 octobre 2010.

3. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} 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.

4. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée 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. 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.

b) Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle.

aa) Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents

obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

bb) En cas d'état maladif antérieur, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 107 p. 930).

cc) Pour admettre un lien de causalité naturelle entre un accident et un diagnostic d'algo(neuro)dystrophie, la jurisprudence a défini des critères déterminants, à savoir (a) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident, (b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) et (c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (TF 8C_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.1 et 4.2 avec les références citées).

dd) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « *coup du lapin* » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une

jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de vingt-quatre heures à, au maximum, septante-deux heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 et 125 V 456 consid.5a et réf. cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner

objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé

(ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

5. Dans le cas particulier, est contestée l'étendue des séquelles induites par l'accident du 20 octobre 2010, tant sur le plan somatique que sous l'angle psychique.

a) A titre liminaire, on notera que la recourante ne conteste pas la stabilisation du cas - ainsi qu'il résulte de son acte de recours (cf. mémoire du 7 septembre 2017 p. 7).

b) Cela posé, il convient de déterminer les atteintes à la santé se trouvant dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 20 octobre 2010.

aa) Au niveau somatique, la CNA s'est fondée sur l'avis émis le 27 mai 2015 par le Dr S._____, considérant que seules des séquelles

orthopédiques relativement modérées pouvaient être retenues en lien avec l'événement du 20 octobre 2010.

La recourante, pour sa part, a fait valoir qu'il y avait lieu d'éclaircir les séquelles de l'accident sur le plan du genou et de la cuisse gauches, ainsi que de l'algoneurodystrophie (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2017 p. 9).

aaa) Sur le plan orthopédique, il s'impose de constater préalablement que la recourante a formulé ses griefs de manière appellatoire, sans expliquer en quoi il y aurait matière à investiguer plus avant la situation au niveau du genou et de la cuisse gauches, ni fournir d'avis médical mettant en évidence des lacunes sur ce plan.

L'assurée a, du reste, considéré à tort que l'accident du 20 octobre 2010 avait occasionné une « *grave entorse* » du genou gauche et une « *déchirure musculaire* » à la cuisse gauche (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2017 p. 2) - l'analyse du dossier démontrant que ces atteintes concernent en réalité le membre inférieur droit. Pour ce qui est du membre inférieur gauche, il résulte des pièces versées en cause que l'accident du 20 octobre 2010 a entraîné une fracture du fémur et une rupture ligamentaire (LCP) au niveau du genou (cf. let. A supra).

Quoi qu'il en soit, il apparaît que la stabilisation orthopédique était acquise quatre mois après l'accident (cf. rapport du Dr F._____ du 16 février 2011 p. 2) et que l'évolution a été qualifiée de « *grosso modo* » ou relativement favorable (cf. rapport du Dr F._____ du 6 mars 2012 p. 2 et rapport du Dr Y._____ du 6 février 2013 p. 1). A gauche, la consolidation du fémur après enclouage a été jugée satisfaisante ; quant à la rupture du LCP, elle a été traitée conservativement (cf. rapport du Dr F._____ du 6 mars 2012 p. 1 et rapport du Dr Y._____ du 6 février 2013 p. 2) et n'a plus fait l'objet de plaintes spécifiques. Si une insuffisance du muscle fessier gauche - avec boiterie de Trendelenburg (cf. rapport du Dr F._____ du 5 mai 2011 p. 1) dont l'intéressée a ultérieurement récupéré (cf. rapport du Dr F._____ du 6 mars 2012 p. 1)

- a été signalée, il reste qu'à l'issue du traitement, la force musculaire était préservée au niveau du membre inférieur gauche, sans mouvements anormaux (cf. rapport du Dr A. _____ du 17 mars 2015 p. 2). Si en outre des douleurs ont été évoquées à la cuisse gauche (cf. rapport du Dr S. _____ du 25 octobre 2011 pp. 2 et 4), respectivement à la hanche gauche (cf. rapport du Dr T. _____ du 3 mars 2015 p. 2 et rapport du Dr A. _____ du 17 mars 2015 p. 1), elles n'ont cependant pas été jugées inquiétantes (cf. rapport du Dr T. _____ du 3 mars 2015 p. 2) et n'ont pour finir plus été invoquées (cf. rapport du Dr S. _____ du 27 mai 2015). Il a par ailleurs été tenu compte du fait que la recourante présentait un raccourcissement de 1 cm du membre inférieur gauche, avec une légère dérotation externe (cf. rapport du Dr S. _____ du 25 octobre 2011 p. 5, rapport de la Clinique N. _____ du 7 mai 2012 p. 3, rapport du Dr T. _____ du 3 mars 2015 p. 1 et rapport du Dr S. _____ du 27 mai 2015 pp. 4 s.). A droite, une légère boiterie a été signalée de manière irrégulière (cf. rapport du Dr S. _____ du 25 octobre 2011 pp. 3 s., rapport de la Clinique N. _____ du 7 mai 2012 p. 3, rapport du Dr Y. _____ du 6 février 2013 p. 1, rapport du Dr T. _____ du 3 mars 2015 p. 2 et rapport du Dr S. _____ du 27 mai 2015 p. 3). Ont persisté des douleurs et des tremblements au niveau du genou droit (cf. rapport du Dr S. _____ du 25 octobre 2011 p. 3, rapport de la Clinique N. _____ du 7 mai 2012 p. 2 et rapport du Dr A. _____ du 17 mars 2015 p. 2), genou présentant une petite laxité ligamentaire post-traumatique associée à des remaniements dégénératifs (cf. rapport du Dr Y. _____ du 6 février 2013 p. 2, rapport du Dr T. _____ du 3 mars 2015 p. 2 et rapport du Dr S. _____ du 27 mai 2015 pp. 4 s.), étant précisé que l'évolution vers une arthrose post-traumatique a été estimée à dix ans (cf. rapport du Dr T. _____ du 3 mars 2015 p. 2) ; pour le reste, la mobilité de ce genou a en définitive pu être complètement récupérée (cf. rapport du Dr S. _____ du 27 mai 2015 p. 4). On ajoutera encore que si une perte de tonus musculaire au niveau des quadriceps a été initialement signalée (cf. rapport de la Clinique N. _____ du 7 mai 2012 p. 3), il s'est finalement avéré que le tonus et la force musculaire paraissaient conservés à tous les niveaux (cf. rapport du Dr S. _____ du 27 mai 2015 p. 4).

C'est en tenant compte de l'ensemble de ces éléments que le Dr S._____ a conclu à des séquelles orthopédiques relativement modérées en lien avec l'accident du 20 octobre 2010 (cf. rapport du 27 mai 2015 p. 5). Or, force est d'admettre que les circonstances du cas particulier, telles que répertoriées ci-dessus, ne permettent pas une autre analyse. Aucun avis spécialisé ne vient, à tout le moins, offrir une perspective différente. L'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée ne peut donc qu'être validé.

Conséquemment, les griefs soulevés par la recourante concernant son genou et sa cuisse gauches s'avèrent mal fondés et doivent être écartés.

bbb) Pour ce qui est du diagnostic d'algoneurodystrophie, la position de la recourante ne convainc pas davantage.

Il apparaît en effet que les médecins du Centre hospitalier B._____ se sont contentés de mentionner un tableau évocateur d'une algodystrophie au niveau du genou et de la cheville droits à l'issue du séjour hospitalier en janvier 2011 (cf. lettre de sortie du 20 janvier 2011 p. 2), sans pour autant poser de diagnostic formel à cet égard. A cela s'ajoute que ces médecins ont relevé que l'introduction d'un traitement de Miacalcic avait eu un effet favorable et que, s'ils en ont recommandé la poursuite durant un mois au minimum (cf. loc. cit.), ils n'ont en revanche pas préconisé d'autres mesures telles que d'adresser la patiente à un spécialiste. Le 7 mars 2011, la Dresse AA._____ n'a pas référencé d'algoneurodystrophie, mais elle a en revanche signalé un traitement de Miacalcic (cf. rapport du 7 mars 2011 p. 4). Quant au le Dr F._____ qui a suivi l'assurée à sa sortie de l'hôpital, il n'a à aucun moment évoqué l'existence d'une éventuelle algodystrophie, pas plus qu'il n'a mentionné la poursuite d'un traitement y relatif (cf. rapports des 16 février 2011, 5 mai 2011 et 6 mars 2012). S'agissant des médecins de la Clinique N._____, ils ont uniquement repris la problématique évoquée par les praticiens du Centre hospitalier B._____, sans autre analyse ou précision (cf. rapport du 7 mai 2012 p. 2). Quant aux médecins intervenus par la

suite, aucun d'entre eux ne s'est prononcé dans le sens d'un diagnostic d'algodystrophie. A cet égard, il est révélateur de souligner qu'après avoir effectué un bilan neurologique, le Dr A._____ n'a objectivé aucune atteinte significative en relation avec l'événement accidentel du 20 octobre 2010, considérant que le status était rassurant et que les troubles observés au membre inférieur droit ne constituaient pas une atteinte somatique, de nature traumatique ou malade, mais relevaient de l'aspect psychique. C'est ici le lieu de noter plus particulièrement que l'algo(neuro)dystrophie désigne les tableaux cliniques qui affectent les extrémités, se développent après un événement dommageable et se caractérisent par une douleur persistante avec des troubles du système nerveux autonome, de la sensibilité et de la fonction motrice (voir à cet égard TF 8C_188/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4.2.3 et la référence citée). Or, le Dr A._____ a précisément retenu qu'il n'y avait pas de signe d'un déficit moteur franc ou de troubles effectifs de la coordination et que la sensibilité superficielle et profonde était préservée des deux côtés (cf. rapport du 17 mars 2015 pp. 2 s.), ce qu'a également confirmé le Dr S._____ (cf. rapport du 27 mai 2015 p. 4).

En résumé, force est de constater que les signes évocateurs d'une algodystrophie observés par le Centre hospitalier B._____ et rappelés par la Clinique N._____ n'ont au final pas été confirmés sur le long terme. Dans ces conditions, c'est à juste titre que le diagnostic d'algodystrophie n'a pas été retenu à titre de séquelle de l'accident du 20 octobre 2010.

ccc) Compte tenu des éléments qui précèdent, la Cour de céans ne voit en définitive aucune raison de s'écarter des conclusions - pleinement convaincantes (cf. consid. 4d supra) - émises le 27 mai 2015 par le Dr S._____ sur le plan somatique. On retiendra conséquemment que seules des séquelles orthopédiques modérées sont à mettre en lien avec l'accident du 20 octobre 2010.

bb) Sous l'angle psychique, la CNA s'est fondée sur les conclusions du Dr I. _____ pour retenir que le *statu quo sine* avait en l'occurrence été atteint le 20 juin 2016 au plus tard.

La recourante a, quant à elle, estimé que l'évaluation de la Caisse ne pouvait être suivie compte tenu de l'appréciation émise par le Dr M. _____. Elle a également invoqué des séquelles d'hématome sous-dural et de TCC, des atteintes induites par les douleurs causées par l'algoneurodystrophie, ainsi que des conséquences de la prise d'opiacés - Tramal - durant des années à forte dose (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2017 p. 8).

aaa) En premier lieu, il sied de rappeler que dans son rapport du 17 avril 2014, le Dr M. _____ a posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants, borderline et histrionique - excluant en revanche un trouble spécifique de la personnalité type borderline, un état de stress post-traumatique ou un trouble dépressif. Il a précisé que le trouble diagnostiqué pouvait être considéré comme décompensé dans le sens où, avant l'accident, la recourante avait été capable de travailler et d'assumer son rôle de mère alors que, désormais, elle n'était plus à même de travailler et d'assumer un rôle éducatif. Pour le Dr M. _____, ladite décompensation était vraisemblablement en lien de causalité partiel avec l'accident du 20 octobre 2010 ; il était néanmoins difficile de savoir si l'accident avait été la cause unique de l'éclatement de la cellule familiale ou s'il n'avait été qu'un facteur accessoire (cf. rapport du 17 avril 2014 p. 5).

Loin de s'écarter de l'appréciation émise par le Dr M. _____, le Dr I. _____ a bien plutôt inscrit ses conclusions dans le prolongement de celles de son confrère. Il a en effet repris l'analyse effectuée en 2014 et s'est prononcé sur l'évolution survenue depuis lors. Il a plus particulièrement relevé que l'assurée était parvenue à retrouver un certain équilibre depuis un an et demi, grâce à un cadre psychosocial intense qu'il a décrit en détail (nouvelle relation affective constructive, intervention du Service de protection de la jeunesse pour les contacts

avec le fils aîné et l'ex-mari, encadrement financier et administratif au travers de la mesure de tutelle [recte : curatelle], cadre psychiatrique intégré et cohérent, abstinence partielle de la consommation éthylique). Cela étant, le Dr I._____ a estimé que si les décompensations ayant amené à des hospitalisations en milieu psychiatrique en 2011 et 2014 [recte : 2015] étaient encore causées partiellement par les conséquences de l'accident de 2010, la décompensation du trouble de la personnalité préexistant, causée par l'accident de 2010, n'était plus observable à l'heure actuelle. Il a dès lors conclu à un *statu quo sine*, la causalité naturelle entre l'accident du 20 octobre 2010 et les troubles psychiques présents ayant cessé d'exister dans le contexte d'un encadrement socio-thérapeutique important et efficace (cf. rapport du 21 juin 2016 pp 7 s.).

En résumé, la confrontation des appréciations émises par les Drs M._____ et I._____ ne révèle donc pas de contradictions, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. réplique du 11 janvier 2018 p. 2). Il en découle uniquement que le lien de causalité naturelle admis avec réserve par le Dr M._____ en 2014 - soit uniquement à titre partiel, voire accessoire s'agissant de l'éclatement de la cellule familiale - avait cessé d'exister lorsque le Dr I._____ s'est prononcé en 2016. Pour preuve de cette évolution, on relèvera que le Dr M._____ avait en particulier lié la décompensation psychique à l'incapacité pour l'assurée d'assumer un rôle éducatif vis-à-vis de son fils aîné (cf. rapport du 17 avril 2014 p. 5), alors que le Dr I._____ a observé que l'intéressée semblait désormais assumer sa seconde maternité de manière adéquate (cf. rapport du 21 juin 2016 p. 7).

A cela s'ajoute que les autres avis médicaux recueillis ne viennent en rien contredire ce qui précède. En particulier, il est constant que la problématique anxio-dépressive notée dans les suites immédiates de l'accident (cf. lettres de sortie des 10 janvier [p. 1], 14 janvier [p. 1], 20 janvier [p. 2] et 26 janvier 2011 [p. 1] du Centre hospitalier B._____ ; cf. rapport du 7 mars 2011 de la Dresse AA._____ p. 3) n'a plus été observée par la suite, à l'exception du Dr V._____ (cf. rapport du 14 août 2015 p. 1) qui n'a toutefois pas motivé son appréciation sur le sujet. Quant

aux symptômes en lien avec un état de stress post-traumatique chronique succinctement évoqués par le Dr V. _____ et la psychologue Q. _____ (cf. rapport du 10 janvier 2014), ils ont été niés de manière convaincante par la Dresse J. _____ (cf. rapport de consilium psychiatrique du 30 mars 2012 p. 2), le Dr M. _____ (cf. rapport du 17 avril 2014 p. 5) et le Dr I. _____ (cf. rapport du 21 juin 2016 p. 7 s.). En outre, le fait que le Dr V. _____ ait fait référence en 2015 à des troubles psychiques aggravés – en partie – par l'accident du 20 octobre 2010 (cf. rapport du 14 août 2015 p. 1) n'est manifestement pas incompatible avec le *statu quo sine* reconnu en juin 2016 par le Dr I. _____. On notera enfin que l'expert II. _____, mandaté par l'OAI, a certes estimé que les troubles de l'assurée, tous antérieurs à l'accident, n'étaient incapacitants que depuis le mois d'octobre 2010 – comme l'a relevé la recourante (cf. déterminations du 13 juin 2018 p. 2). Il n'est toutefois pas contesté que l'accident du 20 octobre 2010 a conduit à une décompensation psychique, implicitement admise par l'expert II. _____. Pour ce qui est de la suite de l'évolution, l'expert n'a en revanche à aucun moment distingué la part imputable à l'accident et celle propre aux pathologies préexistantes – et pour cause, puisque cette question revient à aborder la problématique de la causalité naturelle qui est propre à l'assurance-accidents et totalement étrangère à l'assurance-invalidité. Tout au plus relèvera-t-on que l'expert II. _____ a néanmoins retenu une évolution à partir de son examen au mois de juin 2016 (cf. rapport d'expertise du 13 juin 2016 p. 12 et complément d'expertise du 31 août 2016), à l'instar du Dr I. _____, et qu'il a au final relevé que « *la problématique essentielle de l'expertisée s'[était] déjà manifestée bien avant l'accident de circulation dont elle a été victime* » (cf. rapport d'expertise du 13 juin 2016 p. 15). Par conséquent, les conclusions de l'expert II. _____ ne viennent donc pas remettre en question l'évaluation du Dr I. _____.

Dès lors, la Cour de céans retient qu'en ce qui concerne les troubles psychiques de l'assurée, c'est à juste titre que la CNA, se fondant sur l'appréciation probante (cf. consid. 4d supra) du Dr I. _____, a retenu que le *statu quo sine* avait été rétabli au plus tard le 20 juin 2016.

bbb) On ne peut davantage suivre la recourante lorsqu'elle invoque des séquelles d'hématome sous-dural et de TCC.

Préalablement, on notera que si les pièces au dossier font effectivement état d'un TCC occasionné lors de l'accident du 20 octobre 2010, on peine en revanche à identifier la notion d'un hématome sous-dural ou de probables séquelles cérébro-organiques (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2017 p. 8) révélées par des examens radiologiques (cf. réplique du 11 janvier 2018 p. 2) ; en fait, une petite lésion hémorragique parenchymateuse intracérébrale a été décrite sans être rattachée à aucune symptomatologie (cf. notamment lettre de sortie du Centre hospitalier B. _____ du 14 janvier 2011 p. 1).

En tout état de cause, il n'en demeure pas moins qu'aucun avis médical au dossier n'évoque le moindre trouble non objectivable persistant depuis l'accident et susceptible d'être mis en lien avec le TCC ou la lésion hémorragique susdits. On notera en particulier que le Dr A. _____ n'a retenu aucun déficit neurologique, considérant que les céphalées signalées étaient d'origine tensionnelle et probablement liées à des facteurs psychiques, vu le contexte global, et que les troubles de la mémoire annoncés relevaient eux aussi probablement de la sphère psychique (cf. rapport du 17 mars 2015 p. 2). S'il est par ailleurs apparu que l'intéressée n'avait pas de souvenirs de l'accident (cf. rapport du Dr M. _____ du 17 avril 2014 p. 5 et rapport du Dr I. _____ du 21 juin 2016 p. 8), force est de rejoindre le Dr I. _____ (cf. rapport du 21 juin 2016 loc. cit.) pour considérer que cette amnésie est vraisemblablement due à la très forte alcoolisation présentée par l'assurée au moment des faits, avec un taux d'alcoolémie de 2,8 g/l à son arrivée à l'hôpital (cf. lettre de sortie du Centre hospitalier B. _____ du 26 janvier 2011 p. 2) – soit un taux correspondant au stade de la torpeur avec notamment des troubles de mémoire (cf. www.stop-alcool.ch : Alcool en bref > Une substance psychoactive > Les effets immédiats de l'alcool sur l'organisme) ; cela étant, une telle appréciation ne peut manifestement pas être qualifiée de péremptoire, quoi qu'en dise la recourante (cf. réplique du 11 janvier 2018 p. 2 s.). Finalement, on notera encore qu'un bilan neuropsychologique a

été effectué dans le cadre de l'expertise psychiatrique diligentée par l'OAI (cf. rapport d'expertise du 13 juin 2016 p. 11) et que les résultats obtenus ont abouti à un diagnostic de retard mental léger depuis l'adolescence (cf. ibid. p. 12), qui ne saurait être mis en lien avec l'accident du 20 octobre 2010.

A la lumière de ces éléments, les griefs soulevés par la recourante en lien avec d'éventuelles séquelles d'hématome sous-dural ou de TCC n'apparaissent donc pas fondés.

ccc) Le même constat s'impose s'agissant d'hypothétiques atteintes induites par les douleurs causées par l'algoneurodystrophie, dès lors que rien ne permet en l'état de conclure à un tel diagnostic (cf. consid. 5b/aa/bbb supra).

ddd) La recourante soutient enfin que les séquelles induites par la prise de Tramal à forte dose durant plusieurs années n'auraient pas été investiguées.

D'emblée, il y a lieu de souligner, d'une part, que ce grief n'est soutenu par aucun avis médical au dossier et, d'autre part, que les pièces en mains de la Cour de céans ne font du reste pas état d'une prescription de Tramal, que ce soit à long, moyen ou court terme. Attendu que l'on ne saurait se fonder sur les seuls dires de la recourante, ses allégations n'apparaissent donc pas établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

A l'examen du dossier, il apparaît certes que l'assurée s'est vu prescrire un opioïde (Oxycontin et, en réserve, Oxynorm) suite à l'accident subi en octobre 2010 (cf. lettres de sortie du Centre hospitalier B. _____ des 10 janvier [p. 2], 14 janvier [p. 2] et 26 janvier [p. 2] 2011), prescription répertoriée jusqu'au mois de mars 2011 (cf. rapport de la Dresse AA. _____ du 7 mars 2011 p. 3). Si par la suite le Dr F. _____ a évoqué un traitement antalgique continu à base de morphine dont il estimait souhaitable d'abaisser les doses, précisant que le nouveau

dosage pourrait être mis en place à la Clinique N._____ (cf. rapport du 6 mars 2012 p. 2), force est de constater qu'aucune prescription d'opioïde n'a été référencée par la suite - en particulier lors du séjour à la Clinique N._____ début 2012. De telles circonstances ne sont à l'évidence pas évocatrices de conséquences significatives et durables sur l'état de santé ; pour rappel, on relèvera que la recourante a invoqué une affaire dans laquelle un syndrome de dépendance avait été reconnu après neuf ans de consommation d'opioïde (cf. déterminations du 13 juin 2018 p. 3), ce qui n'est clairement pas le cas en l'espèce. Cela étant, force est d'admettre que la prise d'opioïdes à forte dose durant plusieurs années n'est - de loin - pas établie.

Si, à l'audience du 7 mars 2019, l'intéressée s'est déclarée prête à produire une attestation de son médecin traitant concernant la prise d'opioïdes, force est de constater qu'une telle attestation ne pourrait être considérée comme probante à ce stade de la procédure. En effet, la délivrance *a posteriori* d'une telle attestation par le médecin traitant serait sujette à caution, les médecins de la recourante (tant sur le plan de la médecine générale que de la psychiatrie) n'ayant antérieurement jamais référencé la prise en continu de fortes doses de Tramal ou, plus généralement, d'opioïdes. On peine du reste à comprendre que la recourante, qui invoquait pourtant la nécessité d'investiguer les conséquences de la prise régulière d'opioïdes dans son acte de recours (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2017 p. 8), ait attendu l'audience du 7 mars 2019 pour émettre une offre de preuve à cet égard. Il sera donc renoncé à l'attestation proposée, par appréciation anticipée des preuves (cf. consid. 8 infra). Enfin, on soulignera que la réalisation d'un bilan sanguin à l'heure actuelle demeurerait sans incidence pour se positionner quant à l'état de fait déterminant à la date de la décision attaquée, du 5 juillet 2017.

Pour le surplus, on constate que l'assurée s'est vu prescrire un benzodiazépine (Lexotanil) à la suite de son internement en milieu hospitalier du 15 janvier au 9 février 2015 (cf. lettre de sortie du Centre hospitalier B._____ du 18 février 2014 p. 2), que cette prescription était

toujours d'actualité durant l'été 2015 (cf. rapport du Dr V._____ du 14 août 2015 p.3), mais qu'elle ne faisait plus partie de la médication en juin 2016 (cf. rapport du Dr I._____ du 21 juin 2016 p. 5). Pour le reste, les éléments recueillis attestent la prescription, à différentes périodes, d'inhibiteurs de la pompe à protons (Pantazol, Nexium), d'antidépresseurs et anxiolytiques (Limbitrol, Remeron, Cipralex, Escitalopram), de myorelaxants (Cirdaldud, Mydocalm), de médicaments pour le sevrage alcoolique (Campral, Selincro) et d'un antipsychotique (Seroquel) (cf. rapports du Centre hospitalier B._____ des 3 août [p. 2] et 25 octobre [p. 3], de la Clinique N._____ du 7 mai 2012 [p. 4], et du Dr I._____ du 21 juin 2016 [p. 5]). Rien au dossier ne permet en revanche de lier d'éventuels troubles à la thérapie médicamenteuse, dont on rappellera qu'elle s'adresse à une patiente souffrant de troubles psychiques depuis de nombreuses années et se trouvant sous contrôle médical continu.

Dès lors, le point de vue de la recourante ne peut qu'être écarté sous cet angle également.

eee) Sur le plan psychique, force est donc d'admettre que l'accident du 20 octobre 2010 n'engendrait plus de séquelles lorsque la CNA a rendu la décision litigieuse.

cc) Par conséquent, on retiendra au final que si la recourante présente des séquelles orthopédiques modérées en lien de causalité naturelle avec l'accident du 20 octobre 2010 (cf. rapport du Dr S._____ du 27 mai 2015 et consid. 5b/aa supra), ce lien de causalité a revanche pris fin pour ce qui est de la décompensation induite sur le plan psychique des suites de l'accident, le *statu quo sine* ayant à cet égard été atteint à la date de l'examen psychiatrique du 20 juin 2016 (cf. rapport du Dr I._____ du 21 juin 2016 et consid. 5b/bb supra).

b) Il suite de là qu'en l'occurrence, la question de la causalité adéquate ne se pose qu'à l'égard des séquelles orthopédiques affectant la recourante, à l'exclusion de toute séquelle psychique. La réalisation de cette condition ne fait par ailleurs aucun doute en l'espèce dès lors que,

pour les atteintes somatiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

6. Il convient, à ce stade, de se prononcer du point de vue de droit à la rente, la recourant se prévalant d'un taux d'invalidité de 100 %.

a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence

permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1).

b) Sur le plan médical, le Dr S. _____ a retenu que, des suites des troubles orthopédiques causés par l'accident du 20 octobre 2010, l'assurée conservait une pleine capacité de travail dans une activité limitée aux charges moyennes, sans station debout prolongée ni longs trajets (cf. rapport du 27 mai 2015 p. 5). Cette appréciation – reprise en matière d'assurance-invalidité (cf. avis SMR de la Dresse O. _____ du 22 septembre 2016) – n'apparaît nullement critiquable au regard du dossier et n'est, du reste, pas sérieusement mise en cause par la recourante. Il y a dès lors lieu de s'y rallier.

c) Pour ce qui est de l'aspect économique, la recourante s'est ralliée au revenu sans invalidité de 58'653 fr. arrêté par l'intimée (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2017 p. 9). La Cour de céans ne voit, du reste, aucune raison pertinente de s'en écarter. La recourante n'a pas ailleurs émis aucune critique spécifique à l'encontre du revenu avec invalidité de 56'083 fr. défini par la CNA sur la base des DPT. Tout au plus relèvera-t-on que les activités décrites sont en adéquation avec les limitations fonctionnelles retenues et que les DPT choisies comme la manière dont elles ont été versées au dossier (voir notamment ATF 129 V 472 consid. 4.2.2) ne prêtent pas flanc à la critique. Le montant en question sera donc confirmé.

La comparaison des revenus sans et avec invalidité mettant en évidence un degré d'invalidité de 4,3 % inférieur au seuil légal de 10 %, c'est dès lors à juste titre que le droit de la recourante à une rente d'invalidité a été dénié.

7. Finalement, la recourante estime avoir droit à une IPAI fixée à dire d'expert.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202) comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (cf. ATF 124 V 29 consid. 1b et 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (cf. ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, 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 (cf. ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a ; cf. TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'espèce, dans son rapport du 27 mai 2015, le Dr S._____ - seul médecin à s'être prononcé sur la question - a retenu qu'un taux de 10 % pouvait être retenu selon la table d'indemnisation n° 6, en présence d'une laxité modérée associée à de discrets troubles dégénératifs. Il y a ajouté 5 % au motif d'une légère dérotation et d'un petit raccourcissement du membre inférieur gauche, ainsi que d'un certain préjudice esthétique (cf. rapport précité p. 5).

Force est de constater que faute d'avoir développé une réelle argumentation à l'égard de cette appréciation, la recourante ne parvient

pas à démontrer en quoi il faudrait rejeter l'évaluation du Dr S._____. Le seul fait d'invoquer des problématiques médicales non avérées (algoneurodystrophie, atteinte cérébro-organique [cf. consid. 5b/aa/bbb et bb/bbb supra]) ne saurait, à cet égard, être déterminant. Aucun élément sérieux n'incite du reste à s'écarter de l'appréciation du Dr S._____. Par conséquent, le taux d'atteinte à l'intégrité indemnisable de 15 % retenu par la CNA, sur la base de l'estimation de son médecin d'arrondissement, doit être confirmé.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (expertise médicale et audition de témoins [cf. mémoire de recours du 7 septembre 2017 pp. 6 et 9], attestation supplémentaire du médecin traitant concernant la prise d'opioïdes [cf. procès-verbal d'audience du 7 mars 2019]) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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

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

c) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du

procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Duc a produit en date du 7 mars 2019 la liste de ses opérations. En tant que cette liste englobe des démarches effectuées à compter du 6 novembre 2014, elle doit cependant être réduite pour respecter les limites temporelles fixées par la décision de la juge instructeur du 28 septembre 2017, soit en ne prenant en considération que les opérations effectuées dans le cadre du recours déposé le 7 septembre 2017. Seront dès lors comptabilisées les opérations à partir du 17 juillet 2017 (examen de la décision sur opposition litigieuse). On constate par ailleurs que la liste transmise par Me Duc comprend des prestations de secrétariat alors même que les frais de secrétariat font partie des frais généraux et ne peuvent pas être facturés séparément ; parmi ces prestations, figure toutefois une demande de prolongation de délai du 9 janvier 2018 qui a été signée par l'avocat et pour laquelle on admettra 5 minutes (et non 15) d'activité. Par ailleurs, les frais de photocopies à raison de septante centimes par page (pour un montant de 34 fr. 02, TVA comprise) sont excessifs et seront donc reconsidérés sur la base d'un tarif de vingt centimes par page ; le nombre de copies n'étant pas indiqué mais correspondant vraisemblablement à 45, on retiendra dès lors une somme de 9 francs. On relèvera enfin que les prestations d'avocat commis d'office sont rémunérées sur la base d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ) et non de 350 fr. tel qu'indiqué pour plusieurs des opérations mentionnées. Cela étant, compte tenu des heures de prestations d'avocat admises dans la présente cause (12 heures et 15 minutes, soit 7 heures et 20 minutes en 2017 et 4 heures et 55 minutes dès 2018) et des débours (9 fr. en 2017 et 5 fr. 30 en 2018), le montant total de l'indemnité de Me Duc s'élève donc à 2'394 fr. 15, y compris la TVA de 8 % en 2017 et 7,7 % depuis 2018.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est

tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 5 juillet 2017 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.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'394 fr. 15 (deux mille trois cent nonante-quatre francs et quinze centimes), débours et TVA inclus.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour K. _____),
- 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 :