

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2019

Composition : M. NEU, président
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Flattet, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

Art. 6 LPGA et 16 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était employée en qualité d'ouvrière sur machines par la société I._____ SA (ci-après : l'employeur). Elle était assurée à ce titre par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la Caisse ou l'intimée).

Le 23 décembre 2016, l'assurée a fait une chute de sa hauteur qui a provoqué une fracture Schatzker VI du plateau tibial droit et une avulsion de la partie superficielle du ligament collatéral du genou.

Le 27 décembre 2016, l'intéressée a subi une réduction ouverte et une ostéosynthèse du plateau tibial droit par double accord au Centre hospitalier X._____ (ci-après : le Centre hospitalier X._____) (cf. protocole opératoire des Drs F._____ et B._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, du 3 janvier 2017). Elle a été hospitalisée au Service d'orthopédie et de traumatologie jusqu'au 7 janvier 2017.

En date du 4 janvier 2017, l'employeur a adressé à la CNA une déclaration de sinistre dont il résultait que le travail avait été interrompu à la suite de l'accident susmentionné.

A la suite de cette annonce, la Caisse a pris en charge le cas (indemnités journalières et traitements médicaux).

A l'issue du contrôle post-opératoire du 7 janvier 2017, l'évolution était favorable selon le rapport médical du 18 janvier 2017 des Drs F._____ et E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Le Centre hospitalier X._____ a attesté une incapacité de travail à 100 % du 23 décembre 2016 au 7 février 2017, ensuite prolongée au 14 avril 2017 (certificat du Dr F._____

du 7 février 2017) à l'issue d'un examen radiologique ne montrant pas de signe de consolidation.

L'incapacité de travail a été prolongée au 9 juin 2017 (certificat du Dr F._____ du 28 mars 2017) à l'issue d'un contrôle radiologique montrant une consolidation progressive. A cette occasion, le Dr F._____ a observé une hypoesthésie au niveau de la malléole interne, la patiente boitant et se déplaçant avec une canne.

Le contrôle radiologique du 30 mai 2017 a montré une bonne consolidation, le Dr A._____, médecin assistant, relevant que l'assurée se plaignait toujours de douleurs mal systématisées du genou droit, d'un déficit de force en amélioration et de devoir marcher avec une béquille (certificat du 30 mai 2017).

L'assurée a subi un arthro-CT le 1^{er} juin 2017 révélant un bon résultat de l'ostéosynthèse de la fracture bitubérositaire de l'extrémité proximale du tibia, un léger amincissement cartilagineux du plateau tibial latéral sans défaut, une chondropathie fémoro-patellaire de grade IV et une absence de lésion méniscale. Lors du contrôle du 19 juin 2017, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a en outre relevé une augmentation des douleurs depuis l'arthro-CT.

Le Centre hospitalier X._____ a attesté une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} août 2017 au 31 août 2017 (certificat du Dr A._____, médecin assistant du 25 juillet 2017). A l'occasion du contrôle ambulatoire, l'assurée a exprimé les mêmes plaintes que lors des rendez-vous précédents. Durant le contrôle, une ablation du matériel d'ostéosynthèse est envisagée mais refusée par l'intéressée qui a en outre refusé une infiltration dans le genou en raison d'une douleur « très importante suite à l'injection du produit de contraste par le radiologue. » Le rapport relève en outre que l'assurée serait prochainement examinée par le médecin de la CNA (cf. rapport du Centre hospitalier X._____ du 25 juillet 2017).

Le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assurée le 3 août 2017. Celle-ci lui a déclaré que, dans le cadre de son activité habituelle, elle devait être debout toute la journée et porter des charges de 10 kg à 15 kg. A la suite de son examen clinique, le médecin d'arrondissement a posé les diagnostics de status après fracture intra-articulaire bitubérositaire de l'extrémité proximale du tibia droit, de status après réduction et ostéosynthèse par double plaque de l'extrémité proximale du tibia droit et de chondropathie fémoro-patellaire de grade III, ainsi que de chondropathie du plateau tibia externe. Il a exposé que l'évolution n'était pas satisfaisante, relevant la persistance de gonalgies, d'une amyotrophie modérée de la cuisse, et une mobilité du genou droit pas encore recouvrée. Il a estimé que le cas n'était pas stabilisé, le traitement de physiothérapie se justifiant encore. Sur le plan professionnel, il a qualifié de peu probable une reprise de l'activité habituelle du fait que celle-ci s'effectuait, aux dires de l'assurée, uniquement en position debout toute la journée avec le port de charges allant de 10 à 15 kg. Il a toutefois évalué la capacité de travail de l'intéressée complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il a précisé que l'assurée pouvait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement assise, que de courts déplacements à plat étaient possibles et qu'il convenait d'éviter le port de charges, les travaux en position à genoux ou accroupie, ainsi que de monter ou descendre à répétition des pentes, des escaliers ou des échafaudages.

Par courrier du 11 août 2017, la CNA a communiqué à l'assurée qu'après discussion téléphonique avec l'employeur, une reprise moyennant adaptation de la place de travail s'avérait possible. Par conséquent, la Caisse a reconnu son assurée apte à reprendre le travail à 50 % dès le 21 août 2017. Suivant une notice interne du 18 août 2017, l'assurée a contesté cette prise de position par oral lors d'un passage à l'agence de [...].

Selon un certificat du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, du 18 août 2017, l'assurée se trouvait en incapacité de travail à 100 % du 1^{er} septembre 2017 au 30 septembre 2017 (« même pour les travaux sédentaires »), puis à 50 % dès le 1^{er} octobre 2017 (« pour travail de type sédentaire, avec limitation de charge à 10 kg »).

Il ressort d'une notice d'entretien téléphonique de la CNA du 18 août 2017 d'une part que l'assurée a déclaré à son interlocuteur qu'elle ne reprendrait pas le travail et qu'elle retournerait au Centre hospitalier X._____ dès le lundi suivant, et d'autre part que la Caisse l'avait mise au fait des sanctions encourues.

La CNA a entendu le directeur de production de la société I._____ SA sur place le 31 août 2017. Ce dernier a expliqué que, dans son activité habituelle, l'assurée ne faisait que de la mise sous pli et que la durée de manipulation des poids de 5 kg ou 10 kg était de l'ordre d'une heure à une heure et demie au maximum. Il résulte du compte-rendu de l'entretien que l'employeur aurait pu éviter à l'assurée les ports de charges, les déplacements et le travail debout, l'activité pouvant se pratiquer à une place de travail assise (ou alternant les positions assise et debout). Le directeur de production a encore précisé que des postes avaient été notamment adaptés pour des cas connus de la CNA. Le directeur de production interrogé a en outre informé la Caisse que l'assurée ne s'était pas présentée au travail le jour de reprise prévu, mais que la société était toujours prête à l'accueillir.

Le compte-rendu de l'entretien du 31 août 2017 avec le directeur de production de l'employeur a été soumis au Dr J._____ pour avis, celui-ci constatant que l'assurée lui avait menti dès lors qu'elle pouvait travailler à 100 % dans son activité habituelle en position assise et précisant qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles pour les membres supérieurs et la colonne vertébrale.

Par décision du 6 septembre 2017, la CNA a reconnu son assurée apte au travail à 50 % dès le 21 août 2017 puis à 100 % dès le 2 octobre 2017.

Le 9 septembre 2017, l'assurée a consulté le Centre hospitalier X._____. Selon le rapport de la Dresse M._____, médecin assistante, l'intéressée a réclamé une antalgie, se plaignant d'une douleur du genou droit irradiante dans le membre inférieur droit et de ne pas supporter les antalgiques qui lui étaient prescrits. L'examen radiologique n'a pas montré de déplacement du matériel d'ostéosynthèse, l'image étant superposable aux précédentes. Au terme de la consultation, la Dresse M._____ a modifié l'antalgie prescrite à l'assurée.

Par courrier du 21 septembre 2017, la société I._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 novembre 2017 pour motifs économiques dans le cadre d'un plan social, moyennant le versement d'une indemnité de départ de 19'847 fr. bruts.

Par rapport du 21 septembre 2017, le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a exposé que l'assurée souffrait toujours de gonalgies persistantes plutôt antérieures. L'arthro-CT montrait une arthrose fémoro-patellaire. Ce spécialiste a proposé à l'intéressée une ablation du matériel d'ostéosynthèse, celle-ci réitérant son refus. Il a procédé à une infiltration d'Ostenil intra-articulaire au genou droit sans relever de complication.

Le 5 octobre 2017, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de Me Olivier Flattet, s'est opposée à la décision du 6 septembre 2017, concluant à son annulation. Elle a reproché à la CNA de s'être fondée sur l'appréciation du médecin d'arrondissement en lieu et place de celle des médecins du Centre hospitalier X._____ et de ne pas avoir pris contact avec ceux-ci avant de rendre la décision litigieuse.

La Caisse a soumis le cas au médecin d'arrondissement pour nouvel avis à la suite de l'opposition de son assurée. Selon la seconde

appréciation du Dr J._____, l'assurée tolérait bien la position sédentaire, ressentant toutefois des douleurs lorsqu'elle se relevait de la position assise prolongée. Il a considéré qu'il n'y avait aucun argument permettant de conclure que l'assurée ne pouvait pas exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui résultaient des gonalgies.

Par décision sur opposition du 27 octobre 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 6 septembre 2017.

B. U._____, toujours représentée par Me Flattet, a recouru contre cette décision sur opposition le 20 novembre 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise, les indemnités journalières devant lui être versées par la CNA en fonction des certificats d'incapacité de travail émanant du Centre hospitalier X._____. Elle a reproché à la CNA et au médecin d'arrondissement de ne pas avoir contacté le Centre hospitalier X._____ pour discuter du diagnostic différentiel, rendant à son avis le rapport du Dr J._____ non probant. L'assurée soutient que les avis des spécialistes du Centre hospitalier X._____ sont probants s'agissant de l'incapacité de travail. Elle a en outre produit un certificat d'incapacité de travail à 50 % du 7 novembre 2017 au 21 janvier 2018 permettant la reprise d'un travail sédentaire avec limitation de charges à 10 kg.

Par décision du 23 novembre 2017, le juge instructeur a accordé à U._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 novembre 2017 et l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Flattet.

Par courrier du 16 janvier 2018, l'assurée a produit un rapport des Drs C._____ et D._____, médecin assistant, daté du 8 janvier 2018 et adressé à son conseil. Ceux-ci ont indiqué que le Dr A._____ avait prolongé l'arrêt de travail à 100% jusqu'au 30 septembre 2017, compte-tenu de la limitation et des douleurs. Ils ont exposé qu'il avait ensuite été

décidé, d'un commun accord entre les Drs A._____ et C._____, une reprise du travail à 50 % à partir du 1^{er} janvier 2017 pour un travail de type sédentaire avec une limitation de la charge de 10 kg. Constatant le 7 novembre 2017 qu'il persistait chez leur patiente une symptomatologie douloureuse avec la nécessité de se déplacer avec une canne et une évolution stagnante, les spécialistes du Centre hospitalier X._____ lui avaient proposé de retirer le matériel d'ostéosynthèse. Dans ce contexte, ils avaient prolongé l'arrêt de travail précité jusqu'au 21 janvier 2018. Ils ont enfin recommandé au conseil de l'assurée de s'adresser au Dr J._____ s'agissant de la différence entre les avis médicaux.

Par réponse du 13 février 2018, la CNA a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité. Pour la Caisse, l'avis du médecin d'arrondissement était probant, les attestations du Centre hospitalier X._____ ne se basant que sur les plaintes de l'assurée. Elle a considéré que l'intéressée avait refusé sans motif valable de reprendre son activité pour son employeur, ce dernier ayant accepté d'adapter la place de travail pour la faire coïncider aux limitations fonctionnelles définies par le Dr J._____, ne respectant ainsi pas son obligation d'atténuer les conséquences économiques de l'accident.

Par courrier du 27 avril 2018, l'assurée a produit deux certificats d'incapacité de travail à 100 % établis les 22 février et 10 avril 2018 pour la période du 22 février au 27 mai 2018. Elle a en outre précisé que, contactés à « multiples reprises sur la prise de décision parallèle » par le Dr J._____, les Drs C._____ et D._____ ne s'étaient pas déterminés.

Le 22 mai 2018, la CNA a informé la Cour de céans qu'elle renonçait à dupliquer, maintenant intégralement sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-accident (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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières de l'assurance-accident à compter du 21 août 2017 et respectivement du 2 octobre 2017, à raison de l'accident subi le 23 décembre 2016.

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

4. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

L'art. 16 al. 1 LAA dispose que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier. Elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 ; 114 V 281 consid. 5b et les références ; TF 8C_889/2014 du 23 février 2015 consid. 3.2 ; 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.1 ; 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3).

A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 consid. 3c in fine p. 286 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., 2009, n. 26 ad art. 6). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (TF 8C_889/2014 du 23 février 2015 consid. 3.2 ; 8C_251/2012 du 27 août 2012, consid. 2).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement 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 évènement 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard, Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., 2016, n° 104 p. 929).

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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 31 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 précité loc. cit. ; 8C_734/2015 du 18 août 2016 consid. 6.1 [non publié à l'ATF 142 V 435]). Si l'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 de l'assuré 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_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 et la référence citée ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 107 p. 930).

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. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se

recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

c) 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, 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).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution 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. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'occurrence, il est constant que l'assurée a été victime d'un accident le 23 décembre 2016. La causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les diagnostics retenus n'est pas contestée. Il reste à déterminer si les atteintes à la santé justifiaient une prise en charge par l'intimée à compter du 21 août 2017 puis du 2 octobre 2017. Pour ce faire, il convient d'examiner si l'activité habituelle de la recourante était exigible compte tenu des limitations fonctionnelles retenues.

La recourante soutient que les douleurs, qu'elle continue à ressentir, l'auraient empêchée de reprendre son activité habituelle pour son ancien employeur à 50 % dès le 21 août 2017 et à temps complet dès

le 2 octobre 2017. Or, dans sa décision sur opposition du 27 octobre 2017, l'intimée a retenu que l'ancien employeur de la recourante était prêt à adapter le poste de travail en fonction des limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement. S'agissant de la capacité de travail et du caractère adapté de l'activité habituelle, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation circonstanciée développée par le Dr J._____, appréciation dont il n'y a pas lieu de s'écarter. En effet, sans remettre en cause l'atteinte à la santé et les douleurs en résultant, le médecin d'arrondissement n'a pas décelé de limitation objective quant à une activité sédentaire, notamment sur l'imagerie médicale, qui empêchait la recourante de reprendre le travail, ce avec un minimum de bonne volonté, bien entendu. En particulier, il n'a pas observé d'atteintes à la colonne vertébrale ou aux membres supérieurs susceptibles d'entraver une activité sédentaire (cf. avis du médecin d'arrondissement du 17 octobre 2017). Il ne ressort d'ailleurs pas du dossier que la recourante ait exprimé des plaintes à ce sujet. Il convient par conséquent d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que malgré les gonalgies, la recourante pouvait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement assise, que de courts déplacements à plat étaient possibles et qu'il convenait d'éviter le port de charges, les travaux en position à genoux ou accroupie, ainsi que de monter ou descendre à répétition des pentes, des escaliers ou des échafaudages. Les limitations fonctionnelles arrêtées par le médecin d'arrondissement sont probantes et en définitive non contredites par les médecins du Centre hospitalier X._____.

La visite de la place de travail de l'assurée sur place le 31 août 2017 a montré que l'employeur était prêt à proposer une activité adaptée à la recourante, lui évitant le port de charges, les déplacements et lui garantissant une place de travail assise avec alternance des positions sédentaire et debout.

Les conditions permettant une reprise de l'activité habituelle étaient réunies, de sorte que la recourante n'était pas réputée pouvoir refuser de reprendre son activité pour la société I._____ SA à 100 % dès

le 2 octobre 2017 au terme d'une période de reprise à 50 % dès le 21 août 2017.

c) Quant aux points de vue des médecins du Centre hospitalier X._____, ils doivent être écartés dans la mesure où, comme le soutient à juste titre l'intimée, ils ne sont guère étayés. En effet, les Drs F._____, E._____, K._____, A._____, C._____ et D._____ n'expliquent pas pour quelles raisons objectivables ils ont considéré la recourante inapte à exercer une activité sédentaire (cf. rapports 7 janvier 2017, 28 mars 2017, 30 mai 2017, 19 juin 2017, 25 juillet 2017, 21 septembre 2017 et 8 janvier 2018 cf. aussi rapport de la Dresse M._____ du 9 septembre 2017). Les gonalgies et le déplacement avec une béquille ne sont pas propres à empêcher la recourante d'exercer une activité pour laquelle l'employeur garantissait une position assise. Les examens cliniques et radiologiques pratiqués par les médecins du Centre hospitalier X._____ n'ont pas permis d'identifier la moindre atteinte à la colonne vertébrale ou aux membres supérieurs. S'agissant des deux derniers certificats d'incapacité de travail à 100 % (22 février et 10 avril 2018) émanant du Dr D._____, ils apparaissent pour le moins déroutants dans la mesure où le rapport du Centre hospitalier X._____ du 8 janvier 2018 faisait encore état d'une capacité de travail de 50 %. N'exposant pas les motifs d'une rechute, les attestations datées des 22 février et 10 avril 2018 ne présentent pas de valeur probante dans un contexte asséculoologique (cf. consid. 4c ci-dessus).

d) De surcroît, il n'est ni allégué ni prouvé que le lieu de travail était inaccessible compte tenu des limitations fonctionnelles retenues. Au contraire, l'employeur a précisé lors de la visite sur place que des postes de travail avaient été adaptés pour des cas comparables à celui de la recourante.

e) Compte tenu de la nature de l'atteinte à la santé et des limitations fonctionnelles, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en limitant ses prestations à 50 % dès le 21 août 2017 et en y mettant un terme au 2 octobre 2017.

6. a) Selon le principe inquisitoire, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA).

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 l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) Le grief de recourante selon lequel l'intimée aurait violé ses droits en ne donnant pas suite à la requête de consilium téléphonique entre le médecin d'arrondissement de la CNA et les médecins du Centre hospitalier X. _____ doit également être écarté. En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimée a procédé à une appréciation anticipée des preuves et jugé superflu de donner suite à la requête de la recourante en ce sens. Elle n'a donc pas porté atteinte au droit d'être entendu de l'intéressée ni méconnu le principe inquisitoire, eu égard aux développements ci-dessus (consid. 5 supra).

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

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Flattet a produit une liste de ses opérations le 30 mai 2018, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat (355 minutes, soit 5h55 dont 3h30 en 2017 et 2h25 en 2018), des débours (10 fr. dont 2 fr. en 2017 et 8 fr. en 2018) et des photocopies (11 fr. 60 en 2017 et 13 fr. 60 en 2018) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Flattet s'élève donc à 1'186 fr. 85, y compris la TVA.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. 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 (cf. 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 27 octobre 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.

- V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Flattet, conseil d'U. _____ est arrêtée à 1'186 fr. 85 (mille cent huitante-six francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- VI.** La 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, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Flattet (pour U. _____),
- Me Didier Elsig (pour la 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).

Le greffier :