

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Durussel et Berberat, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

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

et

T. _____, à [...], intimée, représentée par Me Michel D'Alessandri, avocat à Genève,

Art. 4 LPGA ; art. 6 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, au bénéfice d'une formation de coiffeuse réalisée en [...], bénéficiait durant l'année 2012 des indemnités de l'assurance-chômage. A compter du 1^{er} novembre 2012, elle a réalisé un gain intermédiaire en travaillant comme coiffeuse à 60 % auprès de D._____, à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de T._____ (ci-après : T._____ ou l'intimée).

Le 17 décembre 2012, l'assurée a été renversée par une voiture sur un passage à piétons. Affectée de douleurs à la jambe droite, elle a été acheminée au P._____ où il a été constaté qu'elle souffrait d'une fracture de la jambe droite classification AO42-A2 et d'une fracture du tibia proximal droit type Schatzker II. Une intervention chirurgicale a été réalisée le 26 décembre 2012 au P._____, laquelle a consisté en une réduction ouverte et une ostéosynthèse de la diaphyse tibiale par plaque LCP tibia distal 3.5/4.5, en une réduction ouverte et une ostéosynthèse du tibia proximal droit par une plaque LCP 4.5/5.0 tibia proximal latéral, ainsi qu'en une greffe osseuse au niveau du tibia proximal (cf. protocole opératoire du 28 décembre 2012).

Le 7 février 2013, D._____ a déclaré le sinistre à T._____ qui a pris en charge le cas.

Dans un certificat médical du 8 mars 2013, le Dr F._____, médecin associé auprès de P._____, a posé les diagnostics de fracture de la jambe droite classification AO42-A2 et de fracture du tibia proximal droit type Schatzker II. Il a précisé que l'assurée avait été hospitalisée à P._____ du 17 décembre 2012 au 4 janvier 2013 et que son incapacité de travail était totale depuis l'accident et devait durer probablement quatre mois postopératoires.

Le 17 juillet 2013, répondant à un questionnaire de T._____, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le

diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de stress post traumatique (F43.1).

Dans un certificat médical du 28 octobre 2013, la Dre K._____, médecin associée auprès de P._____, a posé le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur droit, le diagnostic de status post-accident de la voie publique le 17 décembre 2012 avec fracture du tibia droite type Schatzker II traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque le 26 décembre 2012 et fracture du tibia proximal droit traitée par plaque LCP et greffe osseuse le 26 décembre 2012, ainsi que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Elle a relevé une légère amélioration sur le plan algique (évaluation de la douleur : 6-7/10 par rapport à 9/10 en juillet 2013), mais, sur le plan fonctionnel, la situation était en statu quo chez une patiente qui ne pouvait pas marcher dehors sans canne, en raison d'importantes douleurs dans le tiers inférieur de la jambe droite. Elle craignait comme dommage permanent une persistance des douleurs et une boiterie à la marche.

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 8 janvier 2014.

Le 29 janvier 2014, le matériel d'ostéosynthèse a été retiré (cf. protocole opératoire du 30 janvier 2014 du Dr F._____).

Dans un rapport médical du 7 mars 2014, le Dr F._____ a posé les diagnostics de réduction ouverte et ostéosynthèse du plateau tibial externe et de la diaphyse tibiale droite le 27 décembre 2012 et de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du 29 janvier 2014. L'assurée se plaignait de douleurs, mais il était pour l'heure impossible de déterminer s'il s'agissait des douleurs déjà présentes avant l'intervention ou s'il s'agissait de douleurs encore liées à cette intervention.

Dans un rapport médical du 11 décembre 2014, la Dre K._____ a exposé que l'assurée avait séjourné dans le Service de rhumatologie P._____ du 11 au 28 novembre 2014. Ce séjour avait pour but une thérapie physique et fonctionnelle de réhabilitation dans un contexte de syndrome douloureux chronique de la jambe droite. En effet, près de deux ans après l'accident, l'assurée était toujours incapable de mener une vie normale ni de reprendre son travail de coiffeuse, même à temps partiel, en raison de la persistance des douleurs au niveau du membre inférieur droit, douleurs qui présentaient un caractère mixte, mécanique et inflammatoire, et parfois insomniant. Lors de son séjour au P._____, l'intéressée avait bénéficié de séances de physiothérapie bi-quotidiennes à sec et en piscine et de séances d'ergothérapie. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou avait également été réalisée, le 27 novembre 2014. A l'issue du séjour, la médecin a posé les diagnostics suivants :

- Syndrome douloureux chronique du genou et de la jambe droite dans un contexte de :
 - Status post AVP [accident de la voie publique] en décembre 2012 occasionnant une fracture bi-focale de la jambe droite avec
 - Fracture proximale du tibia type Schatzker II.
 - Fracture de la jambe droite classification AO 42 A2 (distale des 2 os de la jambe).
 - Status post réduction ouverte et ostéosynthèse de la diaphyse tibiale droite et du tibia proximal latéral droit par 2 plaques et greffes osseuses au niveau du tibia proximal, le 26.12.2012.
 - Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse le 29.01.2014 (avec persistance d'une vis tibiale métaphysaire).
 - Status post syndrome douloureux régional complexe de la jambe droite (algoneurodystrophie).
 - Syndrome de stress post traumatique.
 - Fissure en bec de perroquet du segment intermédiaire du ménisque latéral (vue à l'IRM du genou du 27.11.2014).
 - Œdème peu étendu du condyle fémoral médial, probablement résiduel de l'algodystrophie (vu à l'IRM du genou du 27.11.2014).
 - Chondropathie fémoro-patellaire droite ».

La Dre K._____ a relevé que le traitement intensif instauré durant les trois semaines d'hospitalisation n'avait pas eu l'effet escompté, l'assurée décrivant une absence d'amélioration des douleurs, voire une péjoration des symptômes, avec une intensité de la douleur passant de 6/10 en début d'hospitalisation à 8/10 en fin d'hospitalisation. Elle concluait à une incapacité de travail totale du 25 novembre au 31 décembre 2014, puis elle conseillait dès janvier 2015, une reprise à temps

partiel (au début 20 %) avec augmentation progressive et dans une activité adaptée (sans rester debout longtemps).

Dans un rapport médical du 11 février 2015, la Dre K. _____ a relevé que, depuis le début du mois de janvier, l'assurée était allée plusieurs fois sur son lieu de travail, mais qu'elle n'arrivait malheureusement pas à rester longtemps debout, ni à s'y rendre tous les jours, les douleurs étant fluctuantes. Elle a noté que l'assurée marchait correctement, bien que le volume de son genou était toujours important. Le traitement actuel consistait principalement en de la physiothérapie à sec et en piscine. L'incapacité de travail était toujours totale, mais une reprise thérapeutique à raison de 2 heures maximum par jour était conseillée. Les éléments qui précèdent ont été repris par le Dr F. _____ dans un rapport médical du 31 mars 2015.

Le 26 mars 2015, l'assurée a été victime d'un nouvel accident. Elle a chuté de sa hauteur, entraînant une fracture du poignet droit.

Dans un rapport médical du 26 mai 2015, la Dre K. _____ a relevé concernant le nouvel accident que l'assurée avait été traitée conservatoirement par immobilisation plâtrée durant six semaines, avec physiothérapie de mobilisation. S'agissant des conséquences de l'accident de 2012, il n'y avait pas d'évolution favorable, l'assurée ressentant encore une douleur aiguë lancinante périrotulienne externe à la fatigue qui apparaissait surtout après un périmètre de marche de 15 à 20 minutes.

Le 15 septembre 2015, la Dre K. _____ a exposé que, trois ans après son accident de la voie publique, l'assurée présentait toujours des douleurs, surtout au niveau du genou droit. Cliniquement, son genou droit présentait encore une tuméfaction antérieure sous-rotulienne, mais sans épanchement intra-articulaire. Les douleurs étaient de type neuropathique avec dysesthésies au toucher. Elle marchait sans boiterie sur une courte distance.

A la demande de T._____, les Drs J._____ et N._____, spécialistes respectivement en chirurgie orthopédique et en psychiatrie-psychothérapie auprès de R._____, ont établi le 15 juillet 2016 un rapport d'expertise pluridisciplinaire après avoir examiné l'assurée en dates des 21 janvier et 9 février 2016. Sur le plan psychique, les médecins sont arrivés à la conclusion que, lors de l'expertise, l'assurée ne présentait aucun trouble de cet ordre. Sur le plan orthopédique, les experts ont relevé notamment ce qui suit :

« En conclusion, sur le plan orthopédique, Madame C._____ présente des douleurs suite à une fracture complexe de la jambe droite ; ces douleurs sont difficilement objectivables à l'examen clinique et par les examens complémentaires effectués.

Il n'est pas exclu qu'il y ait quelques phénomènes d'exagération liés, entre autres, au fait que Madame C._____ est victime, dans le cadre de son accident.

Mais des douleurs importantes d'origine pas toujours déterminée sont assez souvent relevées dans les suites de fracture de cette complexité.

En conséquence de quoi, il paraît effectivement raisonnable d'admettre que Madame C._____ ne peut plus s'adonner à son activité de coiffeuse qui nécessite qu'elle soit tout le temps debout, et, bien que nous ayons plus de peine à comprendre qu'elle ne puisse pas rester longtemps assise, nous pensons qu'une activité alternant les positions assises et debout, avec des déplacements de courte durée, doit lui permettre de retrouver une capacité pleine et entière ».

Dans un rapport médical du 1^{er} février 2017, le Dr W._____, psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail depuis 2009, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Il concluait à une incapacité totale de reprendre l'activité habituelle, mais que l'assurée pouvait reprendre à un taux de 50 % au moins une activité tenant compte de ses limitations, c'est-à-dire une activité n'exigeant ni endurance, ni rapidité, ni adaptation permanente et n'impliquant pas de stress.

Le 28 février 2017, une IRM du genou droit et des radiographies des genoux de face en schuss et des jambes de face et

profil ont été réalisées par la Dre V._____, dont les résultats ont été consignés dans deux rapports du même jour. Dans son rapport concernant l'IRM du genou droit, cette médecin a mis en évidence une gonarthrose droite débutante, sans œdème ou géode sous-chondrale, une chondropathie patellaire modérée, une arthrose péronéo-tibiale proximale, une déchirure du bord libre de la jonction corne antérieure-corps du ménisque externe et un petit kyste synovial de Baker.

Se fondant sur ce rapport d'IRM et sur deux examens cliniques de l'assurée, le Dr G._____, chirurgien orthopédique, a retenu, dans un rapport des 24 février et 7 mars 2017, qu'en l'état, une incapacité de travail théorique de 50 % lui paraissait justifiée sur le plan orthopédique pendant une phase de réinsertion, mais que le taux d'activité de l'assurée pourrait probablement être augmenté progressivement si une réinsertion professionnelle efficace était mise en place. L'incapacité de travail était à corrélérer avec une évaluation psychiatrique en cours. Le Dr G._____ relevait que la douleur sur la tête du péroné ressentie par l'assurée méritait d'être investiguée par une infiltration sélective sous CT (scanner) de l'articulation péronéo-tibiale et, si ces tests faisaient disparaître la douleur, elle pourrait être traitée par arthrodèse de cette articulation.

Dans un rapport médical du 21 avril 2017, le Dr W._____ a relevé que l'assurée présentait des décompensations anxieuses et dépressives, qu'elle était stressée pour des choses insignifiantes et avait de la peine à gérer ses émotions, qu'elle souffrait de troubles de la concentration et d'attention, d'une importante fatigabilité en raison de la douleur et qu'elle présentait un ralentissement psychomoteur, ce qui rendait sa capacité de travail caduque.

Une infiltration sous CT de l'articulation tibio-péronière proximale droit a été réalisée le 20 septembre 2017.

Mandaté par T._____, le Dr H._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a rendu le 29 mars 2018 un rapport d'expertise orthopédique. L'expert a posé les diagnostics de fracture

complexe de la jambe droite avec atteinte du plateau tibial externe et de la jonction tiers moyen tiers inférieur du tibia et péroné (S82.70) le 17 décembre 2012, de status après réduction ouverte et ostéosynthèse le 26 décembre 2012 avec suites compliquées d'un probable CRPS [syndrome douloureux régional complexe], d'allodynie sur probable neuropathie cicatricielle de branches sensibles du nerf fibulaire commun (à préciser par examen neurologique avec ENMG [électro-neuro-myographie]) (S84.1) et d'arthrose tibio-fibulaire droite post-traumatique (M19.1). Il a retenu que l'incapacité de travail actuelle était de 100 % dans une activité de coiffeuse exigeant la station debout prolongée. En revanche, il estimait que l'assurée pourrait vraisemblablement d'ores et déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail sans limitation particulière de rendement dans une activité professionnelle légère, assise et permettant d'alterner les positions.

Dans un rapport de consultation du 21 janvier 2019, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, a indiqué que l'assurée présentait un syndrome douloureux complexe post-traumatique. Il a relevé que les infiltrations diagnostiques/thérapeutiques étaient négatives, en ce sens qu'elles n'avaient pas conduit à une amélioration des douleurs, bien qu'une composante neurogénique de la douleur restât probable. Il ne trouvait pas d'indication à une chirurgie au niveau du système nerveux périphérique de l'assurée.

Mandaté par T._____, le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi le 25 mars 2019 un rapport d'expertise psychiatrique, dans lequel il a apprécié la capacité de travail de l'assurée de la manière suivante :

« Cela fait près de 7 ans que l'expertisée se trouve à l'arrêt de travail. Au moment de la présente évaluation, l'expertisée ne présentait pas/plus de trouble psychiatrique significatif. Sur le plan de l'évaluation fonctionnelle, l'expertisée paraît entièrement capable de fonctionner au quotidien. En ce qui concerne l'évaluation systématique de ses ressources : ses aptitudes à communiquer, ou de prendre des décisions et de jugement sont conservés. Il n'y a aucune atteinte touchant le fonctionnement cognitif. Elle a un bon contrôle des affects et des pulsions. Tout au

plus peut-on constater : un sentiment d'injustice, une discrète diminution de l'endurance en lien avec une fatigue, ainsi qu'une diminution de la motivation. Ces éléments ne sont pas significativement perturbateurs dans son activité habituelle. En conclusion sa capacité de travail est totale, dans son activité habituelle ou tout autre activité tenant compte de son niveau de formation. »

Auparavant, l'assurance-accident avait mandaté le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en qualité d'expert. Celui-ci n'avait cependant pas pu mener à bien sa mission, l'assurée ayant refusé de le revoir après un premier entretien, considérant que son comportement était inadéquat. Pour sa part, le Dr M._____, retenant que l'assurée avançait de nombreux arguments dilatoires pour ne pas participer, avait conclu qu'à son avis, la revendication économique lui paraissait au premier plan de la démarche de la recourante et que l'évolution était du registre sinistrosique (cf. courrier du Dr M._____ du 18 avril 2018).

Le 17 juin 2019, le Dr W._____ a établi à la demande de l'assurée un rapport médical dont la teneur est la suivante :

« Nous ne revenons pas en détails sur les antécédents de la patiente susnommée qui vous sont bien connus. Mais, il est néanmoins important de rappeler qu'il s'agit d'une patiente suivie dans notre consultation depuis le 20 juin 2016 pour une symptomatologie d'un état de stress post-traumatique suite à un trauma ponctuel type I (accident de la circulation) avec présence de stressseurs secondaires (cumulatifs).

- Atteinte physique avec de multiples fractures de la jambe droite qui ont été traitées par ostéosynthèse au P._____ et fracture complexe intra-articulaire avec enfoncement du plateau tibial (cf. rapport orthopédique).
- Un procès qui dure depuis environ 6 ans, perte d'emploi et de soutien socio-affectif, un impact trop important neurobiologique avec activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien, activation des réponses comportementales automatiques.

Combattre, fuir ou bien se figer en alternance et la mémoire qui est souvent fragmentée (encodage perturbé) entre autres, notre patiente présente une perte de conscience qui la protège en principe au moins en partie car l'enregistrement du vécu est complètement perturbé.

On note aussi une dissociation qui est un facteur de gravité car il indique la haute intensité de la réponse émotionnelle de la mise en place des mécanismes dissociatifs de protection.

Madame C._____ se présente la première fois avec une symptomatologie caractéristique, d'un état de stress post-traumatique avec réminiscence du trauma, altération des émotions et/ou de l'humeur, évitement des situations et des pensées liées à l'accident, hypersensibilité et hyperactivité neurovégétative.

On note aussi des troubles cognitifs avec déficit de l'attention, altération des mécanismes psychologiques de défense, atteinte de l'identité personnelle, somatisation (existence d'un état de stress somatoforme) réduction des intérêts et repli sur elle-même.

- Toute cette symptomatologie s'est nettement chronicisée, faisant place à une modification durable de la personnalité, où la douleur chronique et l'état de stress post-traumatique se contaminent et se renforcent réciproquement par des mécanismes d'un cercle vicieux similaire et en partie commune.
- La douleur a des effets neurobiologiques moyens et psychologiques, on peut dire que c'est le facteur de maintien réciproque et peut-être aussi un facteur déclenchant des reviviscences et des réminiscences.

Il existerait une superposition du centre des émotions qui sont liées au conditionnement de la peur et de la douleur au niveau du système nerveux central. Elles génèrent naturellement un sentiment de menace et éventuellement le déclencheur des flash-backs. Elles focalisent les victimes sur leur perception sensitive et sensorielle (hypervigilance sensorielle) et elles produisent un évitement comportemental de mouvements ou d'activités.

Nous restons persuadés que la situation de notre patiente, malgré une prise en charge adéquate reste préoccupante et que le dommage causé par l'accident donne droit à une atteinte et que le pronostic reste défavorable avec une atteinte durable et définitive. »

Par courrier du 1^{er} juillet 2019 à T._____, l'assurée, se prévalant de ce rapport médical du 17 juin 2019, a contesté l'expertise du Dr A._____, exposant que celui-ci n'analysait nullement l'impact des douleurs chroniques auxquelles elle était sujette sur sa santé mentale, ni les épisodes de crise de douleurs aiguës qui entraînaient une décompensation psychique importante. Elle a sollicité que des questions complémentaires soient soumises à l'expert.

Le 15 juillet 2019, le Dr A._____ a répondu aux questions complémentaires de l'assurée comme suit :

« 1. Pour quels motifs l'expert exclut que les troubles présentés par Mme C._____ ont une composante psycho-organique ?

Il n'y a pas de troubles psycho-organiques dans le sens d'une atteinte organique du SNC.

En ce qui concerne une éventuelle comorbidité secondaire à la problématique algique j'ai évoqué un trouble dépressif et/ou de l'adaptation mais qui se trouvait en rémission.

2. Pour quels motifs l'expert attribue la chronicisation des troubles à un processus d'invalidation et non aux douleurs de Mme C. _____ ?

J'ai effectivement évoqué la probabilité d'un processus d'invalidation, car si je ne peux juger sans un appoint orthopédique une éventuelle discordance entre l'atteinte somatique et le handicap généré, par contre il y a des discordances sur le plan psychique (un subjectif qui contient passablement d'éléments de gravité, alors qu'objectivement l'impression est moindre). Par ailleurs sans aller jusqu'à l'extrême conclusion du Dr M. _____ qui évoque une sinistrose avec une revendication économique, il existe indéniablement des facteurs non-médicaux dans cette situation avec des enjeux professionnels et économiques majorés par la procédure en cours, sa durée (ce qui renforce l'expertisée dans son statut de malade/victime), mais aussi une sous-estimation de la part de Mme C. _____ de ses capacités réelles (si l'on tient compte par exemple de ses ressources qui sont conservées). Concernant la douleur désormais chronique son estimation reste subjective, elle a une composante psychologique autant que sociale (selon le modèle bio-psycho-social) et on note des aspects négatifs comme une concentration extrême sur celle-ci ou une kinésiophobie.

3. Pour quels motifs l'expert écarte l'avis du Dr W. _____ et arrive à la conclusion que Mme C. _____ est asymptomatique ?

Cet aspect est déjà largement explicité dans les conclusions de l'expertise, par ailleurs je n'ai pas dit que Mme C. _____ était « asymptotique » mais n'ai pas retenu de diagnostic selon la CIM. Concernant les conclusions du Dr W. _____ selon l'anamnèse recueillie auprès de l'expertisée le vécu traumatogène ne met pas en évidence de dissociation (ni pendant ni après). Il se pose la question de la gravité du traumatisme un aspect qui peut être traité déjà par la causalité adéquate. En tout cas Mme C. _____ ne verbalise pas de réaction psychologique intense post accident et les troubles psychiques sont d'apparition plus tardive.

Par ailleurs en ce qui concerne une modification durable de la personnalité après une traumatisation il ne s'agit pas d'une aggravation de la personnalité, cette modification n'est pas liée à une fragilité personnelle et cette atteinte est d'habitude liée à une intensité et chronicité du mécanisme traumatique (la CIM cite par exemple des cas de déportation, de camp de concentration, de torture, etc.), une gravité qui n'est pas présente ici. Par ailleurs la symptomatologie (assez clairement définie) se traduit par : une rigidité avec une moindre adaptabilité, une dégradation du contexte social-affectif et professionnel, un comportement particulier avec des attitudes hostiles ou de méfiance, un retrait social, un sentiment de vide ou de perte d'espoir, un détachement émotionnel, un état de qui-vive permanent avec l'impression de menace constante. Clairement ces éléments cliniques ne sont pas présents lors de l'examen, Mme C. _____ étant, par exemple, capable de se socialiser et elle a débuté une nouvelle relation affective après l'accident.

Je maintiens donc l'ensemble de mes conclusions contenues dans mon rapport d'expertise. »

A une date qui ne ressort pas du dossier, T._____ a eu connaissance de l'avis médical du 12 décembre 2019 du Dr Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), dont on extrait ce qui suit :

« Les douleurs de la jambe D [droite] sont présentes pratiquement depuis le post-opératoire immédiat et ont fait l'objet d'une hospitalisation pour le traitement dans le service de rhumatologie et réadaptation du P._____ en 2014, sans que l'on puisse arriver à une palliation satisfaisante. En page 19 de l'expertise de juillet 2016, nous lisons : *« d'autre part, l'évaluation orthopédique n'exclut pas des douleurs, dont l'origine n'est pas forcément déterminée, dans les suites d'une telle fracture complexe... »* Dans cette même expertise, l'attitude de l'assurée est décrite comme authentique et l'état algique récurrent a une influence sur les activités quotidiennes. Nous émettons l'hypothèse que les plaintes de l'assurée prennent partiellement ou intégralement leur origine d'une altération de la perception centrale de la douleur suite à l'accident de 2012, ce qui est compatible avec le diagnostic de SDCR (syndrome douloureux complexe régional), ancienne algodystrophie, entité nosologique qui expose à cette évolution.

Nous partageons la position des experts dans leur domaine de compétences, mais nous sommes vraisemblablement en présence d'une situation rare qui demande de considérer la douleur comme maladie avec toutes les difficultés inhérentes à son objectivation et quantification à des fins asséurologiques.

Pour cette raison, et afin de valider notre hypothèse formulée sur la base de notre ancienne expérience, nous proposons d'obtenir un avis neurologique ou antalgique auprès d'un centre universitaire ou reconnu par son excellence. »

Interpellé par T._____ quant à la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise comme préconisé par le SMR, le Dr L._____, médecin-conseil de l'assurance et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a indiqué, le 7 mars 2020, que le rapport d'expertise orthopédique du Dr H._____ du 29 mars 2018 et le rapport d'expertise psychiatrique du Dr A._____ du 25 mars 2019 étaient clairs et compréhensibles et qu'un nouvel avis neurologique ou antalgique ne lui paraissait pas utile, dans la mesure où il n'apporterait vraisemblablement pas d'élément nouveau.

Par décision du 3 août 2020, l'OAI, se fondant en particulier sur le dossier de T._____, a confirmé un projet de décision du 7 novembre 2016 et a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet

2014 au 31 mai 2016, soit trois mois après l'exigibilité médicale constatée. Il a retenu que, dès le 9 février 2016, bien qu'une totale incapacité de travail soit maintenue dans l'activité habituelle de coiffeuse exercée par l'intéressée, une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée, déplacements de courte durée, activité permettant de varier les positions au gré de l'intéressée, pas de manipulations de charges lourdes de plus de 7 kg). Il ressortait de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assurée ne subissait aucun préjudice économique dès le 9 février 2016, de sorte qu'elle n'avait pas droit à une rente ni à des mesures professionnelles à compter de cette date. L'assurée a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision (cause AI 295/20).

Par appréciation du 31 août 2020, le médecin-conseil de T._____, le Dr L._____ a estimé le taux d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité auquel pouvait prétendre la recourante à 15 %, soit 10 % pour les troubles liés aux fractures de la jambe droite et 5 % pour les troubles liés à l'allodynie, sur probable neuropathie cicatricielle de la branche superficielle du nerf fibulaire commun droit.

Par décision du 14 septembre 2020, T._____, se référant à la motivation de la décision de l'OAI et à l'appréciation médicale du Dr L._____, a interrompu le versement des indemnités journalières et des frais médicaux en faveur de l'assurée avec effet au 30 septembre 2020, aucun droit à une rente ne lui étant reconnu, et a octroyé à l'intéressée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

Par acte du 14 octobre 2020 complété le 30 novembre 2020, l'assurée, représentée par Me Isabelle Jaques, a formé opposition contre la décision précitée. Elle a fait valoir que son dossier n'avait pas été instruit correctement et que, compte tenu de ses atteintes, il était nécessaire d'obtenir un avis neurologique ou antalgique, comme l'avait d'ailleurs relevé le Dr Q._____ du SMR. Elle a conclu à ce qu'une expertise pluridisciplinaire avec volet neurologique soit mise en œuvre.

Dans un rapport du 18 novembre 2020, établi à la suite d'une consultation téléphonique avec l'assurée la veille, le Prof. X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin chef à P._____, a exposé ce qui suit :

« J'ai eu ce jour en consultation téléphonique la patiente susnommée pour lui donner les résultats de l'évaluation neurologique clinique et EMG réalisée par la Dre B._____, (E._____) le 5 novembre 2020. Cet examen n'a pas trouvé d'atteinte tronculaire au niveau du membre inférieur droit.

Compte tenu de la longue histoire de douleurs chroniques, avec CRPS post-traumatique, je pense que la participation centrale est prédominante et qu'elle devrait être prise en charge spécifiquement en service d'antalgie (au P._____, à Y._____ ou à I._____, par exemple). Dans des cas comme celui-là, le traitement doit associer anti-neuropathiques, techniques de relaxation/hypnose, désensibilisation en ergothérapie... Certains traitements (notamment intraveineux) ne sont prodigués que dans les services d'antalgie ».

Par décision sur opposition du 16 février 2021, T._____, a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 14 septembre 2020, estimant que les expertises au dossier étaient concordantes et qu'en conséquence, il n'était pas nécessaire d'instruire plus en détail la problématique neurologique.

B. Toujours représentée par Me Isabelle Jaques, C._____, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 18 mars 2021, concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comportant un volet neurologique/neuropsychosomatique. En substance, elle a fait valoir que T._____, n'avait pas instruit à satisfaction son dossier. Elle s'est prévalué également d'une violation de son droit d'être entendue.

Le même jour, la recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par réponse du 14 juin 2021, l'intimée, sous la plume de son avocat Me Michel D'Alessandri, a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 8 juillet 2021, respectivement duplique du 4 août 2021, les parties ont persisté dans les conclusions prises au pied de leurs écritures.

Le 14 juin 2022, la recourante a produit deux rapports médicaux établis lors d'une hospitalisation auprès du Service de rhumatologie du P. _____ du 21 mars au 1^{er} avril 2022 dans le cadre d'un programme multimodal de la douleur :

- Un rapport médical du 2 mai 2022 de la Dre O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique auprès de P. _____, posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), d'évolution chronique. Cette médecin a conclu qu'au vu de la sévérité et de la chronicité des symptômes, la capacité de travail de l'assurée était nulle.
- Un rapport du 25 avril 2022 du Prof. U. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale et chef du Service de rhumatologie P. _____, lequel a retenu les diagnostics de gonalgie chronique au genou droit, de chondropathie grade II de la crête patellaire et de syndrome douloureux chronique secondaire. Il a par ailleurs relevé des évidences cliniques pour une neuropathie à petites fibres autour du genou affecté. Il a conclu ainsi : « La patiente est physiquement limitée par les gonalgies qui sont déclenchées par la position debout, à la marche et au port de poids. En plus, elle ne supporte pas de postures statiques prolongées, même assise. Dans ce contexte la reprise de son métier original (la patiente est coiffeuse) est impossible. Une reconversion lui a été niée par l'AI dans le passé. Le trouble cognitif, en lien avec le trouble du sommeil et le syndrome douloureux chronique, représente une autre difficulté. Nous évaluons que la patiente pourrait travailler à un taux d'environ 50 %, une fois que ces limites seront respectées. »

T._____ s'est déterminée sur ces nouveaux rapports médicaux le 17 juin 2022. Elle a estimé que ceux-ci ne faisaient pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre des quatre expertises qu'elle a mises en œuvre et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. En conséquence, elle a persisté dans ses conclusions.

Le 23 juin 2022, la recourante a produit un rapport médical du 14 juin 2023 de P._____ qui posait les diagnostics de douleurs chroniques secondaires post-traumatiques, de douleurs chroniques neuropathiques périphériques et de douleurs chroniques musculosquelettiques. Il ressort de ce rapport que les traitements médicamenteux étaient sans effet et que la recourante avait bénéficié de blocs sous ultrason à but diagnostique de la branche infrapatellaire du nerf saphène ainsi que des rameaux géniculés du genou droit qui s'étaient avérés négatifs, de sorte qu'il avait été mis un terme au suivi auprès de P._____.

Le 8 août 2023, T._____ s'est déterminée sur cette nouvelle pièce, indiquant en substance que celle-ci n'était pas à même de lui faire revoir sa position.

Le 13 octobre 2023, la recourante a produit un rapport médical établi le 9 octobre 2023 par le Dr BR._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenant le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe et relevant que les facteurs psychosomatiques (catastrophisme, kinésiophobie et alexithymie) et les changements de personnalité jouaient un rôle crucial dans la manifestation et le maintien de la douleur chronique observés chez les patients atteints d'un tel trouble. Ce médecin sollicitait en outre qu'une expertise soit ordonnée selon une approche holistique.

Par courrier du 19 octobre 2023, T._____ a nié toute valeur probante à ce nouveau rapport médical.

Par arrêt du 23 mai 2024 (AI 295/20 - 156/2024), la Cour de céans a admis le recours formé par l'assurée à l'encontre de la décision de l'OAI du 3 août 2020, annulé cette décision et renvoyé la cause à cette autorité afin qu'elle mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire de la recourante, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par cette dernière depuis décembre 2012, y compris d'un point de vue neurologique, voire neuropsychiatrique, afin d'avoir une appréciation médicale globale de l'évolution de son état de santé. Cet arrêt n'a pas été contesté et est entré en force.

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-accidents (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 ; BLV 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 prestations d'assurance de la part de l'intimée au-delà du 30 septembre 2020.

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident du 17 décembre 2012 est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance pour cet événement est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016

4388] ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. a) Dans un grief de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimée n'aurait pas instruit son dossier à satisfaction en refusant de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comportant un volet neurologique/neuropsychosomatique et un volet psychiatrique.

b) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

c) En l'occurrence, le moyen soulevé par la recourante s'agissant de l'instruction insuffisante du dossier se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPG) et doit être examiné avec le fond du litige. A toutes fins utiles, on relèvera à ce stade que l'on ne discerne quoi qu'il en soit pas de violation du droit d'être entendu. La recourante a notamment pu se déterminer sur l'ensemble des avis médicaux au dossier et faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une

hypothétique violation de son droit d'être entendue devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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). 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 ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

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

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 147 V 207 consid. 5.2.2 et les références).

e) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.1 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références) :

- 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.) ;
- c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9

novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

7. a) En l'espèce, l'intimée a retenu que la capacité de travail de la recourante, du point de vue orthopédique, était entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée, déplacements de courte durée, activité permettant de varier les positions au gré de l'intéressée, pas de manipulations de charges lourdes de plus de 7 kg). Elle a également retenu une capacité de travail entière, d'un point de vue psychiatrique, relevant que, même si la recourante avait présenté des troubles psychiques à la suite de son accident, le lien de causalité adéquate devait être nié au vu des conditions posées par la jurisprudence. Pour arriver à ces conclusions, T. _____ s'est fondée notamment sur le rapport d'expertise bidisciplinaire psychiatrique et orthopédique des Drs J. _____ et N. _____ de R. _____ du 15 juillet 2016, sur le rapport d'expertise orthopédique du Dr H. _____ du 29 mars 2018, sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr A. _____ du 25 mars 2019, complété le 15 juillet 2019, ainsi que sur les avis médicaux du Dr L. _____ des 7 mars et 31 août 2020.

b) Force est de constater que l'intimée a statué sur la base d'un dossier lacunaire.

Il est constant que la recourante a été victime d'un accident de la route le 17 décembre 2012 qui lui a notamment causé une fracture de la jambe droite classification AO42-A2 et une fracture du tibia proximal droit type Schatzker II, blessures qui ont nécessité une intervention chirurgicale en date du 26 décembre 2012. A la suite de cet accident, la recourante n'a cessé de ressentir des douleurs à la jambe droite, dont le caractère neurologique a été mis en évidence dans de nombreux rapports médicaux au dossier. En 2013 déjà, la Dre K. _____ posait le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe de la jambe droite

(rapport médical du 28 octobre 2013), qu'elle a confirmé le 11 décembre 2014. Le Dr F. _____ a posé le même diagnostic en février et mars 2014 (rapports médicaux des 18 février et 7 mars 2014). Le 15 septembre 2015, la Dre K. _____ a, à nouveau, relevé que les douleurs étaient de type neuropathique avec dysesthésies au toucher. Dans son rapport d'expertise du 29 mars 2018, le Dr H. _____ a, quant à lui, observé que l'assurée souffrait d'un probable syndrome douloureux régional complexe des suites de sa fracture, ainsi que d'allodynie sur probable neuropathie cicatricielle de branches sensitives du nerf fibulaire commun, lequel devait être précisé par un examen neurologique avec électro-neuro-myographie. Le 21 janvier 2019, le Dr S. _____ a également retenu que la recourante présentait un syndrome douloureux complexe post-traumatique, relevant en outre que les infiltrations diagnostiques/thérapeutiques étaient négatives, en ce sens qu'elles n'avaient pas conduit à une amélioration des douleurs, bien qu'une composante neurogénique de la douleur restât probable. Enfin, le Dr Q. _____, dans son avis médical du 12 décembre 2019, a retenu que les plaintes de la recourante prenaient partiellement ou intégralement leur origine dans une altération de la perception centrale de la douleur à la suite de l'accident de 2012, ce qui était compatible avec le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe. Il a précisé qu'il partageait la position des experts dans leurs domaines de compétences, mais qu'il s'agissait vraisemblablement d'une situation rare qui demandait de considérer la douleur comme une maladie avec toutes les difficultés inhérentes à son objectivation et sa quantification à des fins asséculo-logiques, raison pour laquelle il préconisait d'obtenir un avis neurologique ou antalgique auprès d'un centre universitaire ou reconnu pour son excellence.

La composante neurologique des douleurs ressenties par la recourante a été ainsi envisagée dans de nombreux avis médicaux au dossier, dont le Dr Q. _____ du SMR, sans pour autant avoir été investiguée correctement. Certes, dans son rapport médical du 18 novembre 2020, le Prof. X. _____, qui retient par ailleurs un CRPS post-traumatique, mentionne qu'une évaluation neurologique clinique et un EMG ont été réalisés par la Dre B. _____, examens qui n'ont pas trouvé

d'atteinte tronculaire au niveau du membre inférieur droit. Cependant, les résultats des examens de la Dre B. _____ ne figurent pas au dossier. Le seul rapport du Prof. X. _____, qui tient sur quelques lignes, ne saurait être considéré comme étant suffisant pour établir l'absence d'atteintes neurologiques de la recourante.

En l'état du dossier et malgré les trois expertises médicales déjà sollicitées, l'intimée ne disposait donc pas des informations nécessaires pour évaluer les atteintes à la santé dont souffrait la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n° 17 et 29 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit

renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimée, pour instruction complémentaire, afin qu'elle instruisse le dossier sous l'angle neurologique. Dans ce contexte, il lui incombera de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire de la recourante, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par cette dernière depuis décembre 2012 en lien avec l'événement accidentel, y compris d'un point de vue neurologique, voire neuropsychiatrique et antalgique, afin d'avoir une appréciation médicale globale de l'évolution de l'état de santé de la recourante tenant compte des aspects qui doivent faire l'objet d'une instruction complémentaire. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimée de déterminer les prestations auxquelles la recourante a droit, après avoir examiné si les éventuels affections psychiques ou syndrome douloureux régional complexe retenus par les experts répondent aux critères jurisprudentiels pour admettre un lien de causalité avec l'accident de décembre 2012.

9. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition du 16 février 2021 de T. _____ annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen, la liste des opérations déposée le 17

avril 2024 par Me Jaques ne peut pas être suivie. En effet, le montant total réclamé est supérieur de plusieurs centaines de francs à celui ressortant de la note d'honoraires produite dans le dossier AI 295/20. Pourtant, le présent recours a été déposé postérieurement à l'introduction de la procédure AI et reprend en grande partie le contenu des écritures précédemment déposées. Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'800 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) Au vu de ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire déposée le 18 mars 2021 par la recourante est sans objet.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 février 2021 par T._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** T._____ versera à C._____ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs), à titre de dépens.
- V.** La demande d'assistance judiciaire est sans objet.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour la recourante),
- Me Michel D'Alessandri (pour l'intimée),
- 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 :