

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mars 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Gutmann, juge assesseur
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne,

et

A._____**SA**, à [...], intimée.

Art. 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1LAA; art. 3 et 36 OLAA

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1954, infirmière, mariée et mère de deux enfants nés en 1989 et 1991, a travaillé en qualité d'infirmière auprès de l'institution [...] à [...] depuis le 4 juin 2001, au taux de 40% à 50% pour un salaire mensuel de 2'185 fr., treizième salaire en sus. A ce titre, elle était assurée auprès d'A. _____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration de sinistre du 19 juillet 2002, l'employeur de l'assurée a annoncé que le 16 juillet 2002, en se promenant sur un sentier avec son mari et ses enfants, cette dernière avait posé le pied sur une pierre branlante et avait chuté d'une hauteur de septante-cinq mètres dans le vide. Elle souffrait de multiples fractures et traumatismes aux jambes, à la tête et au dos.

Dans un rapport de transfert en soins intensifs (*Trasferimento cure intense*) du 18 juillet 2002, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie et en médecine intensive (qui a dans l'intervalle acquis la spécialisation en chirurgie thoracique) et le Dr [...], médecin assistant, tous deux de l'Hôpital de [...], ont posé les diagnostics d'hématome épidural pariétal droit, de fracture de l'os pariétal droit et de l'arcade zygomatique droite, de multiples blessures par lacération du scalp, de suspicion de fracture de la troisième côte droite, de fracture-impression du plateau tibial gauche avec fracture spiroïde du tibia gauche, de fracture de la malléole latérale droite, de fracture-impression de la septième vertèbre thoracique et de perte des deux incisives supérieures. Le jour même, l'assurée a été transférée par [...] aux soins intensifs de l'hôpital de [...], où elle a séjourné jusqu'au 19 juillet 2002, avant d'être transférée au [...]. A l'arrivée de [...], la patiente était consciente et avait un Glasgow de 13.

L'assurance a pris le cas en charge.

Le 24 juillet 2002, l'assurée a subi une réduction sanglante et une ostéosynthèse de la malléole externe droite et du tibia proximal gauche au [...].

Il ressort des déclarations de l'assurée consignées dans un rapport de la gendarmerie vaudoise du 2 septembre 2002 qu'elle a glissé et est tombée. Lors de cette chute, elle a heurté avec la face, notamment avec les dents, une pierre et dès cet instant a perdu connaissance. Elle a dévalé une pente abrupte sur quelque septante mètres et est demeurée plusieurs jours inconsciente.

Dans un rapport du 17 septembre 2002, le Dr L. _____, entre-temps devenu spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état de fracture complexe du tibia proximal gauche, de fracture du tibia proximal droite, de la cheville droite, du cinquième métatarsien droite et de TCC (réd. : traumatisme cranio-cérébral), avec une évolution lentement favorable étant donné les multiples fractures et leur complexité. La patiente était toujours hospitalisée.

L'assurée a été hospitalisée du 24 octobre 2002 au 20 février 2003 à l'Hôpital [...]. Le 25 octobre 2002, elle a subi une prise de greffe à la crête iliaque, une décortication de la greffe et une ostéosynthèse du tibia gauche. Elle a en outre subi une nouvelle intervention le 12 décembre 2002 (ostéotomie tibiale proximale droite, réduction du plateau tibial interne, ostéosynthèse du plateau tibial interne droit et greffe cortico-spongieuse autologue prélevée au niveau de la crête iliaque droite ostéosynthésée par une plaque 1/3 tubulaire).

Dans un rapport du 2 juin 2003, le Dr L. _____ a fait état d'une évolution favorable au dernier contrôle du 28 mai 2003, précisant toutefois qu'il y aurait probablement recours à des traitements

supplémentaires malgré l'ablation du matériel d'ostéosynthèse telle que la correction de troubles dégénératifs au niveau des genoux.

Le 11 septembre 2003, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse M._____, spécialiste en médecine interne générale, ont transmis au médecin-conseil de l'assurance un rapport, dans lequel ils ont exposé que l'assurée avait commencé à souffrir de symptômes dépressifs au début de l'année 2003 et qu'elle bénéficiait d'un suivi ambulatoire, alors qu'elle ne souffrait pas d'une affection psychiatrique immédiatement avant l'événement du 16 juillet 2002. Ces médecins ont retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21).

Le Dr L._____ a établi un nouveau rapport le 28 octobre 2003, faisant état d'une évolution relativement favorable dans la mesure où la patiente marchait en charge sans moyen auxiliaire, conservant toutefois des douleurs de type mécanique. Il a exposé qu'un dommage permanent était à craindre sous la forme de troubles dégénératifs aux deux genoux.

Le 19 novembre 2003, l'assurée a eu un entretien téléphonique avec une employée de l'assurance, au cours duquel elle a indiqué avoir repris le travail à 10%.

Dans un rapport du 27 janvier 2004, le Dr L._____ a mentionné une reprise du travail à 10% dès le 1^{er} novembre 2003.

A la demande de l'assurance, une expertise a été mise en œuvre le 31 mars 2004 auprès du [...], par le Dr P._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) pour l'aspect orthopédique et par le Dr Z._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) pour l'aspect psychiatrique. Dans leur rapport du 21 mai 2004, ces praticiens ont retenu les diagnostics de fracture du crâne, os pariétal droit, avec anosmie et agueusie résiduelle, de cicatrice labiale à gauche, de fracture/tassement de D7 consolidée, de fracture du tibia

proximal à droite, greffée et ostéosynthésée, matériel en place, de fracture du tibia proximal gauche et de la diaphyse, status post pseudarthrose, infection staphylococcique, consolidée, matériel en place, de fracture Weber C de la cheville droite, consolidée, matériel en place, et de fracture du cinquième métatarsien droit, consolidée. Ils ont estimé que la capacité de travail actuelle de l'assurée était de 20% avec un rendement de 100%, et qu'une reprise au plan orthopédique pouvait être envisagée à 50%, avec un rendement de 50%. Dans l'activité d'infirmière, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges (soulever et déplacer les patients), activité assise ou debout prolongée, déplacements importants, travail prolongé. Les médecins ont déclaré ne pas pouvoir déterminer quelle autre activité exigible conviendrait à l'assurée. L'état n'était pas stabilisé au plan orthopédique et il était trop tôt pour se prononcer sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Les lésions de la jambe et du genou droit allaient vraisemblablement évoluer favorablement dans un premier temps, mais ensuite leur dégradation avec évolution vers une gonarthrose était également probable. Une évolution vers l'arthrose était également possible pour la cheville et le genou gauche. Au plan psychique, les médecins du [...] ont retenu un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, en lien de causalité naturelle avec l'accident. La situation au plan psychique n'était pas non plus stabilisée et devrait l'être dans une année au plus.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse des trois sites a été effectuée le 2 novembre 2004.

Le 2 mars 2005, le Dr L._____ a indiqué une évolution relativement favorable après AMO (réd.: ablation du matériel d'ostéosynthèse), relevant toutefois qu'un dommage permanent sous forme de troubles dégénératifs était à craindre. Il a relevé que l'assurée avait repris le travail à 20% le 29 décembre 2004.

Un inspecteur de sinistre de l'assurance a rendu un rapport le 18 mars 2005, exposant que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait perçu en 2005, à 100%, un revenu de 6'016 fr. par mois. Avant l'accident

de 2002, elle travaillait entre 40% et 50%. Lors de l'inspection effectuée au mois de mars 2005, elle travaillait à 20%, la tentative d'une reprise à 30% n'ayant pas été concluante.

Répondant à l'interpellation de l'assurance par courrier du 10 mai 2005, le Dr P. _____ a précisé que par "reprise d'activité à 50% avec un rendement de 50%", il entendait une activité à 25%.

Un examen neuropsychologique de l'assurée a été effectué le 27 mai 2005 à [...]. Selon le rapport du même jour, l'assurée présentait un fléchissement modéré de la mémoire de travail et un fléchissement discret de l'accès lexical, observé cliniquement, plus marqué en français que dans la langue maternelle (réd. : savoir l'allemand). Ce tableau était celui d'une atteinte cognitive légère, compatible avec des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral. Du point de vue strictement cognitif, la capacité de travail était préservée.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 6 octobre 2005 avec l'assurance, l'employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière avait repris le travail à 40% dès le 1^{er} septembre 2005.

Dans un rapport du 24 novembre 2005, le Dr G. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a posé les diagnostics de vertige positionnel paroxystique bénin sur canalolithiase du canal postérieur gauche et de status après polytraumatisme avec TCC le 16 juillet 2002. Selon lui, il s'agissait d'une forme post-traumatique récidivante avec une symptomatologie inaugurale dans les suites immédiates de l'accident.

Répondant à la demande de l'assurance dans un rapport du 1^{er} mai 2006, le Dr G. _____ a constaté que les symptômes avaient disparu et qu'un examen clinique pratiqué le 29 novembre 2005 avait été normal.

Dans un rapport du 30 janvier 2007, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée,

a relevé que celle-ci avait été engagée à 40% dès le 1^{er} septembre 2005 et qu'elle venait en consultation tous les six mois.

Répondant le 31 janvier 2007 à l'interpellation du médecin-conseil de l'assurance, le Dr L._____ a exposé qu'il n'avait plus revue la patiente depuis le 2 mars 2005, mais qu'il procéderait à sa convocation. Dans un rapport du 12 février 2007, il a indiqué que le cas était stabilisé, relevant que l'assurée présentait des troubles dégénératifs au niveau des deux genoux qui progresseraient probablement, ainsi qu'une cyphose dorsale liée au tassement de la vertèbre fracturée. Il n'a toutefois pas exclu que l'assurée présente épisodiquement des douleurs de type mécanique liées soit à la météo, soit aux efforts.

Dans une note du 5 mars 2007, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a estimé que le traitement était stabilisé et qu'une IPAI de 30% (10% pour chaque genou; 10% pour le rachis) pouvait être fixée.

Le 13 juin 2007, l'assurée a rencontré un inspecteur de sinistres de l'assurance. Dans le rapport du même jour, ce dernier a relevé qu'elle avait repris une activité à 40% au 1^{er} septembre 2005 et réalisait à ce titre un salaire mensuel de 2'400 fr. versé treize fois par an. Elle avait par la suite démissionné "pour des motifs qui lui sont propres". Selon l'inspecteur, il n'existait plus d'incapacité de travail à compter du 1^{er} septembre 2005 et il était possible de procéder au versement d'une IPAI de 30%.

Par décision du 26 juin 2007, l'assurance a arrêté le taux de l'IPAI de l'assurée à 30% (d'un montant maximal de 106'800 fr.), savoir 32'040 francs. Elle a en outre suspendu sa prise en charge des frais de traitement dès le jour de la décision et constaté qu'il n'existait pas de droit à une rente d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA (réd. : loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20).

L'assurée s'est opposée à cette décision le 25 juillet 2007. Le 15 août 2007, désormais assistée par son conseil, elle a précisé ses conclusions en ce sens qu'une IPAI d'un taux supérieur à 30% lui soit versée, que les frais de traitement continuent d'être pris en charge et qu'une rente d'invalidité lui soit versée. Elle a motivé son opposition le 21 septembre 2007.

Dans un rapport du 22 novembre 2007, le Dr J._____ a relevé que sur le plan psychiatrique, l'expertise faisait état d'un trouble dépressif mineur en principe normalisé un an plus tard, le médecin traitant de l'assurée ne parlant au demeurant pas de problème à ce niveau. Sur le plan ORL, le traitement était terminé et au plan orthopédique, il restait le problème des deux genoux fracturés, sans nécessité de traitement régulier pour le moment, la physiothérapie d'entretien pouvant se justifier, ainsi que les AINS (réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou les antalgiques.

Par décision sur opposition du 13 février 2008, l'assurance a déclaré rejeter l'opposition de l'assurée (dispositif ch. 1), mais a reconnu son droit à une physiothérapie d'entretien pour ses troubles au genou à raison d'une à deux fois neuf séances par an, ainsi qu'à la prescription d'AINS et/ou antalgiques (ch. 2). Elle s'est référée aux conclusions de l'expertise du [...] du 31 mars 2004, qu'elle a jugée probante, ainsi qu'à divers rapports médicaux (Dr G._____ des 24 novembre 2005 et 1^{er} mai 2006; Dr D._____ du 30 janvier 2007; Dr L._____ du 12 janvier 2008) et aux notes du Dr J._____ des 5 mars et 22 novembre 2007. L'assurance a estimé qu'à la date de la décision litigieuse, l'état de santé de l'assurée était stabilisé et que l'intéressée ne présentait plus d'atteinte au plan psychique sinon un trouble dépressif mineur devant se normaliser. Quant à la rente, elle a estimé que l'assurée ne pouvait y prétendre en l'absence de perte de gain dans la mesure où, le 13 juin 2007, elle avait déclaré à l'inspecteur avoir travaillé à 40% dès le 1^{er} septembre 2005 - soit le taux réalisé avant l'accident de juillet 2002 - et avoir démissionné pour des raisons personnelles. L'assurance a enfin rejeté la requête de nouvelle expertise présentée par l'assurée dans son opposition, relevant

qu'une expertise figurait déjà au dossier et que celui-ci était bien documenté au plan médical.

B. Par acte du 29 février 2008, V._____, toujours représentée par l'avocat Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (désormais : la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal), concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 75% au moins et à une IPAI plus élevée (réd. : que 30%). Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer l'ensemble de ses atteintes. En substance, la recourante s'est plainte d'un défaut d'instruction de son dossier, en déplorant que les experts du [...] n'aient pas entrepris d'examen neuropsychologique alors qu'ils avaient mentionné au plan psychique une fatigabilité importante et anormale et des troubles de la concentration et de la mémoire. Elle a par ailleurs relevé avoir tenté de reprendre le travail au taux de 40% qui était le sien au moment de l'accident, en vain, si bien qu'elle avait dû cesser toute activité au mois de mai 2007. Elle s'est en outre prévalu du fait que les experts du [...] avaient retenu que sa capacité de travail était de 20% et qu'elle ne pourrait dépasser 25%, avec d'importantes limitations fonctionnelles dans son activité habituelle d'infirmière, qu'elle estimait ne plus être adaptée.

Répondant le 2 avril 2008, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a constaté que l'état de santé de la recourante était stabilisé lorsque la décision contestée avait été rendue, reprenant pour le surplus l'argumentation de sa décision sur opposition. Elle a en outre soutenu qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, dès lors qu'il en figurait déjà une au dossier.

Dans leurs écritures ultérieures, la recourante (les 8 avril et 6 mai 2008) et l'intimée (le 28 avril 2008) ont maintenu leurs positions respectives.

C. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a produit son dossier relatif à la recourante.

La recourante s'est déterminée à ce sujet le 11 août 2008, relevant que le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) lui avait reconnu une incapacité de travail totale dans son activité d'infirmière, respectivement de 50% dans une activité adaptée. Par ailleurs, il ressortait d'un rapport d'enquête économique du 26 juin 2008 qu'elle avait dû résilier son contrat de travail à la fin du mois de mai 2007 en raison de l'impossibilité d'assumer cette activité.

Le 8 octobre 2008, l'intimée a déclaré ne pas avoir de remarques particulières à formuler sur le dossier de l'OAI, sinon qu'une mesure d'orientation professionnelle était en cours, laquelle pourrait confirmer la pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

Le 15 janvier 2010, la recourante a exposé qu'elle avait commencé un stage à 50% comme secrétaire au début du mois de novembre 2009, mais qu'elle avait dû l'interrompre après quelques semaines car cette activité était trop exigeante. Elle a une nouvelle fois sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

D. Le 1^{er} juin 2010, le juge instructeur a confié une expertise médicale pluridisciplinaire au S._____, les personnes en charge de l'expertise étant les Drs R._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), H._____ (spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale), Q._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) ainsi que C._____, psychologue et neuropsychologue.

Par jugement du 19 novembre 2010, la Cour de céans a rejeté la requête de la recourante tendant à la récusation de la Dresse R._____. Cette décision a été confirmée en dernière instance par le Tribunal fédéral (TF 8C_1058/2010 du 1^{er} juin 2011).

La recourante a fait l'objet d'examens rhumatologique et psychiatrique (tous deux le 4 novembre 2010), orthopédique (le 5 novembre 2010), neuropsychologique (le 15 novembre 2010) et neurologique (le 25 novembre 2010), un rendez-vous de contrôle ayant eu lieu le 26 janvier 2011. Les experts du S._____ ont rendu leur rapport le 4 avril 2011, posant les diagnostics suivants :

- " • Pangonarthrose bilatérale post-traumatique (M 17.2).
- Arthrose modérée de la cheville D (M 19.1).
- Angulation cyphotique dorsale post-fracturaire de D7 (M 40.2).
- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41).
- Status après ostéosynthèse du tibia proximal G par plaque d'appui externe le 24.07.2002 pour fracture métaphysaire complexe intra-articulaire du tibia proximal G,(S 82.1).
- Status après ostéosynthèse de la malléole externe D le 24.07.2002 pour fracture Weber B de la cheville D, (Z 96.7).
- Status après fracture du plateau tibial interne D traité conservativement, (S 82.1).
- Status après fracture du corps vertébral de D7 traitée conservativement, (S 22.1).
- Status après fracture du métatarsien D, (S 92.3).
- Status après fracture de l'arcade zygomatique D, fractures dentaires et alvéolaires multiples, (S 02.9).
- Status après fracture de l'os pariétal et hématome épidural, (S 02.9).
- Status après décortication greffe prélevée à la crête iliaque et ostéosynthèse du tibia G pour pseudarthrose post-première ostéosynthèse le 25.10.2002 et ostéomyélite à Staphylocoque doré (M 86.9).
- Status après ostéotomie tibiale proximale D, réduction du plateau tibial interne, ostéosynthèse du plateau tibial interne D et greffe cortico-spongieuse autologue prélevée au niveau de la crête iliaque D ostéosynthésée par une plaque 1/3 tubulaire le 12.12.2002. (Z 94.6)."

Sous la rubrique "Appréciation et discussion consensuelle", les experts du S._____ ont relevé ce qui suit :

"L'ensemble des experts reconnaît que V._____ ne peut plus travailler comme infirmière sauf à titre occupationnel pour des raisons d'ordre somatique. L'accident a provoqué des limitations dans la tenue de son ménage à la hauteur de 20% pour les mêmes raisons.

Comme secrétaire médicale, la CT (réd. : capacité de travail) est limitée à 50% en intégrant les atteintes somatiques et psychiatriques.

Comme aumônière d'EMS ou d'Hôpital en tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques, la CT nous paraît également

de 50% car cela nécessite des déplacements réguliers. Au plan de la gestion du stress, il nous apparaît que cela serait plus adapté à la personnalité de V._____ que l'activité de secrétaire médicale, la co-morbidité psychiatrique étant moins importante dans cette activité que dans celle de secrétaire médicale (elle serait de l'ordre de 10% à elle seule). Nous l'intégrons dans les limitations somatiques."

Les experts du S._____ ont en outre notamment relevé que la recourante déclarait rechercher une activité à 50%, du fait qu'elle était moins rapide et qu'il lui fallait plus de temps pour s'organiser. Selon eux, elle avait travaillé en dessus de ses forces entre les années 2005 et 2007 et n'avait été guère entendue par son employeur. Une reconnaissance de son arrêt de travail au plan médical dès ce moment-là leur paraissait justifiée. Ils ont ainsi observé qu'au plan somatique, l'incapacité de travail était totale jusqu'au mois de septembre 2005, où l'activité d'infirmière sur un 100% théorique n'était plus exigible qu'à titre de "reprise thérapeutique" et "occupationnelle". Comme la recourante ne l'exerçait qu'à 40%, son médecin traitant avait estimé que cela restait exigible mais l'évolution avait montré que cela était en dessus des forces de l'expertisée. Une réadaptation était exigible dès septembre 2005, à 50%. Les experts ont encore relevé que l'état de santé de l'assurée était stabilisé aux plans somatique, neurologique et neuropsychologique, mais pas psychique. L'IPAI était évaluée à 52,2%. Répondant aux questions de la recourante, les experts ont expliqué que l'activité d'infirmière n'était plus exigible compte tenu des séquelles affectant l'appareil locomoteur. Toutefois, ils ont indiqué que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 80% sans baisse de rendement, en observant néanmoins qu'au vu d'une baisse des capacités d'adaptation et du vieillissement de l'assurée, il paraissait peu probable que la capacité de travail puisse être augmentée ces prochaines années.

Se déterminant 21 juin 2011 sur l'expertise du S._____, l'intimée a exposé que l'on ne pouvait pas définir, sur la base des conclusions de l'expertise, le taux de capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée dès le mois de septembre 2005.

Le 1^{er} juillet 2011, la recourante a de côté relevé que le taux d'IPAI retenu était insuffisant à ses yeux, dans la mesure où il ne tenait pas compte des atteintes psychiatriques et psychiques. Elle a ajouté que la capacité de travail devait être précisée, dès lors que les experts semblaient reconnaître une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (cf. rapport d'expertise p. 70), mais mentionnaient également une capacité de travail de 80% sans baisse de rendement (cf. p. 75).

Interpellés une nouvelle fois par le juge instructeur, les experts du S. _____ ont produit un complément d'expertise le 16 février 2012, dans lequel ils ont répondu comme suit aux questions posées :

"I. Capacité de travail dans une activité adaptée

1. Sur le plan somatique

a) Quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante dues à l'accident?

Réponse de l'expert :

1) Pour les membres inférieurs:

Eviter les déplacements, les sols instables, les escaliers, les échelles ou tout accident de terrain. Il faut éviter le travail à genou ou accroupi. C'est une activité principalement sédentaire qui nous paraît indiquée. Il faut également éviter le port de charge dans les déplacements.

2) Pour le dos:

Travail léger sans port de charge avec possibilité d'alterner les positions. Cette dernière limitation est partiellement contradictoire avec celle donnée pour les membres inférieurs.

b) Quels sont sur le plan médical des types d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles?

Réponse de l'expert :

Une activité légère, principalement sédentaire. Mme envisageait notamment l'accompagnement de personnes en fin de vie, sur le plan psychologique et religieux; ce type d'activité nous paraît adapté.

c) Quelle est la capacité de travail de la recourante dans les types d'activités indiqués sous lettre b), à quel taux, pour quels motifs et depuis quand ?

Réponse de l'expert :

La capacité de travail dans une activité adaptée est évaluée à 50% depuis la fin de l'année 2007 selon les éléments qui nous sont connus de la part du médecin traitant (cf. p. 62 de l'expertise).

- d) Quelles sont les limitations professionnelles de la recourante en fonction des activités admises sous lettre b) ?

Réponse de l'expert :

En l'absence de DPT (réd. : description du poste de travail) précis ou d'un rapport d'un éventuel employeur, nous ne pouvons répondre à cette question.

2. Sur le plan psychiatrique

- a) Quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante dues à l'accident ?

Réponse de l'expert :

Une diminution des capacités adaptatives (également dues au vieillissement), une vulnérabilité au stress, une exacerbation de la fatigabilité, un abaissement de la thymie et du seuil anxiogène.

- b) Quels sont sur le plan médical les types d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles ?

Réponse de l'expert :

Toutes les activités compatibles avec les compétences de Madame (aumônière dans un EMS ou un hôpital), respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus.

- c) Quelle est la capacité de travail de la recourante dans les types d'activités indiqués sous lettre b), à quel taux, pour quels motifs et depuis quand ?

Réponse de l'expert :

Depuis l'accident du 16.07.2002, uniquement sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est de 80%, sans diminution de rendement, dans les activités indiquées ci-dessus.

- d) Quelles sont les limitations professionnelles de la recourante en fonction des activités admises sous lettre b) ?

Réponse de l'expert :

Les limitations fonctionnelles, quelles que soient les activités, sont une diminution des capacités adaptatives (également dues au vieillissement), une vulnérabilité au stress, une exacerbation de la fatigabilité, un abaissement de la thymie et du seuil anxiogène.

De manière consensuelle un travail adapté est exigible à 50% au plus pour raisons somatiques (comprenant des limitations fonctionnelles partiellement contradictoires) et psychiatriques incluses (le 20% d'IT [réd. : incapacité de travail] permanent psychiatrique s'incluant dans la plus grande IT somatique en terme de pondération).

II. Atteinte à l'intégrité

1. Sur le plan somatique

- a) Quel est le taux de l'atteinte à l'intégrité sur le plan somatique ?

Réponse de l'expert :

Cf. p. 74 de l'expertise. L'IPAI global retenu pour l'ensemble des atteintes somatiques se situe à 52,5% lors de la discussion consensuelle des experts rhumatologue, psychiatre, neurologue et orthopédiste.

- b) Les experts sont invités à préciser les motifs pour lesquels, s'agissant des genoux, ils font référence à la table no 2 SUVA (réd. : Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents; ci-après ég. : la CNA) et non à la table no 5 ?

Réponse de l'expert :

Les experts font également référence à la table 5 (paragraphe IPAI genou p. 73) lorsqu'ils évoquent qu'il s'agit d'une pangonarthrose.

2. Sur le plan psychique

- a) Quel est le taux de l'atteinte à l'intégrité ?

Réponse de l'expert :

Selon la table 19 de la SUVA, le trouble psychique correspond à un trouble psychique léger, soit à une atteinte à l'intégrité de 20%. Cette atteinte à l'intégrité est incluse dans l'IPAI totale de 52.5%"

Dans des déterminations sur le complément d'expertise du 7 mars 2012, l'intimée a retranscrit une note établie le 2 mars 2012 par son médecin-conseil, le Dr J._____. Ce dernier y relevait que les experts devaient précisément se prononcer sur les questions posées, ce qu'ils n'avaient pas fait, et qu'à ses yeux, l'activité d'aumônière dans un EMS ou un hôpital devrait avoir un rendement supérieur à 50% s'agissant d'une activité essentiellement d'écoute. Il notait encore que le vieillissement pris en compte au niveau psychique pour arrêter la capacité de travail était sans lien avec l'accident. Pour le Dr J._____, l'incapacité de travail de 50% finalement retenue reposait sur une seule activité professionnelle (aumônière), citée en exemple sur les dires de la patiente. On pouvait ainsi raisonnablement penser que d'autres possibilités professionnelles étaient envisageables avec peut-être un meilleur rendement. L'intimée en a déduit que l'expertise n'était pas probante mais a accepté "par gain de paix", le taux d'IPAI de 52,5% reconnu par les experts.

La recourante s'est quant à elle déterminée le 23 mars 2012, expliquant que la capacité de travail de 50% retenue par les experts était

irréaliste et ne tenait pas compte de son état de santé, dans la mesure où ses tentatives de reprise d'une activité professionnelle adaptée s'étaient soldées par un échec en raison de ses lésions neuropsychologiques qui l'empêchaient de s'intégrer dans un milieu professionnel. Elle s'est référée à un rapport de l'OAI du 1^{er} octobre 2010, selon lequel elle sous-estimait les séquelles de l'accident, sa capacité intellectuelle résiduelle l'empêchant de prétendre à un poste de travail dans l'économie libre. Elle n'agissait qu'avec un très faible rendement (10 à 30%), même dans les tâches les plus simples. La recourante a en outre contesté l'IPAI retenue, sollicitant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ainsi que la tenue de débats publics.

Par avis du 12 décembre 2012, le juge instructeur a informé les parties qu'après examen du dossier, il était d'avis que l'expertise effectuée par le S._____ n'était pas suffisante et qu'il convenait d'adresser la recourante à un autre centre d'expertise.

E. Une seconde expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre, confiée à la F._____, plus spécifiquement aux Drs E._____, N._____ et W._____ (tous trois spécialistes en médecine interne générale) et B._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), qui ont été invités à prendre contact avec le conseil de la recourante et l'intimée pour une séance de mise en œuvre avant toute opération. Des examens en médecine interne (le 1^{er} mai 2013) et en neurologie (le 16 mai 2013, par le Dr K._____, spécialiste en neurologie) et psychiatrique (le 11 juin 2013) ont été effectués. Les experts de la F._____ ont rendu leur rapport d'expertise le 16 juillet 2013, posant les diagnostics avec influence sur la capacité de travail suivants :

"• Status après polytraumatisme le 16.7.2002 avec en particulier fractures des genoux, de la jambe gauche, de la cheville droite, de la vertèbre D7, traumatisme crânien et hématome épidural : avec :

- Gonarthrose tri-compartmentale à gauche M17.2
- Gonarthrose bi-compartmentale fémoro-patellaire et interne à droite M17.2
- Fracture de la vertèbre D7 visible sous forme de cunéiformisation M40.2

- Atteinte partielle du nerf sciatique poplité externe à gauche
G57.3
- Ostéoporose fracturaire avec fracture de la vertèbre 08 M80.9
- Episode dépressif léger F33.2
- Troubles cognitifs (ralentissement de l'accès lexical et léger déficit amnésique antérograde verbal et en mémoire de travail)
F06.7"

Les experts de la F. _____ ont en outre retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome du tunnel carpien modéré à gauche et d'insuffisance veineuse bilatérale. Sous la rubrique "appréciation du cas", ils ont indiqué ce qui suit :

"V. _____, 59 ans, mariée, mère de deux enfants adultes, a travaillé comme infirmière à plein temps, puis à temps partiel. Le 16 juillet 2002, elle subit un grave accident : chute de 75 mètres dans un ravin. Elle présente un polytraumatisme majeur avec multiples fractures des genoux, de la jambe gauche, de la cheville droite, de l'arcade zygomatique. Elle subit un traumatisme crânien avec hématome épidural. Elle subit une ostéomyélite du tibia gauche. Elle nécessite des greffes osseuses.

En 2004, au moment de l'expertise interdisciplinaire par le [...], mandaté par l'assurance accident, la situation n'est pas stabilisée. Entre 2003 et 2005, elle reprend progressivement son activité d'infirmière pour finalement donner sa démission en 2007 en raison de l'incapacité de gérer le stress, les multiples tâches, la rapidité nécessaire. Après plusieurs essais infructueux comme secrétaire et réceptionniste, elle trouve une activité d'accompagnante de personnes Alzheimer à raison de 30%.

Le 26.06.2007, l'assurance accident A. _____ SA a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 32'040 frs et nié le droit à une rente confirmé sur opposition le 13.02.2008. V. _____ fait recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales le 29.02.2008 pour obtenir le droit à une rente d'invalidité accident.

Une expertise pluridisciplinaire mandatée par le tribunal cantonal est effectuée le 04.04.2011 par le S. _____ : l'examen neuropsychologique est dans les limites de la norme, les limitations orthopédiques ne permettent pas une reprise de travail en tant qu'infirmière. Comme secrétaire médicale la capacité de travail est limitée à 50% en intégrant les atteintes somatiques et psychiatriques. Le trouble anxieux et dépressif mixte entraîne une incapacité de travail de 20%. L'IPAI globale retenue pour l'ensemble des atteintes se situe à 52,5%.

L'expertise du S. _____ est contestée par l'assurée et une nouvelle expertise pluridisciplinaire est demandée au F. _____ par le Tribunal cantonal des assurances sociales. En particulier, il est demandé à l'expert neurologue de se prononcer sur l'impact des résultats neuropsychologiques sur la santé neurologique de

l'assurée. L'expertise devra confirmer ou infirmer l'évaluation psychiatrique et le taux d'atteinte à l'intégrité. L'ensemble des experts devra se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et donner suffisamment d'éléments pour permettre de déterminer le droit ou non à une rente d'invalidité accident. De plus, le Tribunal demande de préciser la responsabilité de l'accident dans les différents troubles.

Sur le plan orthopédique, la situation est stabilisée depuis 2005. L'assurée a bénéficié d'un examen clinique minutieux par notre expert orthopédiste, ainsi que d'un bilan radiologique. Comme conséquence de l'accident du 16.07.2002, il existe clairement une atteinte séquellaire, essentiellement des deux genoux, plus modérément du dos et de la cheville droite.

Au genou gauche, il existe une ankylose douloureuse sur une gonarthrose tri-compartimentale, à droite, il existe une gonarthrose bi-compartimentale fémoro-patellaire et interne. La mobilité du genou droit est également restreinte mais un peu supérieure au côté gauche.

Il existe une cunéiformisation de D7 d'origine traumatique entraînant une cyphose locale.

Au niveau de la cheville droite, la fracture a guéri pratiquement sans séquelle, la fonction est complète et le bilan radiologique à douze ans est dans la norme, il n'y a clairement pas d'atteinte de la tibio-tarsienne.

V._____ a présenté non seulement une fracture de la vertèbre D7 lors de son accident mais encore, par la suite, une fracture de la vertèbre D8 diagnostiquée en 2011 mise sur le compte de l'ostéoporose. L'ostéoporose, objectivée, du rachis central et périphérique, est sans rapport avec l'accident.

Les limitations concernent l'incapacité de se mettre à genou, l'incapacité de se mettre accroupie, le port de charges limité à 5-10 kg. Elle n'est pas apte à soulever des poids de façon répétée. V._____ est limitée lors de la marche prolongée. Sur le plan professionnel, la gonarthrose bilatérale contre-indique toutes les activités professionnelles où l'assurée est constamment debout, avec ou sans port de charge. Dans une activité sédentaire, mais avec déplacements occasionnels, la position assise prolongée pouvant être gênante, on peut estimer que, compte tenu de l'atteinte aux déplacements, une capacité de travail est possible à 70%.

Sur le plan neurologique, l'assurée a bénéficié d'un examen clinique détaillé par notre expert neurologue, ainsi que d'une exploration électro-neuro-myographique et électro encéphalographique. L'expert neurologue met en évidence un syndrome du tunnel carpien à gauche et une atteinte partielle du nerf sciatique poplitée externe à gauche. Les troubles olfactifs et gustatoires décrits par la patiente sont actuellement tout au plus partiels puisqu'à l'examen clinique, la patiente reconnaît normalement les odeurs et les modalités fondamentales du goût. Les sensations vertigineuses ne correspondent pas à une anomalie d'origine neurologique centrale.

La symptomatologie ainsi que les signes cliniques de vertiges positionnels paroxystiques décrits en 2005 ne sont plus présents.

Au terme du présent bilan, sur le plan neurologique, en tant que conséquence de l'événement accidentel du 16.07.2002, V. _____ présente une discrète atteinte du SPE (réd. : nerf sciatique poplitée externe) gauche seule, l'atteinte du nerf médian gauche au niveau du canal carpien ne pouvant être attribuée avec probabilité ou certitude à l'événement accidentel. Du point de vue strictement neurologique, le traumatisme crânio-cérébral est actuellement sans séquelle significative.

Sur le plan strictement neurologique, il n'y a pas d'incapacité de travail objectivable hormis dans une activité se déroulant essentiellement en station debout, nécessitant des déplacements importants notamment en terrain inégal en raison de la petite atteinte séquellaire du SPE gauche.

Sur le plan cognitif, notre examen neuropsychologique met en évidence un ralentissement discret sur le plan clinique, mais marqué dans certaines épreuves chronométrées, notamment celles impliquant un accès lexical. Nous constatons la normalisation des capacités mnésiques verbales en condition d'apprentissage et de récupération différée avec la persistance de résultats modérément insuffisants dans une tâche de reconnaissance. Enfin, la rentabilité et la concentration évaluées à l'aide d'une tâche de transcodage se situe à la limite inférieure des normes. Nous avons donc mis en évidence des troubles cognitifs légers. Cet examen confirme le résultat du bilan neuropsychologique effectué dans le cadre du S. _____, à savoir un examen neuropsychologique actuellement pratiquement dans les normes si ce n'est un ralentissement de l'accès lexical et un léger déficit mnésique antérograde verbal et en mémoire de travail. Le Dr K. _____, notre expert neurologue, qui a revu attentivement l'examen neuropsychologique, retient cependant que même des déficits légers peuvent avoir des conséquences importantes sur les capacités professionnelles d'autant plus dans des activités à lourdes charges en stress et en responsabilités comme l'activité d'infirmière. Ces troubles cognitifs ne permettent pas une activité professionnelle en tant qu'infirmière, ni une autre activité nécessitant une autonomie, des décisions indépendantes et une gestion de situations complexes. Dans une activité simple, répétitive, sans stress important, il y a une perte de rendement de 25% liée aux quelques troubles neuropsychologiques encore présents, notamment le ralentissement.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse permet de comprendre que l'expertisée souffrait déjà avant l'accident d'une thymie légèrement déprimée qui n'a cependant pas nécessité de prise en charge particulière ni n'a entraîné d'incapacité de travail. L'accident a aggravé le fond dépressif, avec notamment des sentiments de dévalorisation et d'insécurité, une intolérance au stress, une baisse de l'élan vital, une fragilité émotionnelle plus importante. Actuellement, la thymie est légèrement déprimée, avec des larmes, dans le cadre d'une bonne adéquation idéo-affective. Ces éléments nous amènent à retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger.

Globalement, les troubles psychiques nous apparaissent aujourd'hui comme légers, bien contrôlés par le traitement de Citalopram et peuvent être considérés comme entravant très partiellement le rendement de l'ordre de 10 à 20%.

En conclusion, V._____ présente des atteintes majeures et définitives au niveau orthopédique, principalement au niveau des genoux. Elle présente une atteinte cognitive définitive qui est de degré léger mais qui a une répercussion significative sur sa capacité de travail. En raison des atteintes orthopédiques et cognitives, l'activité d'infirmière n'est plus exigible. En considérant l'ensemble des séquelles de l'accident, avec des difficultés de déplacements et des troubles cognitifs, l'ensemble des experts estime que la capacité de travail dans une activité adaptée est réduite à 50%. Notre appréciation rejoint globalement les conclusions des experts du S._____ en 2011, qui retenaient une incapacité de travail complète comme infirmière et de 50% comme secrétaire. Cependant à la lecture approfondie de l'examen neuropsychologique, nous retenons une capacité de travail de 50% dans une activité simple, sans stress, répétitive. V._____ reste apte à travailler comme secrétaire, mais avec un cahier de charges réduit et peu de stress. Les échecs constatés lors des essais de travail comme secrétaire montrent que ceux-ci n'ont pas été suffisamment adaptés aux limitations de V._____. En effet certains postes exigent de la rapidité et la capacité de gérer de multiples tâches ce dont V._____ n'est pas capable.

Concernant l'atteinte à l'intégrité, sur le plan orthopédique, le total de l'AIC équivaut donc à 45% pour les seules lésions orthopédiques. L'expert orthopédiste insiste sur le fait que pour les atteintes des genoux cette évaluation est révisable dans le sens que selon l'évolution et la nécessité de prothèses, elles-mêmes sujettes à engendrer des complications, le taux d'atteinte à l'invalidité est révisable vers le haut.

Sur le plan neurologique, l'atteinte très partielle du SPE gauche justifie la reconnaissance d'une perte à l'intégrité de 5% au plus. Aux éléments neurologiques proprement dits s'ajoutent les troubles neuropsychologiques qui peuvent être considérés actuellement comme correspondant, sur la base de la table 8 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA développée par la Suva, à une atteinte minimale à modérée, soit 10%.

L'atteinte à l'intégrité conjointe neurologique et neuropsychologique globale peut donc être considérée comme de 15%.

Selon la table 19 de la SUVA pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité psychique, les troubles psychiques constatés peuvent être considérés comme légers mais ont en partie pré-existé, en tout cas pour moitié, à l'accident. Compte tenu de ce qui précède, nous considérons qu'il n'y a pas à retenir d'atteinte à l'intégrité psychique due à l'accident.

Globalement, nous retenons une atteinte à l'intégrité de 60%, en tenant compte que la situation orthopédique au niveau des genoux est susceptible d'une péjoration."

Les experts de la F. _____ ont en outre apporté les réponses suivantes aux questions qui leur étaient posées :

"1. *Anamnèse :*

Cf. supra.

2. *Plaintes de la récurrente :*

Cf. supra

3. *Constatations objectives*

Cf. supra.

4. *Diagnostic et appréciation :*

Cf. supra.

5. *Pour chacun des diagnostics posés, l'accident du 16.07.2002 est-il une cause certaine, probable, seulement possible ou exclue ? Prière de choisir sur celle échelle et de motiver les troubles dont est atteinte la requérante ?*

La gonarthrose tri-compartmentale à gauche, la gonarthrose bi-compartmentale fémoro patellaire et interne à droite, la fracture de D7, l'atteinte partielle du nerf sciatique poplité externe gauche, les troubles cognitifs sont dus de façon certaine à l'accident.

La fracture ostéoporotique de D8, le syndrome du tunnel carpien, l'insuffisance veineuse bilatérale ne sont pas dus à l'accident.

L'épisode dépressif léger est dû de façon possible à l'accident. L'accident a aggravé le fond dépressif, avec des sentiments de dévalorisation et d'insécurité, une intolérance au stress, une baisse de l'élan vital, une fragilité émotionnelle plus importante. Les troubles psychiques ont en partie pré-existé, en tout cas pour moitié, à l'accident.

6. *Ces troubles sont-ils dus exclusivement à l'accident du 16.07.2002 ou sont-ils dus aussi en partie de façon certaine, probable, seulement possible ou exclus à des facteurs étrangers à cet accident tel que conséquence d'accidents antérieurs ou de maladies, maladies concomitantes, etc...*

Cf. question 5

7. *Dans cette seconde hypothèse : a) quels sont ces facteurs ? b) dans quelle mesure en pourcents les troubles de la santé sont-ils dus à l'accident du 16.07.2002 et dans quelle mesure sont-ils dus en pourcents à des facteurs étrangers ?*

La gonarthrose tri-compartmentale à gauche, la gonarthrose bi-compartmentale fémoro-patellaire et interne à droite, la fracture de

D7, l'atteinte partielle du nerf sciatique poplitée externe gauche, les troubles cognitifs légers sont dus à 100% à l'accident.

La fracture de D8 est due à 100% à l'ostéoporose, non secondaire à l'accident.

L'épisode dépressif léger est du à 50% à l'accident. Comme décrit en question 5, l'expertisée souffrait déjà avant l'accident d'une thymie légèrement déprimée qui n'a cependant pas nécessité de prise en charge particulière alors qu'actuellement elle nécessite du Citalopram qui amende partiellement les symptômes de la lignée dépressive.

Le syndrome du tunnel carpien et l'insuffisance veineuse sont dus à 100% à des troubles du vieillissement.

8. *L'ensemble des troubles consécutifs à l'accident présentés par la requérante, sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail ? a) en cas d'incapacité partielle, selon quels points en pourcent, pour quels motifs et depuis quand ? b) au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession d'infirmière, quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'elle pouvait exercer, à quel taux, pour quel motif et depuis quand ?*

Incapacité de travail totale en tant qu'infirmière pour des raisons orthopédiques et cognitives. Les séquelles orthopédiques sont importantes et ne permettent pas de supporter les contraintes répétées liées au métier d'infirmière. Les troubles cognitifs ne permettent pas une activité nécessitant une prise de responsabilité, une tolérance au stress, et une gestion de situations complexes.

Pour V._____, une activité adaptée doit respecter les contraintes orthopédiques et cognitives. Activité essentiellement sédentaire, mais avec déplacements occasionnels la position assise prolongée pouvant être gênante. Port de charge maximum 10 kg. Pas de station accroupie, ni à genoux. V._____ n'est pas à même de reprendre une activité nécessitant une autonomie, des décisions indépendantes et une gestion de situations complexes. Une activité adaptée peut être exercée à 50%.

9. *L'état de santé de la requérante est-il stabilisé ?*

Oui.

10. *Y-a-t-il lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé ? Par quel traitement ? A quel taux ?*

Non, la poursuite du traitement médical est indispensable pour maintenir l'état de santé actuel : physiothérapie, suivi médical, traitement médicamenteux. Il est probable qu'à long terme V._____ nécessite des prothèses totales pour les deux genoux.

11. *Quels traitements sont-ils nécessaires pour conserver la capacité de travail restante ?*

Cf. supra.

12. *Quels traitements sont-ils nécessaires pour conserver l'état de santé actuel ou combattre les douleurs ?*

Cf. supra.

13. *En référence à l'article 36 OLAA et l'annexe 3 OLAA, à quel taux estimez-vous l'atteinte à l'intégrité en tenant compte d'une aggravation prévisible uniquement en relation de causalité avec l'accident ?*

Atteinte à l'intégrité de 60%.

14. *Quel est votre pronostic ?*

Bon pronostic dans le sens d'une stabilité de la situation.

B)

1. *Quel est le diagnostic en relation avec les troubles dont souffre V. _____ ?*

Cf supra.

2. *Compte tenu des séquelles de l'accident, est-ce que V. _____ a encore une capacité de travail comme infirmière ?*

Non.

3. *Dans la négative, quelle est la capacité de travail de V. _____ dans une activité adaptée ? Dans quelles activités et avec quelle perte de rendement ?*

Voir question 8.

1. *Quel est le taux de l'atteinte à l'intégrité compte tenu des séquelles somatiques et neuropsychologiques ?*

Voir question 13.

2. *Les suites d'accident nécessitent-elles encore un traitement médical ? Dans l'affirmative, lequel ?*

Suivi orthopédique, physiothérapie, suivi médical, médication, suivi dentaire. Il est probable que V. _____ nécessite à long terme des prothèses totales des deux genoux.

3. *Quel est votre pronostic ?*

L'état médical est stabilisé.

C. *Question de l'intimée*

1. *Au vu du courrier de Me Duc du 15.01.2010 faisant état de l'échec d'une tentative de reprise du travail à partir du mois de*

novembre 2009 et en considérant la note du Dr J. _____ du 31.03.2008 (en particulier son dernier point; cf. pièce n° M47 du chargé de pièce de l'intimée), que pensez-vous du lien de causalité naturelle entre l'accident du 16.07.2002 et les troubles neuropsychologiques allégués ?

Nous ne sommes pas en possession des épreuves détaillées soutenues par l'assurée lors de l'examen neuropsychologique de 2005. Nous ne pouvons donc pas faire une comparaison détaillée. Les troubles cognitifs sont dus à l'accident de façon certaine. Les troubles cognitifs expliquent la difficulté à gérer le stress, à gérer plusieurs tâches en même temps. Cela explique plusieurs échecs de reprise de travail. En effet, même une atteinte cognitive légère peut être très handicapante dans une profession à haute responsabilité, ou lorsqu'il faut gérer différentes tâches de façon autonome.

2. Confirmez-vous le peu d'atteinte neuropsychologique décrit dans l'expertise orthopédique et psychiatrique du [...] du 31.03.2004 ?

Il n'y a pas eu une évaluation neuropsychologique en 2004. Nos résultats nous semblent plausibles et sont concordants avec les plaintes de l'assurée et avec ses échecs professionnels. Nous confirmons une atteinte cognitive qualifiée de légère mais qui est très handicapante dans des professions nécessitant une bonne tolérance au stress et un haut niveau de responsabilité."

Se déterminant sur l'expertise de la F. _____ le 14 août 2013, la recourante a sollicité un complément d'instruction, notamment sur la date de la stabilisation de son état de santé, l'activité exigible et l'évolution de son état de santé.

Le 9 septembre 2013, l'intimée s'est également déterminée, relevant notamment que les experts de la F. _____ n'avaient pas motivé l'IPAI au plan orthopédique au regard des tables de la CNA. Quant à la capacité de travail, elle a estimé qu'il manquait un travail de synthèse entre les experts.

Invités à répondre à des questions complémentaires, les experts de la [...] ont rendu un complément d'expertise le 13 janvier 2014 ayant la teneur suivante :

"Questionnaire du Tribunal

1. Depuis quelle date le cas peut-il être considéré comme stabilisé ?

Depuis 2007 (page 10).

V. _____ a repris une activité professionnelle de manière très progressive. En 2007, elle travaillait comme infirmière à raison de 17 h par semaine. On lui reprochait ses limitations puisque ce travail n'était pas adapté à sa santé. Nous considérons que depuis 2007, la situation est stabilisée, il n'y a eu ni amélioration ni péjoration de sa santé.

2. Préciser les raisons pour lesquelles le taux d'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée est retenu en p. 28 du rapport, autrement dit, comment les incapacités de travail retenues en pages 26 et 27 du rapport notamment interagissent-elles entre elles ?

Orthopédie CT 70%: les limitations orthopédiques concernant les difficultés de déplacement et les douleurs.

Neuro CT 100%, neuropsychy rendement 75%, psy rendement 80%, les limitations neuropsychologiques et psychiatriques concernent la vitesse de travail et le type de travail qui peut être effectué.

Pour notre évaluation globale, nous avons tenu compte des multi morbidités et concluons à une capacité de travail de 50% dans une activité simple.

3. Depuis quelle date la recourante est-elle capable de travailler dans une activité adaptée au taux de 50%
Depuis 2007 (cf question 1).

4. Compte tenu du fait que la recourante déclare ne pas avoir de formation de secrétaire, quel est le type d'activité adaptée à 50% ?

V. _____ nous a dit avoir travaillé comme secrétaire médicale à l'EMS [...] en 2010, secrétaire à la [...] en 2010, secrétaire à [...] en 2010 (page 10). Elle a souvent été confrontée à ses limitations. Nous vous référons à un conseiller en orientation professionnelle qui pourra déterminer si ces limitations correspondent à un poste de secrétaire ou un poste d'aide de bureau.

5. Y a-t-il une baisse de rendement dans une activité adaptée à 50% ?
Non.

6. Sur le plan orthopédique, quel est le taux d'atteinte à l'intégrité au regard des tables de la Suva ?
45% (page 28).

7. En ce qui concerne la pluralité d'atteintes à l'intégrité (neurologique, neuropsychologique et orthopédique), y a-t-il une interaction entre elles, autrement dit, ces différents dommages ont-ils une influence les uns sur les autres ?
Oui, les comorbidités accroissent les difficultés de l'assurée (cf question 2).

8. Dans l'affirmative, quel est le taux d'atteinte à l'intégrité global ?
Taux d'atteinte à l'intégrité globale 60% (page 29)

Questions complémentaires de la recourante ?

- a. Doit-on comprendre au regard des limitations susmentionnées que l'activité exigible correspond en réalité à celle d'une aide de bureau et non à celle de secrétaire ?
Cf question 4 ci-dessus.
- b. Quelle est l'évolution du taux de capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée depuis la date de stabilisation
Capacité de travail 50% dans une activité adaptée depuis 2007 (cf question 1 ci-dessus).
- c. Compte tenu des limitations physiques, psychiques et neuropsychologiques, sur le taux de capacité de travail de 50%, quelle est la baisse de rendement dans cette activité adaptée ?
Pas de baisse de rendement.

Questions complémentaires de l'intimée

- a. Il ne s'agit pas d'une contradiction. Nous rappelons qu'en plus de traitement de physiothérapie et antalgiques, l'assurée nécessite des contrôles médicaux et orthopédiques réguliers.
- b. Le suivi dentaire a été mentionné pour mémoire comme conséquence des suites de l'accident. Il n'y a pas d'incidence sur la capacité de travail."

Se déterminant le 22 janvier 2014 sur le complément d'expertise, la recourante a une nouvelle fois fait valoir que l'expertise était contradictoire, notamment en tant qu'elle retenait qu'il n'y avait pas de baisse de rendement dans une activité adaptée à 50%, alors que dans l'expertise du 16 juillet 2013, les experts relevaient en page 27 qu'il existait une perte de rendement de 25% liée aux quelques troubles neurologiques. Elle a également fait valoir, en se référant à l'arrêt TF 9C_168/2013 du 25 juillet 2013, que sa capacité de travail résiduelle était inexploitable. Elle soutient dans ce contexte qu'est litigieuse la question de savoir s'il existe des activités véritablement adaptées à ses limitations dans le monde économique, se prévalant à nouveau du courrier de l'OAI du 1^{er} octobre 2010. Elle en déduit qu'elle a droit à une rente entière de l'assurance-accidents. Elle a enfin requis l'audition des experts du F._____, de l'auteur du courrier de l'OAI du 1^{er} octobre 2010 dont elle s'est prévaluée, de son époux ainsi que sa propre audition lors d'une audience publique. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-accident dès le 1^{er} mai 2007 et à l'octroi d'une IPAI d'un taux de 60%.

Dans ses déterminations du 29 janvier 2014, l'intimée a soutenu ne pas comprendre ce qui avait conduit les experts du F._____ à retenir une capacité de travail de 50%. Elle s'est également interrogée sur le type d'activité que pourrait exercer la recourante. Elle a souligné à nouveau que l'IPAI retenue n'était pas suffisamment motivée et a contesté que l'expertise du F._____ puisse se voir reconnaître valeur probante.

F. Le 15 juillet 2014, l'OAI a une nouvelle fois produit son dossier, qui comprend notamment les pièces suivantes :

- un questionnaire pour l'employeur complété le 2 mai 2003, selon lequel l'assurée travaillait 3,4 heures par jour depuis le 1^{er} janvier 2001 pour un salaire mensuel de 2'185 fr., treizième salaire en sus;
- un formulaire 531bis complété le 4 mai 2003 par l'assurée selon lequel, sans atteinte à la santé, elle aurait œuvré au taux de 40 à 50% par nécessité financière en tant qu'infirmière;
- une fiche d'examen n° 1 du dossier du 25 juillet 2003, selon laquelle l'assurée avait travaillé à 40% pour le compte de [...] jusqu'au 31 juillet 2001;
- un questionnaire pour l'employeur du 11 février 2004, selon lequel l'assuré travaillait environ à 50%, pour un salaire horaire de 37 fr. 80, indemnités de vacances et jours fériés incluses, soit 36'877 fr. 65 pour l'année 2002 et à 36'280 fr. 45 pour l'année 2003;
- une décision de l'OAI du 23 décembre 2005 allouant à la recourante une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2003 au 30 septembre 2005;

- un questionnaire pour l'employeur du 15 novembre 2007 dont il ressort que l'assurée avait réalisé un revenu de 36'059 fr. 85 durant l'année 2005 et de 31'901 fr. 40 durant l'année 2006;
- une attestation de l'employeur de l'assurée du 10 juillet 2008 selon laquelle le salaire mensuel de l'assurée, travaillant à 80%, s'élèverait à 4'945 fr. treizième salaire en sus;
- un projet d'acceptation de rente du 8 février 2013 reconnaissant à la recourante le droit à un quart de rente du 1^{er} mai au 31 juillet 2008, puis à une demi-rente dès le 1^{er} août 2008, ce projet ayant par ailleurs la teneur suivante :

"(...) Résultat de nos constatations :

Le 14 octobre 2007, votre mandante dépose une nouvelle demande de prestations.

En date du 16 février 2012, dans le cadre d'un recours contre une décision de l'assurance accident LAA, une expertise judiciaire pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique, neurologique et psychiatrique) a été effectuée par le S._____.

Il ressort de cette expertise que V._____ présente une incapacité de travail de 50% dans l'activité de secrétaire médicale ainsi que dans toute activité adaptée depuis septembre 2005.

Sur la base du questionnaire rempli par votre mandante ainsi que de l'enquête ménagère effectuée, nous retenons que sans atteinte à la santé, V._____ aurait exercé, jusqu'à la fin de l'année 2007 une activité à 45%, puis à 80% à partir du 1^{er} janvier 2008. Quant aux empêchements rencontrés dans la tenue de son ménage, ceux-ci sont évalués, après enquête effectuée sur place, à un taux de 17.9%.

Afin de déterminer le préjudice économique présenté, le revenu que votre mandante aurait pu obtenir en poursuivant son activité d'infirmière à 45%, CHF 38'263.00, est comparé au salaire théorique que V._____ pourrait gagner dans une activité adaptée à 45%, selon les statistiques ESS, CHF 18'834.00.

Le degré d'invalidité présenté dans les deux domaines, dès septembre 2005, est calculé de la manière suivante :

Comparaisons des revenus :

sans invalidité	CHF	38'263.00	
avec invalidité	CHF	18'834.05	
la perte de gain s'élève à CHF		19'428.95	= invalidité de 50.78%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
--------------------	------	-------------	--------------------

Part active		45%	50.78%	22.85%
Part ménagère	55%	17.90%		9.84%

Degré d'invalidité 32.69%

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, il n'ouvre pas le droit à la rente. Toutefois, il nous permet d'effectuer un calcul d'invalidité moyenne.

Suite au changement de statut de notre assurée à partir du 1^{er} janvier 2008, nous devons procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité.

Afin de déterminer le préjudice économique présenté, le revenu que votre mandante aurait pu obtenir en poursuivant son activité d'infirmière au nouveau taux de 80%, CHF 65'571.00, est comparé au salaire théorique que V._____ pourrait gagner dans une activité adaptée à 50%, selon les statistiques ESS, CHF 21'831.00.

Comparaisons des revenus :

sans invalidité	CHF	65'571 .00	
avec invalidité	CHF	21'831.00	
la perte de gain s'élève à	CHF	43'740.00	= invalidité de 66.71%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
--------------------	------	-------------	--------------------

Part active	80%	66.71%	53.36%
Part ménagère	20%	17.90%	3.58%

Degré d'invalidité 56.94%

En tant compte de 4 mois à 56.94% et de 8 mois à 32.69%, nous obtenons une invalidité moyenne de 40.77%. Par conséquent, c'est à partir du 1^{er} mai 2008 que V._____ présente un de degré d'invalidité supérieur à 40% sur une année.

Par analogie à l'article 88 al. 2 RAI, le droit à la demi-rente, pour un degré d'invalidité de 57% débute trois mois après l'octroi du quart de rente, soit au 1^{er} août 2008.

A partir du 12 janvier 2009, votre mandante a débuté une mesure de reclassement dans le domaine du secrétariat médical.

A l'issue de la mesure, V._____ est en mesure, dans une activité de secrétaire médicale, d'obtenir un revenu de CHF 28'308.00 à 50%, selon le salaire statistique moyen dans la branche.

Afin de déterminer le droit à la rente à l'issue du reclassement professionnel, le revenu que notre assurée serait en mesure d'obtenir dans l'activité d'infirmière à 80%, CHF 67'483.00, est comparé au revenu moyen d'une secrétaire médicale à 50%, CHF 28'308.00.

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est calculé à la fin de la mesure de la manière suivante :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	67'483.00	
avec invalidité	CHF	28'308.00	
la perte de gain s'élève à	CHF	39'175.00	= invalidité de 58.05%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Part active	80%	58.05%	46.44%
Part ménagère	20%	17.90%	3.58%
Degré d'invalidité			50.02%

Le degré d'invalidité de 50% ne modifie pas le droit à la demi-rente.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Du 1^{er} mai 2008 au 31 juillet 2008, le droit à un quart de rente est reconnu.

Dès le 1^{er} août 2008, le droit à une demi-rente est reconnu.

La rente est suspendue durant le versement des indemnités journalières du 26.09.2008 au 31.12.2009 et du 17.05.2010 au 04.07.2010."

Interpellées par avis du 23 juillet 2014, les parties se sont déterminées comme exposé ci-après.

Dans ses déterminations du 15 août 2014, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% dès le 1^{er} mai 2007, avec intérêts dès cette date, ainsi que d'une IPAI de 60% avec intérêts dès le 1^{er} mai 2007. Elle a déploré que les expertises judiciaires LAA de la F._____ ne fassent pas partie de son dossier AI. Elle a ajouté que selon un arrêt TF 9C_850/2013 du 12 juin 2014 (réd. : entre-temps publié sous réf. ATF 140 V 193), les conclusions des médecins sur l'incapacité de travail durable ou passagère ne liaient pas l'administration ou le juge, dans la mesure où la notion d'incapacité de travail est un concept juridique indéfini, la libre appréciation des preuves exigeant la prise en compte de tous les moyens de preuve, et dès lors que l'administration ou le juge doivent examiner le caractère probant de l'incapacité de travail retenue par le médecin. Pour la recourante, le Tribunal fédéral a précisé que le rôle du médecin dans l'estimation de l'incapacité de travail ou de l'invalidité est de déterminer l'état de santé de l'assuré. A ses yeux, cette jurisprudence s'inscrit dans la continuité de l'arrêt TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 dans lequel le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à l'administration pour complément d'instruction du fait que les conclusions

des médecins avaient été mises en doute par les renseignements d'ordre professionnel. Elle a enfin noté qu'à l'arrêt TF 9C_168/2013 du 25 juillet 2013, la Haute Cour avait retenu une incapacité de travail totale d'exercer une activité lucrative sur le marché du travail, en précisant que l'activité devait s'exercer dans un environnement soutenant et tolérant en raison des troubles psychiques. Après avoir rappelé que les experts de la F._____ avaient retenu que sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée avec baisse des capacités adaptatives, vulnérabilité au stress, exacerbation de la fatigabilité et abaissement de la thymie et du seuil anxiogène, ainsi qu'avec une perte de rendement de 25% liée aux troubles neuropsychologiques présents, elle a estimé que c'était "manifestement par erreur" qu'ils avaient retenu dans leur rapport complémentaire du 13 janvier 2014 qu'il n'y avait pas de perte de rendement. Quant à ses tentatives de reprise du travail, elle relève qu'elles se sont toutes soldées par un échec. Se référant à l'arrêt TF 9C_850/2013, elle s'est demandée si l'état de santé décrit par les médecins était encore compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle sur le marché du travail, vu ses graves limitations fonctionnelles, ses pertes de rendement et son impossibilité à supporter le moindre stress. Elle s'est référée à cet égard aux conclusions prises par [...] de l'OAI dans un rapport du 1^{er} octobre 2010, où il avait estimé que la capacité intellectuelle résiduelle de la recourante l'empêchait de prétendre à un poste de travail dans l'économie libre, son rendement étant trop faible de 10 à 30%, même dans les tâches les plus simples. A titre de mesures d'instruction, elle a requis l'audition des experts du [...], d'[...] de l'OAI, de son époux, et d'elle-même dans le cadre d'une audience publique.

De son côté, l'intimée a relevé le 22 août 2014 qu'il ressortait du dossier AI que la recourante travaillait au taux de 40%. Elle a en outre relevé que selon la nouvelle enquête ménagère du 1^{er} juillet 2008, l'époux de la recourante avait travaillé jusqu'à fin 2006 à 80% comme salarié, et à 20% comme indépendant. A partir de 2007, il a été employé par [...] à 100%. Selon l'intimée, ces affirmations corroboraient les motifs de résiliation du poste d'infirmière invoqués lors de l'entretien du 13 juin

2007 avec l'inspecteur des sinistres. De l'avis de l'intimée, la rente accordée par l'OAI n'était pas justifiée.

L'intimée s'est déterminée sur les observations de la recourante le 12 septembre 2014, relevant que celle-ci avait donné son congé pour le 31 mai 2007 pour des raisons personnelles. L'intimée a en outre rappelé que les experts du F._____ avaient estimé, dans leur prise de position du 13 janvier 2014, que la recourante était capable de travailler à 50% depuis l'année 2007 dans une activité adaptée sans baisse de rendement. L'intimée a rappelé qu'elle n'assurait l'intéressée qu'au taux de 40%, soit un taux inférieur à la capacité de travail de cette dernière.

La recourante a pris position le 18 septembre 2014 sur les déterminations de l'intimée du 22 août 2014, relevant que l'arrêt TF 8C_850/2013 était à ses yeux déterminant pour la présente cause.

Le 22 octobre 2014, l'intimée a encore fait valoir que l'ATF 140 V 193 rappelait les rôles respectifs de l'expert médical et du juge. Elle en a déduit que dans la mesure où dans le cas d'espèce, plusieurs expertises médicales avaient retenu à l'assurée un taux de capacité de 50%, soit un taux supérieur à son taux de travail de 40% précédant l'accident, l'analyse d'[...] de l'OAI ne pouvait être suivie. Au sujet des réquisitions de la recourante, l'intimée a observé qu'à ses yeux, le dossier était complet et que des mesures d'instructions supplémentaires n'apporteraient pas de nouveaux éléments.

G. Une audience de jugement a eu lieu le 5 mars 2015, au cours de laquelle la recourante a été entendue, ainsi que son époux en qualité de témoin. Ce dernier a notamment exposé les circonstances de l'accident, les changements intervenus chez son épouse à la suite de l'accident ainsi que les difficultés qu'elle a rencontrées au plan professionnel.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la règle transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Interjeté dans le délai légal, le recours est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse. Les différents aspects de la

motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; Meyer/von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif *in* Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, pp. 443 ss).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) Sont litigieux en l'espèce le refus de la rente d'invalidité ainsi que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Pour mémoire, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures

de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit.; TF 8C_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5; TF 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/2000 du 9 mai 2001 consid. 2.a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit.). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388; TFA U 244/2004 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 125 V 351 consid. 3).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a subi un important polytraumatisme lors de l'accident du 16 juillet 2002, à l'occasion duquel elle a chuté d'une hauteur de septante-cinq mètres. Ainsi les Drs T._____ et [...] ont posé lors de son arrivée aux urgences de l'Hôpital de [...] les diagnostics d'hématome épidural pariétal droit, de fracture de l'os pariétal droit et de l'arcade zygomatique droite, de multiples blessures par lacération du scalp, de suspicion de fracture de la 3ème côte droite, de fracture-impression du plateau tibial gauche avec fracture spiroïde du tibia gauche, de fracture de la malléole latérale droite, de fracture-impression de la 7^e vertèbre thoracique et de perte des deux incisives supérieures.

A la suite de l'accident du 16 juillet 2002, la recourante a été longuement hospitalisée. Elle a en outre dû subir plusieurs interventions chirurgicales (en particulier une réduction sanglante et ostéosynthèse de la malléole externe droite et du tibia proximal gauche le 24 juillet 2002, une greffe de la crête iliaque et ostéosynthèse du tibia gauche le 25 octobre 2002, une ostéotomie tibiale proximale droite, la réduction du plateau tibial interne, l'ostéosynthèse du plateau tibial interne droit et une greffe cortico-spongieuse autologue prélevée au niveau de la crête iliaque droite ostéosynthésée par une plaque 1/3 tubulaire le 12 décembre 2002 et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 2 novembre 2004).

A la fin de l'année 2003, la recourante a repris le travail à 10% (cf. rapport du Dr L._____ du 27 janvier 2004; procès-verbal de l'entretien téléphonique du 19 novembre 2003). Toutefois, à cette époque, tous les médecins s'accordent à admettre que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Ainsi, à l'occasion de la première expertise à laquelle la recourante a été soumise, le 31 mars 2004, les médecins du [...] ont estimé que la situation, tant aux plans psychique qu'orthopédique, n'était

pas stabilisée, et qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'IPAI. Dans ce contexte, ils ont estimé la capacité de travail actuelle à 20% avec un rendement complet, une reprise au plan orthopédique pouvant être envisagée à 50% avec un rendement de 50%, soit à 25% (cf. rapport d'expertise des Drs P._____ et Z._____ du 21 mai 2004 et son complément du 10 mai 2005).

Le 29 décembre 2004, l'assurée a repris le travail à 20%. Dès le 1^{er} septembre 2005, l'assurée a augmenté son taux à 40% (cf. note relative à l'entretien téléphonique entre l'employeur de la recourante et l'intimée du 6 octobre 2005; rapport du Dr D._____ du 30 janvier 2007; rapport de l'inspecteur de sinistre du 13 juin 2007). Cependant selon le rapport d'examen neuropsychologique du 27 mai 2005, l'assurée présentait un fléchissement modéré de la mémoire de travail et un fléchissement discret de l'accès lexical, ce tableau étant celui d'une atteinte cognitive légère, compatible avec des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral.

Les Drs P._____ et Z._____ n'ont pratiqué aucun examen neurologique ou neuropsychologique dans le cadre de la première expertise, au demeurant intervenue avant que l'état de la recourante ne soit stabilisé. C'est dans ce contexte qu'une première expertise judiciaire a été mise en œuvre, auprès du S._____, lors de laquelle la recourante a été examinées aux plans rhumatologique, psychiatrique, orthopédique, neuropsychologique et neurologique. Dans leur rapport d'expertise du 4 novembre 2011, les experts du F._____ ont reconnu que la recourante ne pouvait plus travailler comme infirmière, sauf à titre occupationnel, pour des raisons d'ordre somatique. Toutefois, dans une activité adaptée, comme celle de secrétaire médicale, la capacité de travail était de 50%, en intégrant les atteintes somatiques et psychiatriques. Dans l'activité d'aumônière d'EMS ou d'hôpital, en tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques, la capacité de travail était également de 50% selon les experts, qui relevaient que cette dernière activité leur paraissait plus adaptée à la personnalité de l'assurée, la comorbidité psychiatrique étant moins importante dans l'activité d'aumônière que dans celle de

secrétaire médicale. Pour les experts du S._____, l'incapacité de travail avait été totale jusqu'au mois de septembre 2005, date à compter de laquelle ils étaient d'avis qu'une réadaptation était exigible au taux de 50%. Les experts ont par ailleurs fait état d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée sans baisse de rendement. Dès lors que les explications fournies en lien avec la capacité de travail de la recourante n'étaient pas claires, les experts du S._____ ont été réinterpellés. Dans leur complément d'expertise du 16 février 2012, ils ont estimé que les limitations fonctionnelles dues à l'accident étaient les suivantes :

"1) Pour les membres inférieurs:

Eviter les déplacements, les sols instables, les escaliers, les échelles ou tout accident de terrain. Il faut éviter le travail à genou ou accroupi. C'est une activité principalement sédentaire qui nous paraît indiquée. Il faut également éviter le port de charge dans les déplacements.

2) Pour le dos:

Travail léger sans port de charge avec possibilité d'alterner les positions. Cette dernière limitation est partiellement contradictoire avec celle donnée pour les membres inférieurs."

A titre d'exemple, les experts du S._____ ont estimé qu'une activité légère, principalement sédentaire, comme l'accompagnement de personnes en fin de vie, sur le plan psychologique et religieux, leur paraissait adaptée. Dans ce type d'activité, ils ont estimé que la capacité de travail était de 50% depuis la fin de l'année 2007 selon les éléments connus de la part du médecin traitant. Au plan psychiatrique uniquement, la capacité de travail était de 80%, sans baisse de rendement. De manière consensuelle, les experts ont retenu qu'un travail adapté était exigible à 50% au plus pour raisons somatiques (comprenant des limitations fonctionnelles "partiellement contradictoires") et psychiatriques incluses (le 20% d'incapacité de travail d'origine psychiatrique "s'incluant dans la plus grande incapacité de travail somatique en terme de pondération"). Ils étaient enfin d'avis que l'IPAI globale était de 52,2%.

Finalement, le juge instructeur a mis en œuvre une deuxième expertise judiciaire pluridisciplinaire, confiée à la F._____. Dans leur rapport d'expertise du 16 juillet 2013, les experts ont relevé que lorsque la recourante avait été soumise en 2004 à une première expertise privée, sa

situation n'était pas stabilisée. Selon les experts de la F._____, au plan orthopédique, la situation était stabilisée depuis l'année 2005 : cette appréciation n'est pas contredite (cf. rapport du Dr L._____ du 12 février 2007, alors qu'il avait revu la patiente pour la première fois depuis le 2 mars 2005). S'agissant plus particulièrement des atteintes somatiques, les médecins de la F._____ ont fait état d'une atteinte séquellaire, essentiellement des deux genoux, plus modérément du dos et de la cheville droite, conséquente à l'accident du 16 juillet 2002. Au genou gauche, ils ont ainsi relevé l'existence d'une ankylose douloureuse sur une gonarthrose tri-compartimentale et à droite une gonarthrose bi-compartimentale fémoro-patellaire et interne, avec une mobilité du genou droit également restreinte mais un peu supérieure au côté gauche. Ils ont encore relevé une cunéiformisation de D7 d'origine traumatique entraînant une cyphose locale. Au niveau de la cheville droite, la fracture avait guéri pratiquement sans séquelle, la fonction étant complète et le bilan radiologique à douze ans dans la norme. La recourante avait également présenté une fracture de la vertèbre D7 lors de son accident et par la suite une fracture de la vertèbre D8 diagnostiquée en 2011 mise sur le compte de l'ostéoporose (l'ostéoporose objectivée du rachis central et périphérique étant sans rapport avec l'accident). Les limitations fonctionnelles consistaient en l'incapacité de se mettre à genou et accroupie, le port de charges limité à cinq à dix kg, le soulèvement des poids de façon répétée et la marche prolongée. Pour les experts, sur le plan professionnel, la gonarthrose bilatérale contre-indiquait toutes les activités professionnelles où l'assurée était constamment debout, avec ou sans port de charge. Dans une activité sédentaire, mais avec déplacements occasionnels, la position assise prolongée pouvant être gênante, les experts ont estimé que, compte tenu de l'atteinte aux déplacements, une capacité de travail était possible à 70%.

Au plan psychiatrique, les experts de la F._____ ont constaté que les troubles apparaissaient aujourd'hui comme légers, entravant très partiellement le rendement, de l'ordre de 10 à 20%. A cet égard, il n'est pas contesté que la recourante a présenté dans les suites de l'accident un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (cf. rapport des

Drs X._____ et M._____ du 11 septembre 2003). En 2004, les Drs P._____ et Z._____, pour qui la situation n'était toutefois pas stabilisée au plan psychiatrique, ont retenu un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, sans néanmoins se prononcer sur la capacité de travail à ce niveau. Pour leur part, les médecins du S._____ ont estimé que la capacité de travail au plan psychiatrique était de 80% sans baisse de rendement, en faisant état d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Finalement, l'appréciation donnée par les médecins de la F._____ au niveau psychiatrique n'est pas contredite par les autres médecins. Elle relève au demeurant d'un examen détaillé des pièces au dossier et du cas de la recourante, ainsi que des explications données par l'intéressée.

L'assurée a également été soumise à un examen clinique approfondi au plan neurologique, ainsi qu'à une exploration électro-neuromyographique et électro-encéphalographique. Dans ce contexte, seule une discrète atteinte du SPE gauche a été mise en évidence comme étant en lien avec l'accident du 16 juillet 2002, le traumatisme crânio-cérébral étant actuellement sans séquelle significative. Il n'y avait ainsi sur le plan strictement neurologique pas d'incapacité de travail objectivable, sinon dans une activité se déroulant essentiellement en station debout et nécessitant des déplacements importants notamment en terrain inégal (en raison de la petite atteinte séquellaire du SPE gauche). Toutefois, sur le plan cognitif, de légers troubles étaient mis en évidence.

L'examen mis en œuvre par les experts de la F._____ confirme le résultat du bilan neuropsychologique effectué par le S._____, savoir un examen neuropsychologique actuellement pratiquement dans les normes, sous réserve d'un ralentissement de l'accès lexical et d'un léger déficit mnésique antérograde verbal et en mémoire de travail. Or, de l'avis du neurologue K._____, même des déficits légers peuvent avoir des conséquences importantes sur les capacités professionnelles, d'autant plus dans des activités à lourdes charges en stress et en responsabilités comme l'activité d'infirmière. Ainsi, les troubles cognitifs ne permettent pas une activité professionnelle comme infirmière, ni une autre activité nécessitant une autonomie des

décisions indépendantes et une gestion des situations complexes. Ainsi dans une activité répétitive, simple, sans stress important, il y a une perte de rendement de 25% liées aux troubles neuropsychologiques présents, notamment le ralentissement.

Finalement, de l'avis des experts de la F._____, les atteintes majeures et définitives au niveau orthopédique, principalement au niveau des genoux, ainsi que l'atteinte cognitive de degré léger mais ayant une répercussion significative sur la capacité de travail, ne permettent plus l'exercice de l'activité habituelle d'infirmière. Compte tenu de l'ensemble des séquelles de l'accident, avec difficultés de déplacement et troubles cognitifs, ils ont estimé la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, cette appréciation rejoignant ainsi globalement celle des experts du S._____, savoir une capacité de travail de 50% dans une activité simple, répétitive et sans stress. Ainsi la recourante reste apte à travailler comme secrétaire, mais avec un cahier des charges réduit et peu de stress. Pour les experts de la F._____, les échecs constatés lors des essais de travail comme secrétaire montrent que ceux-ci n'avaient pas été suffisamment adaptés aux limitations fonctionnelles de la recourante, qui n'est pas capable de gérer un poste exigeant de la rapidité et la capacité de gérer de multiples tâches. Les experts ont finalement relevé que la capacité de travail était ainsi de 50% dans une activité adaptée, qui devait consister en une activité essentiellement sédentaire, avec déplacements occasionnels (la position assise prolongée pouvant être gênante), port de charges de maximum dix kg, pas de station accroupie ni à genoux, pas d'activité nécessitant une autonomie, des décisions indépendantes et une gestion de situations complexes.

Dans un complément d'expertise du 13 janvier 2014, les experts de la F._____ ont rappelé que leur évaluation globale de la capacité de travail à 50% dans une activité simple tenait compte des multi-comorbidités de la recourante. Ils ont au demeurant précisé que la recourante était en mesure d'exercer une activité adaptée au taux de 50% à compter de l'année 2007 - rejoignant en cela l'appréciation des médecins du S._____.

Il résulte de ce qui précède que les experts de la F. _____ ont appréhendé de façon détaillée, précise et étayée, l'entier des atteintes de la recourante. Ils ont examiné tout son dossier, procédé à des examens cliniques complets, pris en considération ses plaintes et ont établi son anamnèse en pleine connaissance, après avoir donné une description du contexte médical. Ils ont exposé quelles étaient les atteintes aux plans orthopédique, psychiatrique, neurologique et cognitif, et l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail, procédant à une appréciation globale et claire, avec des conclusions bien motivées. L'expertise de la F. _____ satisfait ainsi pleinement aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante d'un avis médical. L'expertise des médecins de la F. _____ n'est au demeurant contredite par aucune pièce médicale au dossier. On relèvera à cet égard que le fait qu'un collaborateur de l'AI ([...]) ait exprimé le 1^{er} octobre 2010 - soit à une date largement antérieure à celle de l'expertise de la F. _____ - que la capacité intellectuelle de la recourante était trop faible pour lui permettre de prétendre à un poste dans l'économie libre ne permet pas de remettre en cause les conclusions probantes de cette expertise : outre le fait que cette appréciation n'émane pas d'un médecin, elle est contredite par les pièces médicales au dossier et par les examens mis en œuvre par les spécialistes de la F. _____ (ainsi que ceux du S. _____).

On retiendra donc que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, simple et répétitive, depuis l'année 2007, son activité habituelle d'infirmière n'étant plus adaptée à son état de santé. Le fait que l'assurée se prévale de l'échec de ses tentatives de reprises d'activité pour contester être en mesure d'exercer une activité à ce taux ne lui est d'aucun secours : les experts ont en effet expliqué de façon convaincante que les échecs en question montraient que les essais de reprise n'avaient pas été suffisamment adaptés à ses limitations, les troubles cognitifs expliquant la difficulté à gérer le stress et plusieurs tâches en même temps.

La recourante voit en outre dans l'expertise de la F._____ des contradictions quant à son taux d'activité. Les experts se sont toutefois déterminés clairement à ce sujet. Ils ont ainsi explicité que la capacité de travail était de 70% au plan orthopédique, compte tenu des difficultés de déplacement et des douleurs, de 100% au plan neurologique, avec un rendement de 75% au plan neuropsychologique, et de 80% au plan psychiatrique, les limitations neuropsychologiques et psychiatriques concernant la vitesse et le type de travail. Finalement, leur évaluation globale, tenant compte des multi-comorbidités, les a conduit à retenir une capacité de travail de 50% dans une activité simple, sans que l'on puisse voir des contradictions dans cette appréciation.

La recourante fait en outre valoir, en se référant à l'arrêt TF 9C_168/2013 du 25 juillet 2013, que sa capacité de travail serait inexploitable. Dans cet arrêt, il était question d'un assuré ayant bénéficié dès son enfance de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité en raison d'un retard global du développement et de troubles psychotiques. Il ressortait de l'expertise mise en œuvre qu'en raison des potentiels effets liés à la psychose infantile, l'activité exigible de l'assuré devait s'exercer dans un cadre très particulier, à savoir dans un environnement soutenant et tolérant (sans remarques, ni critiques), à l'abri de tout stress professionnel et sans interactions avec d'autres employés. La situation de la recourante diffère sensiblement de celle de l'assuré dont il était question dans cet arrêt : si les experts de la F._____ ont effectivement fait état chez l'assurée d'une capacité de travail de 50% dans une activité simple et répétitive sans stress, soit une activité sans prise de responsabilités ni gestion de situations complexes, il n'en demeure pas moins qu'ils n'ont pas estimé que seule une activité dans un environnement protégé pouvait être exercée. Dans ce contexte, les principes posés à l'ATF 140 V 193 ne conduisent pas à une appréciation différente : dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a rappelé la répartition des compétences entre l'autorité chargée d'appliquer le droit et la personne chargée d'examiner la situation d'un point de vue médical en matière d'évaluation de l'incapacité de travail comme condition du droit à la rente d'invalidité (confirmation de jurisprudence; consid. 3.1 et 3.2). Or en

l'espèce, la recourante est en mesure d'exercer une activité simple, répétitive et sans stress au taux de 50%.

On voit enfin mal quel argument la recourante entend tirer du fait que l'expertise judiciaire de la F._____ et son complément n'ont pas été versés au dossier AI.

En définitive, on retiendra que la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité d'infirmière, mais une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis l'année 2007, en rappelant que l'évaluation de l'invalidité par l'assureur-accidents ou l'assurance invalidité n'a pas de force contraignante pour l'autre assureur (ATF 131 V 362 consid. 2.2; ATF 133 V 549 consid. 6).

5. Cela étant, il faut examiner le calcul du préjudice économique de la recourante et, partant, son taux d'invalidité.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPG; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit*, 2^e éd., Bâle/Genève/ Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPG (applicable par le renvoi de l'art. 18 LAA). Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de

travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité, en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). En l'espèce, la recourante a réalisé un revenu de 36'877 fr. 65 pour l'année 2002, de 36'280 fr. 45 pour l'année 2003, de 36'059 fr. 85 pour l'année 2005 et de 31'901 fr. 40 pour l'année 2006. Elle aurait par ailleurs réalisé un revenu de 80'356 fr. 25 à 100% en 2008, ce qui correspond à un revenu de 36'160 fr. 30 au taux de 45%. Ce dernier montant, fondé sur les indications données par l'employeur le 10 juillet 2008, sera retenu, s'agissant au demeurant d'un salaire superposable à celui réalisé par la recourante par le passé.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

En l'occurrence, selon l'ESS, pour une activité simple et répétitive dans le secteur privé niveau de qualification 4 (tableau TA1, ESS 2006, p. 15), le revenu mensuel est 4'019 francs. Adapté au temps de travail hebdomadaire moyen dans les entreprises en 2007 (41,7 h.) et tenant compte de l'indexation des salaires (+ 1,60%), c'est un revenu annuel de 51'082 fr. 13 qu'il convient de retenir pour une activité à 100%. Adapté au taux de 45%, soit le taux d'activité moyen exercé par la recourante avant l'accident de 2002 (étant rappelé à cet égard qu'il n'appartient pas à l'assurance-accidents de prendre en charge les conséquences économiques résultant du fait que la personne assurée a décidé d'exercer une activité à temps partiel), il en résulte un montant de 22'986 fr. 95. Il est encore rappelé qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre le marché du travail, un certain nombre d'entre elles sont raisonnablement exigibles de la recourante.

Compte tenu des atteintes de la recourante aux plans somatique, neurologique et psychiatrique, et des limitations fonctionnelles en découlant, on peut procéder à un abattement sous la forme d'une déduction de 15% (ATF 126 V 75), soit un salaire d'invalidé de 19'538 fr. 91.

En comparant ce revenu d'invalidé au revenu sans invalidité, on aboutit à un taux d'invalidité de 45,96% ([36'160 fr. 30 - 19'538 fr. 91] : 36'160 fr. 30 x 100), arrondi à 46% (ATF 130 V 121). Ce taux étant supérieur à 10% (cf. art. 18 al. 1 LAA), il ouvre le droit à une rente de

l'assurance-accidents à compter du 1^{er} janvier 2007, soit à compter de la stabilisation de l'état de santé telle qu'elle a été constatée par les experts de la F. _____ (cf. art. 19 al. 1 LAA).

L'intimée soutient qu'aucune rente n'est due dès lors que la recourante peut œuvrer à 50%, soit un taux supérieur à celui qui était le sien avant l'accident. S'il est certes exact que la personne assurée, lorsqu'elle continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2), la situation est différente en l'espèce. Il est en effet établi que la recourante n'est plus à même d'exercer l'activité d'infirmière qui était la sienne avant l'accident (cf. *supra* consid. 4). Si elle n'a pas fait état, lorsqu'elle a démissionné, de son incapacité à poursuivre son activité, il n'en demeure pas moins que les experts ont bien relevé le caractère inadéquat d'une activité demandant à pouvoir gérer des situations complexes et requérant la prise de décisions autonomes et indépendantes.

6. Reste à examiner le bien-fondé du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée, arrêté par l'intimée dans la décision attaquée à 30%.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid.

2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accidents; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2). Il sera par ailleurs équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte (cf. art. 36 al. 4 OLAA).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 221 consid. 4b et réf. cit.).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et réf. cit.), mais représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). La Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont

néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc).

b) En l'espèce, l'intimée retient une atteinte à l'intégrité de 30% en relation avec l'accident du 16 juillet 2002, sur la base d'une note de son médecin-conseil, le Dr J._____, du 5 mars 2007. La recourante conclut pour sa part à une IPAI "plus élevée" en recours puis, dans ses déterminations du 15 août 2014, à une IPAI de 60%.

L'IPAI n'a pas été évaluée par les médecins du [...] en 2004, dans la mesure où l'état de la recourante n'était pas encore stabilisé. En outre, les éléments ayant conduit le Dr J._____ à retenir une IPAI de 30% le 5 mars 2007 ne sont pas précisés. Ce n'est finalement qu'à l'occasion de la première expertise judiciaire que la question de l'IPAI a été examinée de manière circonstanciée. Dans ce cadre, les médecins du S._____ l'ont arrêtée à 52,5%, intégrant l'ensemble des atteintes somatiques et psychiatriques et en se référant aux tables n° 2, 5, et 19. Quand bien même l'intimée a déclaré qu'elle estimait l'expertise du S._____ non probante, elle a toutefois admis "par gain de paix" le taux de l'IPAI de 52.5% retenu par ses experts (cf. ses déterminations sur le complément d'expertise du 7 mars 2012).

Il n'en demeure pas moins que la question de l'IPAI a été une nouvelle fois soumise aux experts judiciaires de la F._____. Dans leur rapport d'expertise du 16 juillet 2013 - dont on a vu qu'il avait une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 4) -, complété le 13 janvier 2014, les experts ont relevé au sujet de l'IPAI que pour le seul plan orthopédique, celle-ci se montait à 45%. Au plan neurologique, l'atteinte très partielle du SPE gauche justifiait la reconnaissance d'une perte d'intégrité de 5%, en précisant qu'aux éléments neurologiques proprement dits s'ajoutaient les troubles neuropsychologiques qui pouvaient être considérés actuellement comme correspondant à une atteinte minimale à modérée, soit 10%, sur la base de la table 8 d'indemnisation de la CNA, l'atteinte conjointe neurologique et neuropsychologique globale totalisant 15%. Sur le plan

psychiatrique, selon la table 19 de la CNA, les troubles psychiques constatés pouvaient être considérés comme légers mais dans la mesure où ils avaient en partie préexisté, en tout cas pour moitié, il n'y avait pas lieu de retenir d'atteinte psychique due à l'accident. Finalement, et de façon globale, les experts de la F._____ ont retenu une IPAI de 60%, en estimant que la situation orthopédique au niveau des genoux était susceptible d'une péjoration.

La table 5 du barème prévoit en matière d'arthrose du genou grave des taux variant entre 30 et 40%. A cela s'ajoute que selon la table 7 relative aux affections de la colonne vertébrale, le taux d'atteinte d'une fracture cervicale, dorsale ou lombaire est fixé entre 0 et 30% selon les douleurs présentées.

En retenant un taux de 45% pour l'ensemble des atteintes somatiques de la recourante, les experts de la F._____ ont donc procédé à une évaluation qui n'est pas critiquable. Quant au taux global de 15% pour l'atteinte neurologique et neuropsychologique, se référant à la table 8, les experts ont retenu une atteinte minime à modérée, d'un taux de 10%, plus 5% pour l'atteinte du SPE, ce qui apparaît également conforme.

En conséquence, on ne peut que constater que les experts de la F._____ ont correctement pris en compte les limitations et douleurs fonctionnelles ressortant des examens pratiqués. La Cour de céans se rallie dès lors à l'appréciation de ces experts fixant le taux de l'atteinte à l'intégrité à 60%.

7. Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et réf. cit.; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une

telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et réf. cit.).

En l'espèce, les pièces au dossier permettent à la Cour de statuer, sans qu'il n'y ait lieu de donner suite aux réquisitions de preuves supplémentaires de la recourante (audition des experts du F. _____ et de l'auteur du courrier de l'OAI du 1^{er} octobre 2010).

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente de l'assurance-accident d'un taux de 46% dès le 1^{er} janvier 2007, ainsi qu'à une IPAI de 60%. Il convient à cet égard de renvoyer le dossier à la caisse intimée pour qu'elle procède au calcul du montant de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (dont sera déduite la somme déjà allouée), avec intérêts moratoires, ceux-ci étant dus à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit aux prestations (cf. art. 26 al. 2 LPGA; art. 7 OPGA).

b) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un avocat, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter les dépens à 4'000 fr. à la charge de la caisse intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD), compte tenu de la durée de la procédure, de sa complexité et de la mise en œuvre de deux expertises judiciaires pluridisciplinaires.

c) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 61 let. a LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 13 février 2008 par A._____SA est réformée en ce sens que V._____ a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 60%, ainsi qu'à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un degré de 46% dès le 1^{er} janvier 2007, la cause étant renvoyée à A._____SA pour qu'elle procède au calcul du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de la rente et des intérêts dus sur les arriérés.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. A._____SA versera à V._____ la somme de 4'000 fr. (quatre mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour V._____),
- A._____SA,
- Office fédéral de la santé public,

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 :