

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juin 2010

---

Présidence de M. JOMINI

Juges : Mme Röthenbacher et M. Gerber, juge suppléant

Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à Vuiteboeuf, recourante, représentée par Me Charles Munoz,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

**G.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 18 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_, née en [...], originaire de [...], travaillait depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003 à [...] comme vendeuse alimentaire et était à ce titre assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de G. \_\_\_\_\_ (ci-après : G. \_\_\_\_\_). Elle a été victime le dimanche 25 juillet 2004 d'une collision frontale à 60-70 km/h, avec un véhicule fautif. La conductrice de celui-ci s'était endormie en volant, de sorte que sa voiture a traversé la voie réservée à la circulation inverse, puis, après quelques dizaines de mètres sur la banquette herbeuse, est revenue sur la chaussée et a heurté frontalement le véhicule de l'assurée. Cette dernière a percuté le volant avec la tête, malgré le port de la ceinture de sécurité. Elle a été hospitalisée du 25 juillet au 6 août 2004 au Centre R. \_\_\_\_\_ (ci-après : R. \_\_\_\_\_). Selon le rapport de sortie de l'hôpital du 16 août 2004, l'assurée a subi principalement une fracture médio-claviculaire gauche, une fracture du mur antérieur de la vertèbre L1, une fracture du nez et une contusion du sternum. En outre, elle a développé un syndrome de stress post-traumatique ainsi que, le 4 août 2004, des céphalées pulsatiles frontales et nucales très fortes qui ont duré environ huit heures et ont été qualifiées de probable migraine inaugurale.

Le 18 octobre 2004, le R. \_\_\_\_\_ a établi le rapport médical intermédiaire suivant :

### **« Premiers soins :**

- 1. Plaintes de la patiente lors de la consultation du 16.09 :** quelques douleurs lombaires résiduelles principalement à droite. Nette amélioration de la symptomatologie douloureuse en regard de la fracture claviculaire.
- 2. Constatation et diagnostic exact :** fracture du tiers moyen de la clavicule droite (recte : gauche). Fracture du mur antérieur de la première vertèbre lombaire, contusion du sternum, fracture du nez et plaie du troisième doigt de la main droite.
- 3. Evolution et traitement et pronostic :** la fracture vertébrale et claviculaire ont toutes deux été traitées conservativement par une immobilisation dans un corset et un bandage en huit. Lors des contrôles, du 16 septembre, on notait une légère progression du tassement vertébral (de 16° et 18°). Au niveau

de la fracture claviculaire on note un cale sur les quatre corticales.

1. Bonne évolution sur le plan objectif et subjectif.
2. La fracture claviculaire devrait évoluer sans séquelle. La fracture vertébrale fera certainement place à des lombalgies chroniques.

**4. Y a-t-il une atteinte psychique ?** Oui, un syndrome de stress post-traumatique qui a été pris en charge à notre CTR de [...] et traité par Seropram de 10 puis 20 mg. Le traitement est prévu pour une durée de 4 mois.

**5. La patiente présentait des céphalées :** lors de la consultation du 16.09.04, la patiente était asymptomatique à ce niveau sous le traitement instauré à [...].

Il n'y a pas de mesure thérapeutique ni une investigation particulière prévue.

**6. Incapacité de travail :** la patiente est actuellement en incapacité de travail à 100 % et ceci probablement jusqu'à la mi-novembre ».

**B.** A la demande de G.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ a séjourné du 28 juin au 27 juillet 2005 à la Clinique B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 2 septembre 2005, les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, et C.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

« **Diagnostic(s) primaire(s) :**

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

**Diagnostics secondaires :**

- Lombalgie (M 54.6)
- Fracture du mur antérieur de L1, le 25.07.2004 (T 91.1)
- Fracture du tiers distal de la clavicule gauche, le 25.07.04 (T 91.9)

**Co-morbidités :**

- Etat de stress post-traumatique (F 43.1)
- Lucite (L 56.8) »

Lors du consilium psychiatrique du 5 juillet 2005 à la B.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu que l'état de stress post-traumatique atteignait la limite inférieure du seuil diagnostique.

**C.** L'assurée a été en incapacité de travailler à 100 % du 25 juillet (jour de l'accident) au 28 novembre 2004, à 75 % du 29 novembre 2004 au 31 janvier 2005, à 100 % du 1<sup>er</sup> février 2005 au 30 avril 2007 et à 25 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007. Elle a été licenciée par son employeur avec effet au 31 juillet 2005.

**D.** A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI), M. \_\_\_\_\_ a fait l'objet d'une expertise à la clinique Z. \_\_\_\_\_, rendue le 28 mai 2007 par la Dresse S. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, et le Dr A.D. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH. Cette expertise reposait principalement sur un entretien médico-psychologique, ainsi qu'un entretien et un examen orthopédique datant du 5 septembre 2006. Les experts ont notamment relevé ce qui suit :

**« A. QUESTIONS CLINIQUES**

(...)

**2. PLAINTES ET DONNES SUBJECTIVES**

**Plaintes spontanées**

L'examinée se plaint actuellement de douleurs rachidiennes lombaires, pratiquement quotidiennes, plus ou moins fortes, avec irradiation dans les membres inférieurs jusqu'aux pieds. De plus, elle évoque une gêne au niveau de l'épaule gauche, ainsi qu'un manque de force au niveau du membre supérieur gauche. Par ailleurs, l'investiguée relève des céphalées frontales et occipitales accompagnées d'un état nauséux et de vertiges, survenant une à deux fois par mois. Ces céphalées sont soulagées par la prise de Dafalgan® (paracétamol) et par la position allongée.

Notons l'absence de plaintes psychiatriques de l'intéressée qui déclare qu'elle va mieux moralement et qu'elle se lève tous les jours vers 6 heures du matin, avec de l'énergie et de la motivation.

(...)

**4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)**

**4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail (...)**

- F07.02 : Syndrome post-commotionnel.
- Lombalgies résiduelles post-traumatiques sur discopathie D12-L1 et trouble statique.

**4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (...)**

- Status après fracture-tassement du plateau supérieur et du mur antérieur de L1.
- Fracture du tiers médian de la clavicule gauche.

- Consolidation de ces deux fractures ».

## **5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

(...)

Après examen clinique et discussion interdisciplinaire, les experts soulignent que deux ans après son accident, Madame M. \_\_\_\_\_ connaît une lente mais constante amélioration symptomatique et fonctionnelle. Les lésions traumatiques du squelette osseux sont maintenant stabilisées par une consolidation osseuse complète tant au niveau de la clavicule gauche que de la première vertèbre lombaire.

Au niveau de la clavicule gauche, il n'y a pas de déficit marqué, à part une diminution modérée de la mobilité de l'épaule. Cependant, la patiente, qui est droitrière, ne semble que très légèrement gênée par cette limitation de l'abduction et de l'antépulsion de l'épaule gauche.

Au niveau lombaire, suite à la fracture de L1, il résulte une discopathie D12-L1, car le disque D12-L1 a lui aussi été très vraisemblablement traumatisé par la fracture. Cette fracture est consolidée avec une petite cyphose résiduelle, qui entraîne un trouble statique modéré de la jonction lombosacrée par légère hyperlordose compensatrice. Ce trouble statique explique les douleurs lombaires résiduelles, en association avec la discopathie D12-L1.

L'examen psychiatrique a objectivé un syndrome post-commotionnel résiduel en voie d'amélioration et a permis de confirmer la résolution du syndrome de stress post-traumatique dont a souffert l'assurée. Notons l'absence de tout autre trouble psychiatrique (troubles anxieux ou dépressifs, manifestations psychotiques).

Le pronostic à moyen et à long terme est considéré comme étant favorable et tenant compte de ces améliorations, les experts envisagent une reprise du travail à 50 % dans le dernier emploi de vendeuse de l'expertisée. Six mois plus tard, une reprise du travail à 100 % peut être attendue. Un traitement antidépresseur peut éventuellement améliorer la symptomatologie, bien qu'on s'attende à une rémission spontanée.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES**

L'explorée est limitée dans les activités demandant

- Une position debout prolongée ou baissée complètement en avant.
- Le port de charges supérieures à 10-15 kilos.
- Une activité soutenue, sans possibilité d'alterner les positions, ni de prendre des pauses régulièrement (...) ».

Les médecins ont retenu qu'en respectant les limitations fonctionnelles précitées, l'intéressée pouvait reprendre son activité de

vendeuse ou toute autre activité à 50 %, puis à 100 % deux mois (recte : six mois) plus tard, avec plein rendement.

**E.** A la demande de G.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ a été examinée les 29 novembre et 14 décembre 2006 par les Drs B.D.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, N.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, T.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et X.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, du Centre W.\_\_\_\_\_ (ci-après : W.\_\_\_\_\_), lesquels ont rendu leur expertise multidisciplinaire en date du 23 février 2007 et ont diagnostiqué ce qui suit :

- « - Fracture de la clavicule gauche
- Limitation en mobilité et en force de l'épaule gauche d'origine incertaine sur le plan orthopédique (fonctionnelle ou sur atteinte de la coiffe des rotateurs)
- Status après fracture-tassement du corps vertébral de L1 et de l'apophyse transverse
- Troubles statiques modérés du rachis
- Status après contusion du sternum et plaie du médus droit
- Surcharge pondérale
- Syndrome post-commotionnel avec céphalées mixtes tensionnelles et migraineuses post-traumatiques et discrètes sensations vertigineuses
- Anosmie post-traumatique
- Trouble de l'adaptation avec réactions anxieuses et dépressives, en décours
- Etat de stress post-traumatique, en décours ».

Leurs commentaires et réponses aux questions de G.\_\_\_\_\_ étaient notamment les suivants :

« **V Synthèse et discussion**

Sur le plan somatique, on relève une mobilité du rachis correcte. L'assurée ressent des douleurs et craint de les aggraver par les mouvements, mais il n'y a objectivement pas de limitation fonctionnelle significative.

Du point de vue objectif, la fracture du corps vertébral de L1 est consolidée. Il y a vraisemblablement une fracture de l'apophyse transverse au même niveau qui n'avait pas été relevée, mais cela n'influence pas la capacité fonctionnelle. En raison de l'atteinte au rachis, on peut recommander une limitation du port de charges,

mais les limitations décrites par Madame M. \_\_\_\_\_ dans sa vie quotidienne paraissent disproportionnées en regard des éléments objectifs.

Sur le plan orthopédique, la fracture de la clavicule est consolidée cliniquement et radiologiquement, il y a une limitation active de l'épaule gauche par rapport à la droite, une absence de mobilité passive.

(...)

Sur le plan de la fonction de l'épaule gauche, en l'absence d'atteinte neurologique, la limitation de la mobilité active et les sensations de faiblesse peuvent :

- 1) Être fonctionnelles suite à la fracture de la clavicule.
- 2) Être dues à une lésion concomitante de la coiffe des rotateurs (ce qui est peu probable mais ne peut être exclu par le seul examen clinique).

Nous pensons qu'une rééducation visant essentiellement le renforcement des abaisseurs pour un centrage de l'épaule doit pouvoir permettre d'améliorer la fonction de façon notable dans la première des hypothèses (traitement de rééducation fonctionnelle de 3 à 4 mois).

En cas d'échec, une arthro-IRM de l'épaule gauche se justifie pour exclure une déchirure de la coiffe des rotateurs. Si cet examen est positif (peu probable cliniquement), la lésion est à considérer comme en relation avec l'accident et doit être traitée. Dans le cas contraire et en cas de non amélioration par la rééducation précitée, il faudra considérer les troubles fonctionnels de l'épaule gauche comme n'étant plus en rapport avec les suites de l'accident.

(...)

Sur le plan neurologique, Madame M. \_\_\_\_\_ se plaint encore actuellement de céphalées mixtes avec un fond sourd plus ou moins constant et des épisodes aigus à raison d'une fois par semaine comportant des céphalées pulsatiles diffuses s'accompagnant de nausées et de vomissements ainsi que d'une photo- et phonophobie obligeant la patiente à s'allonger dans le noir. Madame M. \_\_\_\_\_ signale également des sensations vertigineuses matinales, une anosmie, une hypoacousie droite, une lourdeur du membre supérieur gauche et des paresthésies diffuses du membre supérieur gauche.

En résumé, l'examen neurologique ne révèle pas d'anomalies significatives de la station debout et des différentes épreuves de marche avec notamment pas d'instabilité ni de déviation latéralisée. L'examen des paires crâniennes paraît révéler une anosmie ainsi qu'une hypoacousie droite (...).

(...)

En bref, sur le plan neurologique, Madame M. \_\_\_\_\_ présente encore actuellement un discret syndrome post-commotionnel où dominant des céphalées à caractère tensionnel et migraineux. A cela s'ajoutent une probable anosmie et une éventuelle hypoacousie droite. Il n'y a par ailleurs aucun déficit neurologique significatif et l'examen neurologique n'apporte pas d'explication aux troubles rapportés par la patiente au niveau du membre supérieur gauche avec notamment aucun élément en direction d'une atteinte des

nerfs supra-scapulaire et axillaire gauches. En raison de cela, nous avons renoncé à pratiquer un ENMG.

En l'absence de toute plainte préalable à l'événement accidentel, on doit admettre que les maux de tête sont en relation de causalité probable avec l'événement accidentel de même que les sensations vertigineuses et l'anosmie. Comme mentionné plus haut, les plaintes au niveau du membre supérieur gauche n'ont pas de substrat organique.

Du point de vue thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours auquel on pourrait ajouter un traitement anti-migraineux de fond par la prescription d'Inderal, de Topamax ou d'un anti-dépresseur tricyclique compte tenu de la composante tensionnelle (...).

## **VI Réponses aux questions de G.**

(...)

### **8. Causalité naturelle**

*8.1 Les troubles actuels sont-ils dus uniquement ou partiellement à l'accident du 25.07.2004 ?*

La fracture de la clavicule gauche est due de façon certaine à l'accident du 25.07.2004.

Concernant les troubles fonctionnels de l'épaule gauche actuels, ils sont liés de façon probable à l'accident du 25.07.2004.

La fracture de la première vertèbre lombaire est due de façon certaine à l'accident en question.

L'anosmie, les céphalées mixtes tensionnelles et migraineuses ainsi que les sensations vertigineuses sont dues de façon probable, voire certaine à l'événement accidentel du 25.07.2004.

Les troubles psychiatriques sont dus uniquement à l'accident.

*8.2 Dans le cas où la réponse à la question 8.1 ne peut être clairement affirmative ou négative :*

*Les troubles actuels sont-ils dus à l'accident du 25.07.04 d'une façon seulement possible ou fortement vraisemblable ?*

Les troubles fonctionnels de l'épaule gauche sont d'une façon fortement vraisemblable liés à l'accident du 25.07.2004, mais dans ce cas, ils doivent s'améliorer avec une bonne rééducation, ou alors être en rapport avec une déchirure de la coiffe des rotateurs qui reste à objectiver (moins probable cliniquement).

Les plaintes douloureuses concernant le rachis et les répercussions que cela entraîne dans la vie quotidienne selon l'assurée paraissent disproportionnées comparativement aux lésions objectives et à la fonction satisfaisante constatée à l'examen clinique.

### **14. Capacité de travail**

*14.1 Quelles activités (pex. soulever/porter, position du corps/mobilité, etc.) sans tenir compte de l'occupation professionnelle exercée avant l'accident, sont à ce jour encore raisonnablement exigibles de l'assurée ? Dans quel espace de temps ? Avec quel rendement ?*

Pour les suites de la fracture de la clavicule et l'état actuel de l'épaule gauche, les activités peuvent être effectuées en dessous de

l'horizontale. Dans ces conditions, et en limitant bien entendu le port de charge, de l'ordre de 10 à 15 kg, une activité est exigible à plein temps.

La situation est susceptible d'amélioration (cf. réponses précédentes).

La limitation du port de charges est également nécessaire en raison de l'atteinte du rachis. Pour cette raison, il faut également éviter les mouvements répétitifs en flexion-extension ou en rotation du tronc ainsi que les positions maintenues en porte-à-faux avec le haut du corps.

Sur le plan neurologique, Madame M.\_\_\_\_\_ peut effectuer toute activité à plein temps à l'exception d'une activité nécessitant un bon odorat. Néanmoins, au vu de l'importance des maux de tête, on peut admettre qu'il existe une perte de rendement de 25 %.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a plus d'incapacité de travail. Cependant, il y a des cours de conduite à faire (cf. réponses précédentes).

(...)

15. Appréciation de l'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 25.07.2004 selon les tables du service médical de la SUVA, en tenant compte d'une éventuelle aggravation prévisible dans le futur ?

L'appréciation de l'atteinte à l'intégrité concernant les suites de la fracture de la clavicule gauche et les limitations fonctionnelles ne peut être effectuée à l'heure actuelle, puisque les limitations fonctionnelles n'ont pas une cause véritablement établie au moment où l'expert orthopédique effectue l'expertise et que nous pensons qu'une amélioration est encore possible.

Le taux d'atteinte à l'intégrité pour la colonne lombaire peut être évalué à 5 %.

Sur le plan strictement neurologique, la perte à l'intégrité subie par Madame M.\_\_\_\_\_ en tant que conséquence de l'événement accidentel du 25.7.2004 est de 25 %, soit 15 % pour l'anosmie et 10 % pour le syndrome post-commotionnel avec comme élément prédominant les maux de tête ».

En réponse à une lettre de G.\_\_\_\_\_ du 29 mars 2007 lui demandant d'estimer la durée du traitement de rééducation de l'épaule gauche, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin-traitant et généraliste FMH, a préconisé, le 9 mai 2007, d'attendre la fin du traitement de l'intéressée au Centre H.\_\_\_\_\_. Il s'est référé au rapport de la B.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2005 qui relevait que les tests de coiffes étaient indolores et tenus pour l'épaule gauche.

**F.** G.\_\_\_\_\_ ayant mis fin au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> juin 2007, l'assurée a sollicité l'octroi des indemnités de l'assurance-chômage.

**G.** Dans un rapport du 26 juin 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Centre H.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'intéressée bénéficiait d'une prise en charge dans son établissement, consistant en un renforcement musculaire et proprioceptif et en un traitement antalgique à l'aide de massages, fangos et ultrasons. En effet, sa patiente souffrait de douleurs mécaniques principalement à l'épaule, ayant tendance à irradier en direction céphalique.

**H.** Par décision du 11 septembre 2007 adressée au conseil de l'assurée, Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains, G.\_\_\_\_\_ s'est déterminée comme suit sur l'événement du 25 juillet 2004 :

« (...) nous mettons fin aux prestations à court terme (traitement médical et indemnités journalières, articles 10 et 17 LAA) avec effet immédiat, pour pouvoir nous prononcer sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Nous nous référons également à notre courrier du 03.07.2007 qui confirme l'arrêt du paiement des indemnités journalières à la date du 31.05.2007. Le traitement médical prend fin avec les dernières séances de physiothérapie prescrites par le Dr. méd. P.\_\_\_\_\_.

Aucune rente d'invalidité n'est due au titre de la LAA, car l'aptitude de Madame M.\_\_\_\_\_ à reprendre le travail à une place de travail adaptée est confirmée dans le rapport d'expertise du 23 février 2007.

Toutefois les dispositions de l'article 11 OLAA demeurent réservées en cas de rechutes et de séquelles tardives; dans de telles situations, les prestations d'assurance sont également versées.

A présent, nous sommes disposés à allouer à Madame M.\_\_\_\_\_, au sens des articles 24 et 25 LAA, une indemnité pour atteinte à l'intégrité dans la mesure où cette atteinte résulte des suites de l'accident du 25.07.2004 (...).

Dans le cas de Madame M.\_\_\_\_\_, le taux de l'atteinte à l'intégrité est de 25 % pour les troubles neurologiques (maux de tête et anosmie) et de 5 % pour la colonne lombaire. Il en résulte un taux total de 30 % (voir conclusion du rapport d'expertise du 23 février 2007) (...) ».

**I.** M.\_\_\_\_\_ a fait opposition contre le refus d'octroi d'une rente invalidité le 12 octobre 2007. Par décision sur opposition du 10 novembre

2008, G.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et maintenu sa décision au motif que l'OAI avait considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière tant dans une activité adaptée que dans celle de vendeuse, ceci conformément aux conclusions des experts de la clinique Z.\_\_\_\_\_.

**J.** Toujours par l'intermédiaire de son conseil, M.\_\_\_\_\_ a recouru par acte du 24 novembre 2008 contre la décision sur opposition du 10 novembre 2008, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente invalidité basée sur un degré d'invalidité de 25 %, subsidiairement sur un degré d'au moins 10 %, et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision et calcul de la rente partielle lui revenant. Elle a exposé que les difficultés qu'elle rencontrait depuis l'accident assuré étaient toujours présentes (douleurs à l'épaule gauche, à la clavicule gauche et à la région lombaire, céphalées, sommeil perturbé, anosmie et hypoacousie droite) et que les experts du W.\_\_\_\_\_ avaient mentionné qu'il était peu probable que le statu quo ante fût atteint. En outre, dès lors que les conclusions des spécialistes étaient parfaitement claires et répondaient aux conditions posées par la jurisprudence, il ne se justifiait pas de privilégier les conclusions des experts de la clinique Z.\_\_\_\_\_ mandatés par l'OAI. La recourante a aussi relevé qu'elle n'avait eu aucune raison d'attaquer la décision de l'OAI lui allouant une rente d'invalidité limitée dans le temps (cf. infra, lettre K) puisque l'expertise du W.\_\_\_\_\_ ne retenait qu'une incapacité de 25 %, soit moins que le minimum prévu par l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) pour pouvoir prétendre à un quart de rente d'invalidité au moins. Si ce degré d'incapacité n'était pas déterminant pour l'octroi d'une rente de l'invalidité de la part de l'OAI, il l'était en revanche du point de vue de l'assurance-accidents et l'intimée aurait dû en conséquence procéder à une comparaison des revenus avec et sans invalidité.

Dans sa réponse du 6 février 2009, G.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours en reprenant la même motivation que la décision litigieuse.

**K.** Le dossier de l'OAI a été produit le 12 novembre 2009, contenant notamment une décision du 9 juillet 2008 allouant à M. \_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 30 novembre 2006 et une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2006 au 31 mai 2007, fondées sur les conclusions des experts de la clinique Z. \_\_\_\_\_.

## **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** A teneur de la disposition 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<sup>er</sup> 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)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.11]).

**2.**           Le litige porte seulement sur le refus d'une rente d'invalidité. Les autres objets de la décision du 11 septembre 2007 (terminaison des prestations à court terme et octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité), qui n'étaient pas contestés dans le cadre de la procédure d'opposition, ne concernent pas la présente cause.

**3.**           Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

**4. a)** Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme.

**b)** En l'espèce, l'OAI a accordé à la recourante par décision du 9 juillet 2008 une rente de 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005, réduite à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2006 et supprimée en date du 1<sup>er</sup> juin 2007 du fait que la capacité de travail était considérée comme entière dès cette date. Les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité étaient donc achevées.

L'expertise du W.\_\_\_\_\_ du 23 février 2007 relève que la limitation de la mobilité active de l'épaule gauche peut être améliorée de façon notable par une rééducation fonctionnelle suite à la fracture de la clavicule gauche; en cas d'échec, une arthro-IRM de l'épaule gauche se justifierait pour exclure une déchirure de la coiffe des rotateurs qui, le cas échéant, devrait être considérée comme en relation avec l'accident. Or, selon le rapport du 26 juin 2007 du Dr J.\_\_\_\_\_ du centre H.\_\_\_\_\_, la recourante continue à souffrir de l'épaule gauche malgré un traitement notamment physiothérapeutique. Aux termes du rapport du 9 mai 2007 du médecin traitant de la recourante, le Dr P.\_\_\_\_\_, les tests de coiffes sont indolores et tenus pour l'épaule gauche; dans le sens où cette déclaration est une citation du rapport de la B.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2005 auquel le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ se réfère expressément, on peut se demander si cette constatation repose sur un examen spécifique fait par le Dr P.\_\_\_\_\_. En revanche, le rapport susmentionné du Dr J.\_\_\_\_\_ expose que l'examen de la coiffe des rotateurs n'est « guère contributif ». Dans la mesure où l'expertise du W.\_\_\_\_\_ estime « peu probable cliniquement » qu'une arthro-IRM constate l'existence d'une déchirure de la coiffe des rotateurs, on peut donc admettre avec une vraisemblance prépondérante que la limitation de la mobilité active de l'épaule gauche de la recourante

n'est pas due à une telle déchirure qui nécessiterait éventuellement un traitement et une réadaptation.

S'agissant des atteintes neurologiques, l'expertise du W.\_\_\_\_\_ estimait, à l'époque, nécessaire de poursuivre le traitement en cours, auquel « il serait souhaitable d'ajouter un traitement antimigraineux de fond ». Elle relevait toutefois que ce traitement avait pour but de maintenir au moins l'état de santé, voire très éventuellement de l'améliorer un peu.

Les conditions temporelles pour la naissance du droit à une rente d'invalidité sont donc remplies.

**5. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

La condition du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance

sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1. p. 406, 119 V 335 consid. 1. p. 337).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2. p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

**b)** Selon les constatations de l'expertise du W.\_\_\_\_\_, cinq atteintes à la santé de la recourante sont déterminantes pour évaluer sa capacité de travail : une limitation de la fonction de l'épaule gauche, une atteinte au rachis, des céphalées, une anosmie et une hypoacousie. L'expertise de la clinique Z.\_\_\_\_\_ ne retient en revanche que la deuxième.

**c)** S'agissant de la limitation de la fonction de l'épaule gauche, l'expertise du W.\_\_\_\_\_ relève qu'en cas de non-amélioration par une rééducation fonctionnelle de trois à quatre mois, il faut considérer les troubles fonctionnels de l'épaule comme n'étant plus en rapport avec les suites de l'accident. Certes, l'expertise conditionne ce résultat au déroulement d'une arthro-IRM pour exclure une déchirure de la coiffe des rotateurs. Même sans arthro-IRM, on peut considérer qu'une telle déchirure est exclue, eu égard au rapport du 29 mars 2007 du Dr P.\_\_\_\_\_, selon lequel les tests de coiffes sont indolores et tenus pour l'épaule gauche, et au rapport du 26 juin 2007 du Dr J.\_\_\_\_\_, selon lequel l'examen de la coiffe des rotateurs n'est « guère contributif ». L'expertise de la clinique Z.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur cette question. Il en découle que la limitation de la fonction de l'épaule gauche n'est plus dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident subi par la recourante.

**d)** S'agissant de l'atteinte au rachis, l'expertise du W. \_\_\_\_\_ constate que la fracture de la première vertèbre lombaire est due de façon certaine à l'accident du 25 juillet 2004. En revanche, elle estime que « les plaintes douloureuses concernant le rachis et les répercussions que cela entraîne dans la vie quotidienne selon l'assurée paraissent disproportionnées comparativement aux lésions objectives et à la fonction satisfaisante constatée à l'examen ». L'expertise de la clinique Z. \_\_\_\_\_ (Dr A.D. \_\_\_\_\_) estime de son côté que la fracture de la lombaire L1 a « très vraisemblablement » traumatisé le disque D12-L1; de plus, il ressort de cette expertise que la fracture a été consolidée « avec une petite cyphose résiduelle, qui entraîne un trouble statique modéré de la jonction lombosacrée par légère hyperlordose compensatrice ». De l'avis du Dr A.D. \_\_\_\_\_, les douleurs lombaires résiduelles s'expliquent par ce trouble statique en association avec la discopathie D12-L1, donc par les suites de la fracture de la lombaire L1 lors de l'accident.

L'analyse du lien de causalité faite par le Dr A.D. \_\_\_\_\_ apparaît plus détaillée et plus convaincante. On peut dès lors estimer que l'atteinte au rachis et le trouble statique de la recourante ainsi que les douleurs lombaires résiduelles qui en découlent ont un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident assuré. G. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs admis ce lien de causalité en accordant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % « pour la colonne lombaire » (cf. supra, lettre H).

**e)** S'agissant des céphalées, les expertises du W. \_\_\_\_\_ et de la clinique Z. \_\_\_\_\_ les rattachent à un syndrome post-commotionnel. Selon le W. \_\_\_\_\_, les maux de tête sont en relation de causalité probable avec l'événement accidentel. C'est sur la base de cette évaluation que G. \_\_\_\_\_ a accordé une rente pour atteinte à l'intégrité de 30 % à la recourante, à raison notamment de 25 % pour les troubles neurologiques (maux de tête et anosmie), admettant ainsi un lien de causalité naturelle et adéquate entre les céphalées et l'accident assuré (cf. supra, lettre H).

**f)** Le W.\_\_\_\_\_ a aussi diagnostiqué une probable anosmie (cf. expertise, p. 23), à savoir l'incapacité partielle ou totale de percevoir les odeurs s'accompagnant souvent d'une perturbation du goût (Blouin Maurice, Bergeron Caroline et autres, Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : termes techniques d'évaluation, Québec 1995, p. 17). Le lien de causalité entre l'accident et l'anosmie a été qualifié par le W.\_\_\_\_\_ comme probable, voire certain, ce qui a conduit G.\_\_\_\_\_ à accorder à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison de cette affection physique (cf. supra, lettre H). En outre, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et cette anosmie n'est pas controversé entre les parties.

**g)** L'hypoacousie, soit une baisse de la perception auditive, à droite a été considérée par l'expertise du W.\_\_\_\_\_ comme possible. Comme cette expertise n'a pas déduit de l'hypoacousie une limitation de la capacité de travail de la recourante, il n'est pas nécessaire de trancher la question du rapport de causalité.

**6.** Le litige porte sur la capacité résiduelle de travail de la recourante.

**a)** Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de

procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas.

D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 ss consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 ss consid. 3; TFA I\_564/02 du 13 janvier 2004, U\_288/03 du 24 mars 2004, U\_222/03 du 19 juillet 2004, consid. 5.2).

**b)** La recourante expose que les difficultés rencontrées depuis l'accident sont toujours présentes et que dans la mesure où les conclusions des spécialistes du W.\_\_\_\_\_ - mandatés par ailleurs par l'assureur-accidents lui-même - sont parfaitement claires et répondent aux conditions posées par la jurisprudence, il ne se justifie pas de privilégier celles des experts de la clinique **Corela** mandatés par l'OAI.

En l'espèce, les experts de la clinique Z.\_\_\_\_\_ ont estimé, après discussion interdisciplinaire, que la recourante pouvait reprendre son activité de vendeuse ou une autre activité à 50 %, puis à 100 % six mois plus tard (examens du 5 septembre 2006), respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position debout prolongée ou baissée complètement en avant, pas de port de charges supérieures à 10-15 kg et pas d'activité soutenue, sans possibilité d'alterner les positions ou de prendre des pauses régulièrement. Pour leur part, les experts du W.\_\_\_\_\_ ont considéré que l'on pouvait exiger de la recourante qu'elle travaille à plein temps dans toute activité adaptée, soit excluant le port de charges de plus de 10 à 15 kilos, les mouvements répétitifs en flexion-extension ou en rotation du tronc, les positions maintenues en porte-à-faux avec le haut du corps, ainsi que les activités nécessitant un bon odorat (examens des 29 novembre et 14 décembre 2006); toutefois, en raison de la présence d'un discret syndrome post-commotionnel où dominaient des céphalées à caractère tensionnel et migraineux, on pouvait admettre une diminution de rendement de 25 pour-cent.

Même si l'assurance-invalidité a considéré que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> juin 2007, c'est en se fondant sur l'appréciation de la capacité de travail des experts de la clinique Z.\_\_\_\_\_, déterminée en fonction uniquement des troubles liés au rachis (cf. supra, consid. 5b), que l'OAI a accordé à l'intéressée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 30 novembre 2006 (fondée sur incapacité de travail de 100 %), puis une demi-rente du 1<sup>er</sup> décembre 2006 au 31 mai 2007 (fondée sur une incapacité de travail de 50 %). Or, il ressort de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ que la recourante souffre toujours de céphalées liées au syndrome post-commotionnel subsistant, justifiant une diminution de rendement de l'ordre de 25 %. Ces troubles ne sauraient être ignorés dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle exigible de la part de la recourante. Les examens du W.\_\_\_\_\_ (29 novembre et 14 décembre 2006) sont en outre postérieurs à ceux de la clinique Z.\_\_\_\_\_ (5 septembre 2006) et les experts ont répondu au questionnaire spécifique des problèmes à résoudre dans le cadre de l'assurance-

accidents. Enfin, les deux expertises sont conformes aux réquisits posés par la jurisprudence en ce qui concerne leur valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a), ce que les parties ne contestent par ailleurs pas.

Par conséquent, la préférence accordée à l'expertise du W.\_\_\_\_\_ conduit à retenir une capacité de travail résiduelle exigible de 75 % et c'est à l'assureur-accidents qu'il revient de calculer le degré d'invalidité sur cette base (art. 43 LPGA), en procédant à une comparaison des revenus sans et avec invalidité. Le recours doit dès lors être admis, la décision attaquée annulée pour les motifs qui précèdent et la cause renvoyée à G.\_\_\_\_\_ pour nouvelle décision.

**7.** Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont le montant doit être 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 y a lieu d'arrêter à 1'500 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 novembre 2008 par G.\_\_\_\_\_ est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

**IV.** G.\_\_\_\_\_ versera à M.\_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Charles Munoz, avocat (pour M. \_\_\_\_\_)
- G. \_\_\_\_\_
- Office fédéral de la santé publique (OFSP)

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :