

VD_GERICHTE ZA14.032866 vom 29. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.032866

FR: VD_GERICHTE ZA14.032866 du 29 novembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZA14.032866 del 29 novembre 2018

Erwägungen

E. 20

%. Dans une autre activité exigible, il s'agissait selon les experts judiciaires d'un travail léger, avec positions alternées, semi-sédentaire, avec des charges répétitives n'excédant pas 5 kg, en évitant des ambiances bruyantes. L'expert psychiatre judiciaire n'a pour sa part pas identifié de limitation ou de restriction particulière (pp. 86 et 94-95, cf. aussi pp. 83-85).

- 22 - Concernant la baisse de rendement en particulier, les experts du AM._____ ont relevé que, dans le travail relativement statique de secrétaire médicale et dans le contexte d'autres perturbations avec des acouphènes, l'exigibilité n'était pas complète, les limitations somatiques sur les plans de l'appareil locomoteur et ORL s'expliquant par ses traits de personnalité. De l'avis des experts judiciaires, il convenait d'admettre une baisse de rendement de 20 % dans son travail de secrétaire médicale, tout en la rendant attentive au fait de tenir compte des limitations aussi dans le sport. Ils ont encore relevé que leur conclusion se rapprochait sur ce point de celle du Dr Z._____ (rapport, pp. 87 et 94-95, cf. aussi p. 84). Sur question de l'assurée, les experts judiciaires ont décrit les périodes d'incapacité de travail à prendre en considération depuis la date de l'accident. Sur le plan somatique, ils ont retenu une incapacité de travail totale des suites de l'accident du 3 septembre 2009 jusqu'à la sortie de la Clinique de réadaptation T._____ à la fin octobre 2010, la capacité de travail étant alors évaluée à 50 %, à « essayer ». Les experts ont exposé que la reprise thérapeutique ne s'était faite qu'à 30 % dès fin juin 2011, puis entre 20 et 50 % en septembre 2011 avec de fortes lancées dans le bras gauche et des cervicalgies intenses. En parallèle, elle retrouvait alors des performances sportives. Les experts du AM._____ ont estimé qu'à partir de juin 2011, compte des performances sportives, la capacité de travail suggérée par la Clinique de réadaptation T._____ des suites de l'accident aurait pu être mise en pratique, à 50 %. De leur avis, l'assurée a retrouvé une capacité de travail à 50 % trois mois après la cure de pseudarthrose de la clavicule droite, soit à partir de janvier 2014, en tenant compte d'un arrêt total de trois mois dès la date de l'opération. Selon les experts judiciaires, un mois plus tard, la situation était stabilisée et permettait selon les éléments médicaux une capacité de travail de 80 % l'activité de secrétaire médicale, tandis que dans une activité semi- sédentaire, sans exposition aux bruits, sans porte de charge, ils admettaient théoriquement une pleine capacité de travail à partir de février 2014. Sur le plan psychique, le rapport a relevé que depuis janvier 2014, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail documentée. Entre l'accident et décembre 2013, les incapacités de travail prescrites l'ont été

- 23 - sur la base de l'état somatique principalement, sans distinction de la composante psychiatrique. L'expert psychiatre judiciaire a considéré que celle-ci a dû être présente partiellement, mais que durant toute l'année 2013 des facteurs étrangers à l'accident avaient aussi généré des troubles psychiques, sans pouvoir toutefois, de manière rétroactive, faire la

part des choses de manière fiable entre les facteurs somatiques et les facteurs psychiques d'une part, et entre les facteurs psychiques consécutifs à l'accident et les facteurs psychiques étrangers à l'accident d'autre part (p. 93). Le AM._____ s'est encore prononcé en faveur de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Ils ont indiqué que, comme l'exposait déjà le Dr R._____ dans sa première expertise rendue le 19 mars 2010, compte tenu de l'importance des fractures, il n'y aurait pas de statu quo sine ou ante. Pour les experts judiciaires, une atteinte douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale a demeuré, celle-ci intervenant principalement lors de l'effort professionnel, régressant ou ne survenant pas sans l'exposition prolongée au travail et permettant des charges supplémentaires, notamment sportives. Les experts ont évalué cette douleur à 1 (+) selon l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles de l'annexe 3 à l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Selon leur observation, le socle lésionnel est constitué par les fractures qui ont été étendues, du rachis cervical et dorsal, jusqu'au sacrum. Ils ont aussi identifié une limitation fonctionnelle cervicale. Ces fractures ne se sont pas compliquées en déformation de la statique vertébrale, mais en une ostéochondrose susceptible d'évoluer, sans signe radiculaire. Au niveau des facettes articulaires cervicales, ils ont identifié un risque arthrosique existant pour le futur dont il est tenu compte dans le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sur le plan de l'appareil locomoteur, les experts ont situé ces éléments à une atteinte à l'intégrité de 10 % selon la table 7 de la CNA, justifiée en raison de l'étendue des fractures sur plus de cinq segments et du risque arthrosique futur. Sur le plan ORL, le AM._____ a retenu un taux de 5 %, selon la table 13, justifié par un tinnitus permanent, unilatéral gauche, partiellement compensé, non gênant pendant le sommeil et s'exacerbant une à deux fois par an, perturbant alors la vie

- 24 - sociale et le travail lorsque l'assurée doit se concentrer. Globalement au plan somatique, les experts retiennent un dommage permanent de 15 %, expliquant avoir procédé à une addition du fait que les acouphènes et les douleurs résiduelles ne comportaient pas d'élément de pondération et qu'il s'agissait d'atteintes différentes (pp. 89-90 et 95-96). Sur le plan psychiatrique, le AM._____ a retenu un dommage de 30 %. L'expert psychiatre a exposé qu'en 2015, soit près de six ans après l'accident l'expertisée sur-réagissait encore de manière très émotionnelle à des nouvelles décevantes pour elle. De son avis, cela signifiait que l'aggravation de l'hypersensibilité de la personnalité due au traumatisme crânio-cérébral était entrée dans la durée sous la forme d'une fragilisation émotionnelle susceptible d'engendrer dans le futur des réactions intempestives aiguës à certains facteurs de stress. Selon lui, cela justifiait une atteinte à l'intégrité, estimée légère à modérée dans la mesure où de l'avis du Dr AQ._____, cela pouvait engendrer des problèmes de courte durée, mais aigus et probablement récurrents. Fondé sur la table 19 de la CNA et le commentaire de Portwich, l'expert psychiatre judiciaire a estimé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 30 % (p. 81). Les experts du AM._____ ont ainsi conclu que le dommage permanent global, somatique et psychiatrique était de 45 % et que les atteintes se renforçant les unes et les autres, en cas de stress, de concentration, il n'y avait dès lors pas de facteur de pondération visant à les diminuer (pp. 81, 89-90 et 95-96). Dans ses déterminations du 30 mai 2016, A._____ a implicitement accepté le rapport d'expertise du AM._____ du 4 avril 2016, considérant toutefois que les experts avaient largement sous-estimé ses douleurs, sa capacité à rester statique devant un écran et les syndromes somatiques de la dépression, à savoir des insomnies et un endormissement très difficile, associés à des réveils précoces.

- 25 - Par déterminations du 31 mai 2016, I. _____ a partiellement contesté les conclusions de l'expertise judiciaire, soit en particulier le taux d'incapacité de travail retenu dans l'activité de secrétaire médicale et les conclusions du volet psychiatrique. Elle a produit en annexe à ses déterminations une appréciation médicale du Dr Y. _____ du 25 avril 2016 et une appréciation médicale du Dr AR. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 18 mai 2016. Elle a également présenté une seconde appréciation médicale du Dr Y. _____ du 26 mai 2016, intégrant l'aspect psychique, admettant la fixation du statu quo sine à janvier 2014 et estimant que le métier de secrétaire médicale permettait d'alterner les positions et constituait une activité adaptée. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assureur a admis, sur le plan somatique, un taux de 15 % (10 % sur le plan de l'appareil locomoteur et 5 % sur le plan ORL), contestant une indemnité pour atteinte à l'intégrité du fait de troubles psychiques faute de « maladie psychiatrique. » et de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'état psychologique. Par déterminations du 12 juillet 2016, l'assurée a indiqué qu'il convenait de s'en tenir à l'expertise judiciaire dans la mesure où les avis des Drs Y. _____ et AR. _____ n'exprimaient selon elle qu'une opinion critique superficielle relative aux conclusions des experts, sans avoir pris connaissance des rapports médicaux extrêmement nombreux soumis aux experts, ni consulté les documents radiologiques versés au dossier ou procédé à un examen clinique. Cb. Lors de l'audience d'instruction du 7 mars 2017, I. _____ a contesté la diminution de la capacité de travail de 20 % sur le plan somatique pour les douleurs et les acouphènes, ainsi que toute causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques. Pour sa part, l'assurée a estimé que la causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques était donnée. Elle a indiqué avoir entrepris une formation d'assistante médicale tendant à recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité qui soit réellement adaptée selon elle à son état de santé. Finalement, l'intéressée a renoncé à la tenue d'une audience de jugement.

- 26 - Cc. Par avis du 8 juin 2017, le juge instructeur a invité le AM. _____ à se prononcer sur les avis divergents des Drs Y. _____ et AR. _____ s'agissant du volet psychiatrique de l'expertise du 4 avril 2016, respectivement à répondre aux interrogations des parties quant aux conclusions dudit rapport. Dans un rapport complémentaire du 16 juin 2017, les experts du AM. _____ ont confirmé leurs appréciations du 4 avril 2016, soit en particulier le diagnostic déterminant de fragilité de la personnalité et le bien-fondé d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % pour les troubles psychiques, réfutant les avis des médecins-conseils de l'assureur. Les experts ont mis en exergue la complexité du cas, l'importance de l'approche pluridisciplinaire, de l'éclairage de l'expert psychiatre et de l'examen clinique. Par déterminations du 27 juin 2017, I. _____ a relevé que le complément d'expertise manquait de clarté, entachant sa valeur probante au motif que le AM. _____ n'aurait pas justifié qu'une « fragilité de la personnalité » antérieure à l'accident puisse réunir les critères médicaux requis pour une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En outre, elle a maintenu qu'une capacité de travail réduite de 20 % ne se justifiait pas, ne reconnaissant pas de valeur probante au rapport d'expertise du 4 avril 2016 sur l'incapacité de travail et sur les conclusions du volet psychiatrique. Le 16 août 2017, l'assurée s'est déterminée, relevant que les conclusions de l'expertise médicale judiciaire ne contenaient aucune contradiction et résultaient d'un travail consensuel. Pour elle, les opinions des Drs Y. _____ et AR. _____ constituaient d'autres avis, qualifiés de « sommaire », « très laconique et sans aucun fondement. » De l'avis de l'intéressée, la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 3 septembre 2009 est

donnée du fait que l'accident doit être qualifié de grave, compte tenu d'un choc à haute énergie, d'un traumatisme cranio-cérébral et des multiples fractures. L'assurée a précisé

- 27 - ses conclusions en ce sens qu'I._____ devait être condamnée à lui verser une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 20 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 45 %. D. Le dossier de l'assurance-invalidité de l'assurée a été produit le 26 septembre 2014, et les parties invitées à le consulter. Il en ressort notamment qu'aucune mesure de réadaptation n'a été entreprise par l'OAI. **E n d r o i t :** 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accident (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), étant précisé qu'au moment de son dépôt, la recourante était domiciliée à AU._____ dans le canton de Vaud (art. 58 al. 1 LPGA). Pour le surplus, le recours respecte autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418

- 28 - consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, le litige porte sur le terme porté aux prestations de l'assurance-accident avec effet au 1er janvier 2013 au motif d'un état de santé stabilisé, respectivement d'un retour à une pleine capacité de travail théorique. Si la décision entreprise ne fait explicitement état que des frais liés aux traitements médicaux et aux indemnités journalières, il n'en demeure pas moins qu'elle refuse globalement toutes les prestations de l'assurance-accident en raison d'une pleine capacité de travail prétendument recouvrée, de sorte que les questions du principe et de la quotité du droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, soulevées en cours de procédure judiciaire et qui ont donné lieu à des conclusions supplémentaires des parties, font également l'objet du présent litige. 3. On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du

E. 25

septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, car postérieures à la date de l'accident assuré (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet

la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). b) aa) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité

- 29 - journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF

- 30 - 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage post hoc ergo propter hoc ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006). cc) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du

E. 28

avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, en l'occurrence seuls déterminants en l'espèce selon le Tribunal fédéral, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références). dd) Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est

susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario). Une telle évaluation doit être évaluée au regard de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre du traitement médical, une amélioration insignifiante de celle-ci n'étant pas suffisante (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e

- 31 - éd., 2016, n. 200). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TF U 244/04 consid. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 pour cent au moins). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité (TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3 ; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2).

c) 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). 5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. C LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

- 32 - appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). b) En principe, le juge ne

s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

- 33 - c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 6. En l'espèce, l'assurée a fait l'objet d'examen cliniques approfondis au sein de la Clinique de réadaptation T._____, ainsi que de plusieurs expertises mises en œuvre par l'assureur auprès des Drs R._____, X._____ et Z._____. A réception des rapports des 29 janvier 2013 (Dr X._____) et 22 février 2013 (Dr R._____), l'intimée n'a procédé à aucune autre investigation médicale substantielle, avant de rendre sa décision du 18 mars 2013. L'assureur n'a en particulier pas relevé les contradictions entre les conclusions des experts chirurgiens-orthopédiques mis en œuvre par ses soins quant à la capacité de travail (cf. rapport du 14 décembre 2011 du Dr Strautmann et rapport du 22 février 2013 précité). A réception du

- 34 - dossier médical constitué dans le cadre de l'opposition, elle n'a pas procédé à de plus amples investigations avant de rendre sa décision sur opposition, malgré une nouvelle intervention chirurgicale et des contradictions entre, d'une part les rapports d'expertise X._____ et R._____, et d'autre part les rapports émanant de la Clinique de réadaptation T._____, le CT-scan cervico-thoracique du 29 avril 2013 (Dresse AD._____) contredisant les conclusions de l'expert R._____ en présence de multiples séquelles post-traumatiques, le rapport du 3 juin 2013 du Prof. AC._____ constatant une pseudarthrose du tiers distal de la clavicule droite et des cervico-scapulalgies droites résiduelles, et enfin les rapports des 18 avril et 24 mai 2013 du Prof. AB._____

et

E. 29

avril 2013 de la Dresse AE._____. La Cour de céans s'est ainsi estimée insuffisamment renseignée sur l'état de santé de l'assuré, plus particulièrement sur ses capacités fonctionnelles effectives d'un point de vue somatique, ainsi que sur la nature précise de ses troubles ORL et psychiques, ce deux derniers points n'ayant pas été instruits. Elle a en conséquence mis en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, donnant suite à la requête de la recourante, et d'entente entre les deux parties quant au choix des experts. Le rapport d'expertise judiciaire du 4 avril 2016 a ensuite fait l'objet d'un complément déposé le 16 juin 2017, ceci dans le prolongement de l'audience d'instruction du 7 mars 2017. L'expertise judiciaire du AM._____ est déterminante pour la solution du litige. Les parties conviennent de la grande rigueur qui a qui a présidé à sa confection. Singulièrement, les experts ont procédé à des investigations cliniques rigoureuses quant à l'état de santé objectif de la recourante. L'anamnèse est particulièrement fouillée, rendant compte de l'ensemble des domaines qu'il convenait d'investiguer (volets rhumatologique, neurologique, ORL et psychiatrique). Les experts ont procédé à une analyse complète des pièces médicales versées au dossier, en particulier les rapports d'expertise, de la Clinique de réadaptation T._____ et ceux médecins-conseils ainsi que des médecins-traitant, requérant au besoin des compléments d'informations. S'agissant d'un cas

- 35 - dont les parties admettent le caractère particulièrement complexe, les experts ont procédé à une discussion globale et consensuelle. Leurs conclusions sont non seulement particulièrement étayées, mais également tout à fait convaincantes, compte tenu des observations cliniques minutieusement consignées à l'issue de leurs examens. Elles satisfont aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante en ce qui concerne les faits, les diagnostics médicaux, la stabilisation de l'état de santé, la capacité de travail et l'atteinte à l'intégrité physique. En ce qui concerne l'atteinte psychique, l'on se référera au consid. 9b/bb ci-dessous. Les parties divergent cependant s'agissant des conséquences des séquelles somatiques sur la capacité de travail et des conséquences juridiques qu'il y a lieu de tirer des avis de certains médecins et des conclusions médicales de l'expertise. 7. a) La première question soulevée par la décision entreprise a trait à la stabilisation de l'état de santé de la recourante, stabilisation que l'intimée avait arrêtée à fin 2012 au plus tard pour justifier le terme porté à ses prestations. b) Sur ce plan, les experts judiciaires motivent de manière particulièrement claire et à satisfaction de droit que la stabilisation de l'état de santé n'est réputée intervenue, tant sur le plan somatique que psychique, qu'à compter du mois de janvier 2014, soit trois mois après la cure de la pseudarthrose. Avant la cure de pseudarthrose de la clavicule distale droite réalisée le 17 octobre 2013 par le Prof. AC._____, les experts considèrent que l'état de santé de la recourant sur le plan somatique n'était pas stabilisé en raison de l'asymétrie de la fonction scapulo-thoracique décrite par le Prof. AC._____ qui perdurait, très discrète au moment de l'examen clinique par le AM._____, qui apparaissait avoir été améliorée des suites du traitement de la fausse mobilité de l'extrémité distale de la clavicule (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 83-85 et 92-93). Les experts n'ont pas considéré la pseudarthrose de la clavicule et son traitement chirurgical comme une

- 36 - « complication tardive » mais comme une non-guérison initiale, un socle lésionnel qui a contribué à l'état douloureux de l'hémi-ceinture scapulaire droite, avec une symptomatologie relativement constante depuis l'accident (cf. rapport d'expertise

judiciaire, p. 83). Pour les experts judiciaires, la situation n'est ainsi stabilisée qu'à compter de janvier 2014, soit trois mois après l'intervention chirurgicale, dès lors que l'intéressée a recouvré la mobilité de son épaule et pu reprendre ses activités sportives. Selon les experts, l'état de santé psychique est aussi réputé stabilisé depuis janvier 2014, comme le retient le rapport du Dr AH._____ du 10 juin 2014 (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 83-85 et 92-93). L'expertise n'a pas été contestée sur ce point par les parties. Par conséquent, l'avis des experts du AM._____ emporte la conviction de la Cour de céans et il convient de s'y rallier, avec pour première conséquence que la décision attaquée s'avère mal fondée s'agissant de la date du terme porté aux prestations qui ont été allouées (frais de traitement et indemnités journalières), terme qu'il y a lieu de reporter au 1er février 2014, date à laquelle une pleine capacité de travail est réputée avoir été recouvrée. c) Le recours est donc admis sur ce point et la décision réformée en conséquence, la cause étant renvoyée à l'intimée pour fixer la mesure des prestations à servir à la recourante. 8. a) La seconde question est celle la capacité résiduelle de travail une fois l'état de santé stabilisé au 1er février 2014, dès lors que l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, ceci au sens de l'art. 19 LAA rappelé ci-dessus (cf. consid. 4b/dd supra), disposition déterminante pour l'ouverture du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident. b) Sur ce point, les experts retiennent qu'une pleine capacité de travail a été recouvrée, non seulement théoriquement dans une activité réputée adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, mais également dans l'exercice de la profession exercée avant l'accident,

- 37 - également réputée adaptée. Ils reconnaissent néanmoins une baisse de rendement permanente de 20 % en relation de causalité avec l'accident. La recourante se rallie à cette appréciation, alors que l'intimée la conteste, se fondant essentiellement à cet égard sur l'avis de son médecin conseil du 25 avril 2016, dont elle soutient qu'il rejoindrait les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire des Drs X._____ et R._____ des 29 janvier et 22 février 2013. Appelés à se déterminer sur les limitations fonctionnelles, respectivement sur les capacités physiques et intellectuelles exigibles dans l'ancienne activité professionnelle en tant que secrétaire médicale, les experts judiciaires ont retenu, au terme d'un examen clinique et après une anamnèse complète sur le plan somatique (appareil locomoteur et ORL), la nécessité d'effectuer des pauses et d'opérer des changements de position, en évitant une ambiance bruyante. Dans cette hypothèse, il convenait d'admettre un rendement réduit de l'ordre de 20 %. Il n'existait en revanche pas d'incapacité dans une activité adaptée (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 86-87 et 94-95). Les experts judiciaires motivent à satisfaction leurs conclusions s'agissant de la capacité de travail, au terme d'une approche globale très nuancée sur les plans objectif clinique, radio-clinique et psychique, ainsi que d'un consilium rigoureux. L'expertise pluridisciplinaire confiée aux Drs X._____ et R._____ ne se prononce quant à elle que de manière théorique, sans bilan radiologique, sur une prétendue stabilisation de l'état de santé, qui s'avéra inexacte par la suite, lient la reprise de l'activité professionnelle aux aptitudes sportives, sans éclairage psychosocial et sans mettre en lumière la baisse des performances sportives des suites de l'accident (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 76- 77 et 82). Elle est de plus incomplète dans la mesure où l'aspect ORL n'a pas été traité par les experts mandatés par l'intimée. S'agissant de l'avis du Dr Y._____ du 25 avril 2016, il y a lieu de relever que ce dernier manque de fiabilité sur le plan asséurologique dans la mesure où son rapport, somme toute succinct, est rendu sur le seul examen du dossier. Ce médecin-conseil ne s'est pas livré à une nécessaire approche globale et

- 38 - n'a pas procédé à un examen clinique, de sorte que son avis ne sera pas suivi en application de la jurisprudence précitée (cf. consid. 5b-c supra). Les conclusions des experts, probantes ici encore, emportent donc la conviction de la Cour de céans. Il y a lieu d'en déduire que, faute d'une amélioration sensible de l'état de santé par la poursuite d'un traitement médical, et faute de mesures de réadaptation qui auraient été entreprises par l'assurance-invalidité, ce qui ressort du dossier produit le 26 septembre 2014 par l'OAI, la capacité de travail de la recourante est entravée de 20 % dans l'activité habituelle réputée adaptée, ce qui ouvre le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident, dont le taux se confond avec l'incapacité de travail et de gain retenue, soit 20 %. (art. 18 et 19 LAA). Le droit à cette rente étant réputé prendre naissance lors de la stabilisation évoquée ci-dessus (cf. consid. 7b supra), il est reconnu à compter du 1er février 2014, date à laquelle le droit au traitement médical et aux indemnités journalières a cessé. c) Les conclusions prises par la recourante sont donc également admises sur ce point, ce qui justifie de réformer, respectivement de compléter la décision entreprise dans ce sens et de renvoyer la cause à l'intimée pour nouvelle décision fixant la mesure du droit aux prestations. 9. a) aa) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'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 (art. 36 al. 1 OLAA). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

- 39 - L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). Dans le cadre de l'examen du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la mise en lumière d'un diagnostic clinique selon les critères médicaux reconnus (TF 9C_79/2015 du 5 novembre 2015 consid. 4.2). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part,

constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

- 40 - L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a). bb) Sous l'angle de la causalité et de la gravité de l'accident, il convient de rappeler les principes énoncés par la jurisprudence. Pour procéder à la classification de l'accident dans l'une des trois catégories prévues par la jurisprudence, il faut uniquement se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 4.3.1 ; 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.1 ; 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 7 ; 8C_435/2011 du 13 février 20102 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 83).

- 41 - Si l'on se réfère à la casuistique des accidents concernant des cyclistes renversés par un autre usager de la route (véhicule automobile ou cyclomoteur), les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite alors que le véhicule impliqué circulait à une vitesse plutôt modérée (TF 8C_62/2013 du 11 septembre 2013 consid. 7.3 ; 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 ; 8C_530/2007 du 10 juin 2008). En revanche, l'accident subi par un cycliste violemment percuté par une voiture à une intersection et projeté à 22-

E. 30

mètres de la zone de choc a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des cas graves (TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 4.3.1 ; 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3). b) aa) Sur le plan somatique, les experts retiennent que, ensuite de son accident, l'assurée souffre, au sens de l'art. 24 LAA, d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique globale de 15 %, soit l'addition d'une atteinte sur le plan locomoteur (douleurs subsistant sur les sites fracturés) de 10 % et de 5 % sur le plan ORL (acouphènes). Les conclusions des experts étant dûment motivées autant que convaincantes, il y a lieu de s'y rallier, en faisant au demeurant droit aux conclusions concordantes des parties sur ce point (cf. déterminations de l'intimée du 31 mai 2016 et de la recourante du 16 août 2017, ainsi que le procès-verbal de l'audience d'instruction du 7 mars 2017). bb) Sur le plan psychique, la question d'une atteinte importante et durable des

suites de l'accident est disputée, tout comme le rapport de causalité adéquate. Si l'expert psychiatre du AM._____ admet l'existence de traits de personnalité anankastique (Z73.1), il n'a en revanche pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité anankastique au sens clinique (cf. rapport d'expertise judiciaire, p. 79).

- 42 - Selon la table 19 (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA - Atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accidents, éditée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci- après : la CNA], édition 2004), l'expert mis en œuvre doit préalablement à l'estimation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychiatrique, établir un diagnostic psychiatrique selon la classification internationale des maladies (CIM-10) ou selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e édition, texte révisé, DSM-IV) et évaluer l'importance, la sévérité et la durabilité du trouble psychique constaté (table 19, p. 2). Si persistent des suites d'un polytraumatisme des troubles fonctionnels d'étiologie somatique et des douleurs chroniques, les troubles psychiques que celles-ci ont induits sont pris en compte globalement dans l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce n'est que dans les cas où des troubles psychiques de nature différente sont constatés qu'une évaluation psychiatrique est nécessaire pour déterminer si une atteinte à l'intégrité psychique supplémentaire est présente, qui n'a pas été prise en compte dans l'estimation de base. Ceci vaut également pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité des complications psychiatriques de lésions cérébrales (table 8) (ibid.). La CNA retient également qu'il est parfois nécessaire d'harmoniser l'évaluation après discussion avec le spécialiste en neurologie (table 19, p. 3). Elle observe que des événements existentiels tout comme le décours de la vie laissent normalement des empreintes et que les troubles psychiques et les modifications de la personnalité doivent s'écarter par conséquent nettement des variantes usuelles de troubles psychiques qui se développent dans le courant de la vie et présenter un caractère durable dont l'évaluation n'est pas possible avant une période de cinq ou six ans (table 19, p. 3). La CNA retient, sous l'angle des séquelles psychiques, les taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 0 % pour une atteinte minime, de 20 % pour une atteinte légère, entre 20 et 35 % pour une atteinte légère à modérée, de 50 % pour une atteinte modérée, entre 50 et 80 % pour une atteinte modérée à sévère et entre 80 et 100 % pour une atteinte sévère à très sévère (table 19, p. 4).

- 43 - Dans le cadre de l'expertise judiciaire, le Dr AQ._____ s'est sans conteste livré à une étude approfondie et nuancée du cas de la recourante, retenant au final le seul diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité, soit les traits anankastiques de la personnalité (Z73.1), pour fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30 % (atteinte légère à modérée) en raison d'une fragilisation émotionnelle de l'intéressée des suites de l'accident, par aggravation d'une hypersensibilité due au traumatisme crânio-cérébral (cf. rapport d'expertise judiciaire, p. 81). Dans ses ultimes déterminations du 16 août 2017, l'instance a fait siennes les conclusions de l'expertise. A l'appui de ses déterminations du 31 mai 2016, l'intimé a opposé au volet psychiatrique de l'expertise judiciaire une appréciation médicale du Dr AR._____ datée du 18 mai 2016. Le psychiatre conseil de la caisse a estimé qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se justifiait sur le plan psychique, vu l'absence de diagnostic de maladie psychiatrique au sens strict, l'absence de séquelle cérébro-organique des suites du traumatisme crânio-cérébral léger, la rémission des troubles dépressifs psychogènes présentés par le passé, ainsi que les ressources importantes montrées par l'intéressée, qui ne connaissait plus d'incapacité de travail psychiatrique. Le rapport de causalité adéquate est également nié par l'intimée, qui

estime que les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis quant à la gravité de l'accident. La problématique de la gravité de l'accident et de la causalité adéquate peut toutefois rester indécise dès lors que l'appréciation médicale du Dr AR._____ peut être suivie. Son avis est clairement motivé quant à la négation des critères justifiant d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques. En effet, l'expert judiciaire AQ._____ convient de la rémission des troubles dépressifs, présentés jusqu'en 2015, comme du fait que la sévérité de ceux-ci, tenait alors à des causes étrangères à l'accident, à savoir une rupture sentimentale (cf. rapport d'expertise judiciaire, pp. 78-79). Il ne retient en définitive aucun diagnostic

- 44 - psychiatrique, lesquels sont répertoriés sous les numéros F00 à F99 selon la CIM-10. Selon cette classification, les catégories Z00-Z99 constituent des circonstances ou des problèmes qui influencent l'état de santé, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme (World Health Organization, International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, volume 2, Instruction manual, éd. 2010, pp. 22 et 124). Le chiffre Z73.1 tel que retenu par l'expert relève de difficultés liées à l'orientation du mode de vie (personnalité anankastique, soit ambitieuse, compulsive et obsessionnelle), de sorte qu'il n'entre pas dans le champ d'application de la table 19 de la CNA qui exige un diagnostic psychiatrique (p. 2) comme évoqué ci-dessus. L'expert judiciaire AQ._____ convient du reste expressément que la fragilité de la personnalité en question est antérieure à l'accident, que les traits de personnalité anankastiques n'entraînent pas de limitation fonctionnelle interférant durablement avec la capacité de travail, respectivement que l'intéressée ne connaît pas d'incapacité de travail d'ordre psychique, faute d'atteinte incapacitante, alors que les perspectives thérapeutiques subsistent et que le pronostic reste favorable. Ainsi, l'affection retenue par l'expert pour justifier une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'ordre psychique ne remplit manifestement pas les conditions déterminantes, d'une part d'un tableau psychopathologique, d'autre part de l'importance, de la sévérité et de la durabilité du trouble. c) Dès lors, la décision litigieuse sera réformée dans le sens de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les seules séquelles somatiques telle qu'arrêtée à 15 %, soit l'addition d'une atteinte sur le plan locomoteur (douleurs subsistant sur les sites fracturés) de 10 % et de 5 % sur le plan ORL (acouphènes). Pour le surplus, les conclusions de la recourante seront rejetées dans la mesure où aucune atteinte importante, sévère et durable à son intégrité psychique n'est établie. 10. a) En définitive, le recours doit être admis, ceci dans une large mesure, les conclusions de l'instante s'avérant fondées, à l'exception de

- 45 - celle tendant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à son intégrité psychique. Mal fondée, la décision attaquée est ainsi réformée en ce sens que l'état de santé de l'instante est réputé stabilisé au 1er février 2014, qu'elle a droit dès cette date à une rente d'invalidité de l'assurance- accidents d'un degré de 20 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. 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, 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 (art. 26 al. 2 LPGA ; art. 7 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) La recourante, qui obtient gain de cause dans une large mesure avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens partiels, qu'il convient de fixer à 4'000

fr. compte tenu de la complexité de la cause, de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et de la tenue d'une audience (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), ceux-ci étant mis à la charge de l'intimée.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.