

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2792/2007

ATAS/522/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 5 mai 2008

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY **recourante**

contre

LA NATIONALE SUISSE ASSURANCES, sise Wuhrmattstrasse, 21, BOTTMINGEN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Michel DUC **intimée**

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), d'origine égyptienne, est employée auprès de l'Etat de Genève (Département des Finances) comme taxatrice fiscale. Elle est à ce titre assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Compagnie d'Assurance Nationale Suisse (ci-après : CNS).
2. Depuis fin 1997, l'assurée est en traitement pour un problème dépressif, s'inscrivant dans le cadre de plaintes pour harcèlement sexuel et discrimination raciale dans son milieu professionnel.
3. Le 23 février 2000, elle s'est fracturée la malléole externe de la cheville gauche dans un accident sur la voie publique. Elle a subi un traitement conservateur par la pose d'un plâtre pendant huit semaines selon le Dr L_____, Chef de clinique du Service de rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (attestation du 14 mars 2006).
4. Par déclaration d'accidents du 29 janvier 2002, l'employeur a annoncé que son employée avait été victime d'un accident de la circulation le 27 novembre 2001. L'assurée a souffert d'une fracture-enfoncement du plateau tibial gauche, suite à une glissade en scooter sur une tache d'huile.
5. Une opération chirurgicale a eu lieu le 29 novembre 2001 aux HUG au cours de laquelle ont été pratiquées une réduction de la fracture précitée, une autogreffé iliaque gauche et une ostéosynthèse par plaque.
6. L'assurée a séjourné à la Clinique de Jolimont du 9 décembre 2001 au 2 janvier 2002. La Dresse M_____, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué dans son rapport du 8 janvier 2002 un status post-ostéosynthèse pour fracture du plateau tibial externe droit (recte : gauche) et, comme comorbidités, un état dépressif, une anémie et des allergies multiples. A titre d'antécédent, elle a en particulier indiqué l'ostéosynthèse d'une fracture Weber A de la cheville gauche en février 2000 compliquée d'une algo-neurodystrophie. Elle a constaté que l'assurée ne pouvait charger son membre inférieur et gardait la jambe en extension. L'évolution était favorable sous traitement antalgique et physiothérapie.
7. Dans son rapport intermédiaire du 31 janvier 2002, le Dr N_____, rhumatologue FMH, médecine physique et réhabilitation, a retenu une fracture du plateau tibial et un status après algodystrophie de la cheville gauche. Il a précisé que sa patiente marchait avec deux cannes et qu'une décharge complète du membre inférieur gauche était prévue dans les quatre mois. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.

8. Le 28 mars 2002, l'assurée a subi une scintigraphie osseuse, laquelle n'a pas donné d'arguments en faveur d'une algoneurodystrophie du membre inférieur gauche (rapport du Dr O_____ des HUG du 9 avril 2002).
9. Le Dr N_____ a indiqué une évolution progressivement favorable lors de la consultation du 17 avril 2002. Le genou était calme avec une bonne mobilité et les radiographies montraient une consolidation satisfaisante après quatre mois. Persistait une atrophie modérée du quadriceps. L'utilisation des cannes était maintenue en raison de douleurs de charge. Le traitement consistait en une physiothérapie de renforcement. L'assurée était toujours en incapacité de travail (rapport du 10 mai 2002).
10. Lors de la consultation de mai 2002, ce médecin a mentionné que l'assurée pouvait marcher sans canne en charge complète avec des douleurs résiduelles du genou gauche. L'impression de chaleur et de serrement pouvait évoquer une "touche algodystrophique" difficile à confirmer par scintigraphie. La présence d'une hypercaptation était encore compatible avec la fracture. La flexion du genou était bonne et l'extension complète. Il n'y avait pas de tuméfaction, mais l'interligne externe était douloureux. L'incapacité de travail était justifiée jusqu'à fin juin 2002, puis une reprise progressive pouvait être envisagée (rapport du 18 juin 2002).

L'assurée n'a cependant pas repris d'activité professionnelle. Il ressort du dossier qu'un autre poste que celui de taxatrice lui a été assigné par son employeur pendant son incapacité de travail, à savoir collaboratrice au service du courrier. L'assurée n'a cependant jamais travaillé à ce poste, lequel implique des déplacements et le port de charges (voir expertise du Dr P_____ du 15 septembre 2003).

11. Le Dr _____, en date du 1^{er} novembre 2002, a constaté que sa patiente marchait sans boiterie, sans canne. Elle se plaignait cependant de douleurs sous forme d'impression de chaleur et de serrement. Il estimait possible la reprise d'une activité professionnelle à environ 50% dans un travail de bureau. Cependant, la nouvelle fonction assignée à l'assurée par son employeur au service du courrier n'était pas adéquate en l'état selon lui, puisqu'il comprenait le port de charge et de nombreux déplacements.
12. Le 2 décembre 2002, le médecin-traitant de l'assurée, la Dresse Q_____, interniste, a précisé que sa patiente était suivie par le Dr N_____ pour les suites de l'accident du 27 novembre 2001.
13. A la demande de la CNS, le Dr P_____, chirurgien orthopédiste et médecin conseil de l'assurance, a établi une expertise datée du 15 septembre 2003. Ce médecin, qui a vu l'assurée le 4 juin 2003, a posé les diagnostics de fracture-enfoncement du plateau tibial externe gauche, de gonarthrose débutante sur défaut osseux en zone de charge du plateau précité, de status après fracture de la cheville gauche en février 2000, compliquée d'une algoneurodystrophie au décours, et d'état

dépressif. Ce médecin a indiqué une évolution favorable du plateau tibial gauche jusqu'en automne 2002, date à laquelle sont réapparues des douleurs devenant importantes et empêchant la marche prolongée ou la station debout. Le « défaut » osseux et le conflit mécanique sur plaque d'ostéosynthèse pouvaient expliquer la symptomatologie douloureuse invalidante du genou gauche. L'assurée a expliqué ne pas présenter de douleur en position assise prolongée. Le Dr P_____ a eu l'impression d'une exagération des plaintes, dans la mesure où l'assurée se déplaçait sans difficulté et sans souffrir de la table d'examen à la chaise, mais montrait une résistance lorsqu'il était question de l'examen de son genou. Tant la fracture du plateau tibial externe gauche que la gonarthrose débutante sur défaut osseux étaient en relation de causalité certaine avec l'accident du 27 novembre 2001. La fracture de la cheville gauche n'avait aucune relation et l'état dépressif préexistait à l'accident, de sorte qu'il n'y avait selon lui pas de relation de causalité, tout en indiquant une influence possible des douleurs sur ce dernier trouble. Il envisageait une ablation du matériel d'ostéosynthèse car les douleurs allaient persister voire s'aggraver dans les mois à venir, ainsi qu'une arthroscopie pour évaluer la meilleure prise en charge envisageable. En ce qui concernait la capacité de travail de l'assurée, le médecin-conseil a considéré qu'elle était inexistante dans le poste au service du courrier, mais qu'un poste de travail en position assise avec occasionnellement une position debout laissait envisager une pleine capacité. Les emplois possibles étaient ceux d'employée de bureau (sans déplacement pour distribuer du courrier ou procéder à du classement), de gestionnaire des sinistres auprès d'une compagnie d'assurances, d'employée de régie (sans visite d'appartements), d'huissière à l'accueil, de bibliothécaire ou de taxatrice fiscale. Selon lui, l'assurée aurait certainement droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A noter que dans l'anamnèse socioprofessionnelle, ce médecin a indiqué que l'assurée souhaitait reprendre son ancien poste de taxatrice. Il a encore indiqué que l'assurée avait été victime fin août d'un accident cardio-vasculaire cérébral à droite (AVC).

14. Dans un rapport du 6 décembre 2004, le Dr N_____ a indiqué n'avoir plus revu l'assurée depuis deux ans.
15. Dans son rapport du 14 décembre 2004, le Dr L_____ a confirmé qu'en date du 12 août 2003, l'assurée avait été victime d'un AVC d'origine cardio-embolique insulaire droite, compliqué par une parésie faciale droite, une aphasie mixte et des troubles de la déglutition. L'état actuel consistait, au plan subjectif, en douleurs au membre inférieur droit, de type séquelle d'algoneurodystrophie, et, au plan objectif, de séquelles de l'hémicorps droit. Il a indiqué que sa patiente était inapte au travail « pour des problèmes neurologiques, d'hémiplégie droite ».
16. Le 24 janvier 2005, la Dresse Q_____ a indiqué comme diagnostic une fracture-enfoncement du plateau tibial externe gauche traitée par ostéosynthèse, suivie d'une algodystrophie. L'évolution était marquée par des gonalgies persistantes

récidivantes, traitées par antalgiques en réserve, perfusion d'Arédia et physiothérapie auprès du Dr L_____. Elle a confirmé une incapacité totale de travail.

17. Le 1^{er} avril 2005, la Dresse R_____, nouvelle médecin-traitant de la recourante, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué des douleurs persistantes au genou gauche suite à la fracture du plateau tibial, avec une répercussion sur la capacité de travail liée à ce problème de probablement 25%. Elle a mentionné également qu'une nouvelle intervention devrait être discutée, sous toutefois pouvoir significativement changer "le devenir des douleurs".
18. M. B_____, psychologue, a réalisé un examen neuropsychologique dans le cadre de l'expertise confiée au psychiatre C_____ par l'intimée (cf. ch. 21 ci-dessous). Selon son rapport du 6 mai 2005, il a constaté un ralentissement important, des troubles de la parole, des troubles du graphisme, des manques du mot, une dysarthrie, des difficultés de structuration du langage ainsi que des altérations exécutives. Ces troubles pouvaient à son avis être imputés à l'AVC. Les troubles de la mémoire quant à eux étaient apparus postérieurement à l'AVC et étaient imputés au trouble de l'humeur que présentait l'assurée, trouble dont l'apparition était antérieure à l'accident du scooter. Il a considéré que les troubles d'origine strictement organique cérébrale étaient consécutifs à l'AVC de 2003 et non à l'accident de novembre 2001, qui n'avait donné lieu à aucune perte de connaissance, ni blessure à la tête, ni traumatisme crânien.
19. Selon des rapports du 13 mai et 15 juillet 2005, le Dr S_____, neurologue FMH, a estimé que l'évolution de l'état de santé de l'assurée suite à l'AVC de 2003 était favorable sur le plan neurologique, tout en précisant ne l'avoir pas revue depuis décembre 2004. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.
20. Les 13 mai et 27 juillet 2005, le Dr L_____ a indiqué au médecin-conseil de la CNS, comme diagnostics, une fracture de la malléole externe de la cheville gauche le 23 février 2000 avec une algoneurodystrophie secondaire et une fracture-enfoncement du plateau tibial externe gauche avec réduction ouverte par ostéosynthèse (plaque). Au niveau subjectif, il relevait des douleurs diffuses du membre inférieur gauche localisées essentiellement dans la cheville et le genou, calmées par le frais et augmentées la nuit, et au niveau objectif, des séquelles d'hémiplégie droite survenue le 12 août 2003, d'origine cardio-embolique, insulaire droite. Il précisait que les troubles de la cheville et du genou gauche étaient accompagnés d'un certain état dépressif réactionnel. Il a considéré l'assurée comme inapte au travail pour des problèmes neurologiques d'hémiplégie droite et d'ostéopénie du membre inférieur gauche.
21. Sur demande de la CNS, le Dr C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a réalisé une expertise de l'assurée, qu'il a rencontrée le 24 janvier 2005. Il a

constaté, dans son rapport du 4 août 2005, que la patiente avait un faciès peu expressif, une mimique peu mobile. Elle partageait mal le focus d'attention, était ralentie et sa voix saccardée. Elle était dysarthrique et cherchait ses mots. Elle s'est montrée incapable d'apporter des données précises et l'anamnèse s'est fondée par conséquent sur les rapports à disposition. L'expert a relevé que la thymie était fortement abaissée et qu'un état dépressif patent pouvait être mis en évidence avec un net sentiment de dévalorisation et d'inutilité. Il a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), un status AVC ponto-bulbaire et un status post fracture-enfoncement du plateau tibial. Il a considéré que l'épisode dépressif n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident de novembre 2001 et a confirmé l'existence d'un état dépressif chronique depuis 1997. Il a cependant estimé que l'accident de novembre 2001 avait entraîné une aggravation passagère temporaire. A son avis, le status quo ante était atteint quelques mois après l'accident, à savoir au printemps 2002. L'AVC avait, quant à lui, sévèrement aggravé l'état dépressif préexistant, sans lien aucun avec les conséquences de l'accident. Il a considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler en raison de l'AVC avec le développement secondaire d'un épisode dépressif sévère, mais nullement imputable à l'accident. L'expert a estimé que la capacité de travail sur le plan psychiatrique serait complète dans n'importe quelle activité si l'on ne prenait en compte que les handicaps liés aux séquelles post-traumatiques. En raison de l'AVC, cette capacité était nulle.

22. Dans son rapport du 29 août 2005, le Dr P_____ a relevé que l'évolution du genou gauche était très peu explicité dans le dossier à disposition. Il n'a ainsi pas trouvé trace de rapport du Dr L_____ sur une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il a considéré que ses propres conclusions de juin 2003 restaient valables en ce que l'assurée était à son avis incapable d'assumer son poste au service du courrier, même à long terme. En revanche, une activité adaptée restait envisageable à 100% indépendamment des autres pathologies. Il estimait l'ablation du matériel d'ostéosynthèse comme possible, laquelle pouvait apporter, à son avis, une certaine amélioration dans la symptomatologie douloureuse du genou, sans impact sur l'arthrose due au défaut osseux du plateau tibial. Il indiquait ne pas pouvoir estimer un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, car l'ablation du matériel semblait envisagée et le traitement n'était donc pas terminé. Il fallait, selon lui, attendre six mois après cette intervention pour savoir s'il y avait amélioration des douleurs.
23. Par lettre du 30 novembre 2005, le Dr T_____, chef de service du Département de chirurgie des HUG, a été consulté par l'assurée en raison de douleurs à la marche au niveau du genou gauche et d'une gêne fonctionnelle considérable de ce genou. L'examen clinique a mis en évidence une marche sans boiterie et une atrophie du quadriceps gauche. Ce médecin a constaté une bonne fonction FE 120-0-0, l'absence de laxité du genou, l'absence de douleurs à la palpation et une mobilisation passive indolore. Sur le plan radiologique, il n'y avait pas de

remaniement arthrosique important. Il envisageait l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, après vérification de l'opérabilité de l'assurée.

24. Dans son rapport du 12 décembre 2005, le Dr L_____ a indiqué avoir vu l'assurée le 19 septembre 2005. A cette occasion, il a constaté des douleurs à la cheville gauche limitant la marche à 400 mètres, ainsi qu'une allergie médicamenteuse. Une radiographie du même jour ne mettait en évidence aucune lésion osseuse d'allure récente, une ossification sous-malléolaire interne rentrant dans le contexte d'un probable traumatisme ancien. Il a objectivé de bonnes amplitudes articulaires de la cheville gauche et du genou gauche. L'AVC d'août 2003 jouait à son avis un rôle dans l'évolution du cas.
25. Le Dr U_____, chirurgien orthopédique, a réalisé une expertise à la demande de la CNS en date du 18 janvier 2006. Les plaintes de l'assurée consistaient en douleurs diffuses d'apparition brutale durant quelques minutes, une limitation du périmètre de marche à 400 mètres avec la nécessité de s'arrêter en raison des douleurs importantes, une tuméfaction et une hyperthermie au niveau du genou gauche et une hypoesthésie globale du membre inférieur gauche. L'expert a posé les diagnostics de fracture comminutive du plateau tibial externe gauche ostéosynthésée le 29 novembre 2001 avec évolution progressive vers une gonarthrose externe, un syndrome douloureux résiduel du compartiment tibio-fémoral externe gauche, une hypoesthésie du versant externe de la cicatrice, un état dépressif sévère (expertise du Dr C_____), un status après AVC ponto bulbaire avec troubles mnésiques, troubles phasiques persistants, troubles de la déglutition actuellement en évolution favorables, un status après fracture de la malléole externe de la cheville gauche le 23 février 2000 évoluant vers une algoneurodystrophie. L'expert a considéré que seule la fracture du plateau tibial et ses conséquences étaient en relation certaine avec l'accident, à l'exception des troubles dépressifs et de l'ictus ponto bulbaire. Il a estimé que le traitement consécutif à l'accident n'était pas terminé en raison du besoin de traitement antalgique et la possibilité d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, dont il n'était pas certain qu'elle permette d'améliorer les douleurs. Cette ablation devait cependant être proposée à l'assurée, accompagnée d'une arthroscopie qui serait effectuée en même temps, afin de permettre un bilan du compartiment tibio-fémoral externe. S'agissant de la lésion dégénérative, il indiquait qu'elle allait évoluer défavorablement avec le temps. Il a proposé une réévaluation clinique dans un délai de six mois après l'éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse pour donner une réponse objective sur ce point. Il a considéré que la capacité de travail était inexistante dans le travail actuel consistant à se déplacer en soulevant des charges (service du courrier), mais entière dans un travail sédentaire sans nécessité de changement de position fréquente, et ce depuis le 4 juin 2003, comme le proposait le Dr P_____. Il a enfin évalué le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à 10% selon la table 5 SUVA pour l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Compte tenu d'une aggravation de l'état "séquellaire" liée à l'évolution toujours défavorable de

l'arthrose, il envisageait la mise en place d'une prothèse du genou, qui, si l'évolution était favorable, représentait un taux d'IPAI de 20%, passant à 40% en cas d'évolution défavorable.

26. En février 2006 (date exacte non connue), l'Office AI du canton de Vaud a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité, "pour des raisons de maladie et accidents", à partir du 1^{er} juillet 2002.
27. Interpellé par la CNS sur les risques d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, le Dr L_____ a indiqué, dans son courrier du 14 mars 2006, que cette ablation, après avis du neurologue et des anesthésistes, pourrait en partie diminuer la douleur mais « que ceci ne changerait en aucun cas son autonomie et sa possibilité de retravailler ». Il faisait mention d' « un petit effondrement du secteur postérieur du plateau tibial, avec un processus arthrosique débutant sous forme de réaction ostéophytaire au niveau de l'épine intercondylienne interne » selon un scanner du 27 juin 2003.
28. Par décision du 29 mars 2006, la CNS a mis un terme au versement des indemnités journalières au 28 février 2006, tout en précisant que l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail au mois d'avril 2003, a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité en raison de l'absence d'incapacité de travail définitive suite à l'accident et a fixé à 10% l'atteinte à l'intégrité, représentant un montant de 10'680 fr. Elle a constaté que l'assurée conservait une capacité de travail depuis avril 2003, compte tenu des seules séquelles physiques consécutives à l'accident de novembre 2001. Elle pouvait ainsi envisager une profession plus sédentaire, ne nécessitant pas de changement fréquent de position, comme par exemple la profession de taxatrice exercée antérieurement. S'agissant de l'IPAI, la CNS en a fixé le taux à 10% en se fondant sur l'appréciation de l'expert U_____, tout en réservant la possibilité de modifier ce taux dans le cas où le matériel d'ostéosynthèse serait enlevé.
29. Par courrier du 6 avril 2006, le conseil de l'assurée a requis une copie du dossier "afin d'examiner les prétentions auxquelles [l'assurée] à droit".
30. Dans un rapport du 11 avril 2006 demandé par l'assurée, le Dr L_____ a notamment indiqué que l'incapacité de travail de sa patiente était consécutive essentiellement au syndrome dépressif et aux séquelles de l'accident vasculaire cérébral, avec aphasie en août 2003, et à la pathologie du genou gauche survenue en 2001. Les perfusions d'Arédia n'avaient, selon lui, pas apporté d'améliorations significatives.
31. Par lettre du 18 avril 2006, la CNS a réclamé au conseil de l'assurée une procuration et lui a octroyé une suspension du délai d'opposition initial jusqu'au 30^{ème} jour suivant la réception des pièces.

32. Après transmission de la procuration le 25 avril 2006, la CNS a remis l'ensemble des pièces du dossier au conseil de l'assurée le lendemain. Elle a complété cet envoi par deux pièces transmises le 10 mai 2006.
33. Par écritures du 26 mai 2006, l'assurée a fait opposition à la décision de la CNS concernant le refus de rente d'invalidité et le montant de l'IPAI. Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI correspondant à un taux de 30%. Elle a soutenu en substance qu'elle ne pouvait exercer une activité à plein temps. Toute activité sédentaire impliquait à son avis des déplacements fréquents sollicitant le genou. Sans permis de conduire et limitée dans la marche à un périmètre de 400m, elle ne pouvait se rendre régulièrement à un quelconque lieu de travail. Elle a fait état d'une douleur persistante liée aux séquelles de l'opération du genou gauche en novembre 2001 et d'une gonarthrose sévère ressortant de la scintigraphie de 2006, ainsi que d'aggravations de son état psychique en raison de l'accident de novembre 2001. S'agissant de la reprise d'une activité, elle a indiqué ne pas pouvoir reprendre celle de taxatrice, en raison du fait qu'il n'existait qu'un seul employeur potentiel, l'Etat de Genève, qu'elle avait mis en cause dans une procédure pour harcèlement et mobbing. En ce qui concernait l'IPAI, la recourante a fait état d'une grave atteinte du genou par l'arthrose et de l'éventualité d'une prothèse du genou, de sorte que l'IPAI correspondait à un taux de 30%.
34. Par courrier du 12 juin 2006, la CNS a fait part à l'assurée de certains éléments suite à son opposition. Elle a préalablement constaté la recevabilité de l'opposition de l'assurée, intervenue dans le délai qu'elle lui avait imparti. Elle a également indiqué que les troubles psychiques de l'assurée n'avaient pas de lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. S'agissant de la capacité de travail, elle a considéré que plusieurs activités professionnelles étaient exigibles de l'assurée et qu'en conséquence celle-ci ne pouvait prétendre à une rente LAA. La CNS a enfin indiqué qu'elle était disposée à verser dès réception des coordonnées bancaires l'IPAI d'un taux de 10%, taux d'ores et déjà acquis. Elle a également précisé que ce courrier n'était pas une décision sur opposition au sens de la loi et que le dossier était transmis à son service juridique dans le cas où l'assurée maintiendrait son opposition.
35. Par réponse au courrier précité en date du 27 juin 2006, l'assurée a maintenu son opposition.
36. Le 14 juillet 2006, le Dr V_____ a considéré que l'anesthésie liée à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ne serait pas délétère au niveau des séquelles de l'AVC. Une échographie prévue pour vérifier l'étanchéité du « Shunt » fermé en 2004 n'a cependant pas pu se réaliser et restait à faire. S'il n'y avait pas de « Shunt » résiduel important, le risque lié à l'ablation paraissait raisonnable, pour autant qu'il y ait un bénéfice sur le plan de la douleur.

37. Dans un rapport du 28 août 2006 adressé au Dr L_____, le Dr W_____, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire FMH, a indiqué que l'assurée avait subi une scintigraphie osseuse le 11 mai 2006. Ce médecin a constaté une légère hyperactivité précoce du tibia évoquant une hyperhémie pouvant être en rapport avec une enthésopathie chronique du ligament rotulien. L'hypercaptation au niveau du genou évoquait en outre une gonarthrose sévère. Il n'y avait pas de signes d'une algodystrophie.
38. Par rapport du 9 octobre 2006, le Dr L_____ a confirmé ses diagnostics antérieurs et a constaté que l'assurée était totalement inapte à exercer toute activité.
39. Par décision du 13 juin 2007, la CNS a confirmé sa décision initiale et rejeté l'opposition. Elle a reconnu pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique du Dr C_____, laquelle n'avait pas reconnu de lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques dont souffre la recourante et l'accident du 27 novembre 2001. L'état dépressif était en effet préexistant à cet accident et l'épisode dépressif sévère consécutif à l'AVC. Quant à l'incapacité de travail, la CNS s'est référé aux expertises des Drs P_____ et U_____ et a constaté une pleine capacité dans un travail ne nécessitant la position debout qu'occasionnellement. Elle a écarté les avis des Drs R_____ et L_____, moins détaillés et dont la valeur probante était moins grande puisqu'ils émanaient de médecins-traitants. Elle a relevé que les documents médicaux soulignaient une atténuation des atteintes au genou gauche depuis l'accident. Aucune restriction en position assise n'avait été mise en évidence par les médecins. La CNS a constaté qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail au-delà du 4 juin 2003, mais qu'elle renonçait à réclamer le remboursement des indemnités journalières versées entre cette date et le 28 février 2006. Enfin, elle a considéré que l'évaluation à 10% du taux d'IPAI par le Dr U_____ était adéquate et prenait déjà en considération l'arthrose du genou et les aggravations prévisibles. L'éventuelle pose d'une prothèse permettrait une révision de ce taux.
40. Par acte adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : Tribunal) le 17 juillet 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conteste l'appréciation des experts P_____ et U_____ sur une capacité de travail qui lui permettrait d'assumer une pleine activité dans un emploi adapté. Elle précise que seules les affections du genou doivent être prises en compte, et non l'accident vasculaire cérébral et son état dépressif antérieur, tout en relevant que l'accident du 27 novembre 2001 a eu pour effet d'aggraver cet état dépressif. Elle relève que toute activité nécessite des déplacements, tant pour parvenir sur son lieu de travail, qu'à l'intérieur de celui-ci, ce qu'elle ne peut faire en raison de ses limitations découlant de l'accident du 27 novembre 2001. Elle estime entre 10 et 20% son incapacité de gain pour ces raisons. Quant à l'IPAI, elle soutient qu'elle doit correspondre à un taux de 30%, soit le taux moyen consécutif à la mise en place d'une prothèse, hypothèse hautement prévisible pour elle.

A l'appui de son recours, la recourante a produit un rapport du Dr L_____ du 6 juillet 2007, établi à sa demande. Ce médecin rappelle que sa patiente présente "outre ses séquelles d'hémiplégie, une gonalgie invalidante de son genou gauche", avec complication à type algoneurodystrophie. Les limitations décrites par ce médecin sont : un périmètre de marche inférieur à 400m, une douleur à la marche (9/10) "EVA" et une douleur au repos (6,5/10), un temps de marche de 10 minutes, des douleurs à la descente des escaliers et une difficulté à se baisser, possible en appui sur la jambe droite uniquement. Il précise que les douches sont exclues, que sa patiente ne court plus, qu'elle ne peut soulever des charges, que la flexion est douloureuse à la face externe du genou, qu'elle tient debout 10 minutes, assise 30 minutes, qu'elle se fait aider par son voisinage pour ses commissions, qu'elle n'a pas de véhicule personnel et dépend des autres pour les déplacements, qu'elle ne peut utiliser les transports en commun à cause de la station debout pénible. Il conclut à l'inaptitude totale de sa patiente au travail.

41. Par réponse du 3 septembre 2007, l'intimée a conclu au rejet des conclusions de la recourante, dans la mesure où le recours était recevable. Elle a préliminairement constaté l'entrée en force de la décision initiale, dans la mesure où sa décision de prolonger le délai d'opposition était erronée, ce qui ne pouvait échapper à sa partie adverse. Par conséquent, l'opposition formée par la recourante était, selon elle, tardive. Sur le fond, l'intimée relève la valeur probante incontestable des expertises qu'elle a initiées. Ces expertises ont mis en évidence une capacité de travail entière de la recourante dans un emploi adapté, ce qui ne permet pas d'ouvrir un droit à la rente.
42. Par réplique du 18 octobre 2007, la recourante a persisté dans ses conclusions. S'agissant de la tardiveté de son opposition, elle a considéré que l'intimée était liée par sa décision prolongeant le délai d'opposition en application des règles de la bonne foi, puisque celle-ci avait décidé de prolonger spontanément ce délai, l'avait "validé" deux fois et avait laissé procéder sa partie adverse en étant fidèle à sa décision.
43. Par courrier du 30 octobre 2007, l'intimée a fait savoir qu'elle n'entendait pas déposer de duplique et qu'elle se référait entièrement au contenu de sa réponse.
44. En date du 17 décembre 2007, le Tribunal de céans a demandé au Dr U_____ de prendre connaissance de la scintigraphie du 11 mai 2006, qui devait lui parvenir par l'intermédiaire de la recourante, ainsi que du rapport y relatif du Dr W_____ du 28 août 2007 et de lui indiquer si ces documents modifiaient ses conclusions du 18 janvier 2006 tant sur la capacité de travail de la recourante que sur le taux d'IPAI.
45. Par réponse du 10 janvier 2008, le Dr U_____ a exposé avoir lu le rapport de scintigraphie, sans avoir vu les clichés originaux, et pouvoir affirmer que ces examens ne faisaient que confirmer les conclusions de son expertise.

46. Par lettre du 1^{er} février 2008, la recourante a estimé qu'il était inadmissible que l'expert réponde aux questions sans avoir examiné le document médical et a laissé le soin au Tribunal de céans de faire parvenir la scintigraphie à l'expert ou de nommer un autre expert.
47. En date du 21 février 2008, le Tribunal de céans a transmis au Dr U_____ la scintigraphie, sous forme de CD-rom, afin qu'il en prenne connaissance. Il a en particulier demandé à l'expert d'expliquer le taux d'IPAI retenu, à savoir 10%, alors que le rapport de scintigraphie évoquait une arthrose sévère pour laquelle la "table 5 SUVA" retenait un taux entre 30 et 40%.
48. Par réponse du 27 février 2008, le Dr U_____ a indiqué ne pas contester l'examen scintigraphique qui lui avait été adressé. Il a estimé que l'assurée présentait une arthrose unicompartimentale. Or, il tenait pour sévère une arthrose touchant les trois parties du genou. La mesure de l'aggravation de l'arthrose impliquait selon lui une nouvelle consultation avec appréciation clinique et examen radiologique complémentaire, conformément à la proposition qu'il avait faite à la fin de son expertise.
49. Appelée à se prononcer sur l'avis précité du Dr U_____, l'intimée a estimé, par écritures du 12 mars 2008, que cette nouvelle pièce n'apportait aucun élément nouveau susceptible de mettre en doute l'ensemble des pièces médicales au dossier, relevant que l'existence d'une arthrose unicompartimentale n'était pas nouvelle. Elle a relevé enfin que tant le Dr P_____ que le Prof. T_____ avaient suspecté une tendance de la recourante à exagérer les plaintes.
50. Le 18 mars 2008, la recourante a, quant à elle, contesté la prise de position du Dr U_____, au motif qu'il n'était pas adéquat de prôner un examen radiologique alors que la scintigraphie était plus précise. En outre, le Dr U_____ avait, à son avis, préconisé dans son expertise un nouvel examen, mais six mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, ablation qui lui faisait courir un risque. Enfin, elle a indiqué qu'à teneur de l'expertise, l'évolution de l'arthrose au genou gauche ne pouvait qu'être défavorable. Les conclusions de l'expert étaient dès lors, selon elle, contradictoires et contredites tant par le rapport du Dr W_____ que par l'attestation du Dr L_____. Ce dernier avait en effet constaté, dans les suites de l'accident du 27 novembre 2001, des complications de type algoneurodystrophie et des séquelles fonctionnelles très importantes.
51. A la demande du Tribunal de céans du 16 avril 2008, la recourante lui a fait parvenir le même jour, par télécopie, copie du rapport médical de la Dresse R_____ du 1^{er} avril 2005, qui manquait au dossier.
52. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la présente loi n'y déroge expressément.

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les fait juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (l'accident ayant eu lieu le 27 novembre 2001), pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Ce délai s'applique aux décisions de l'assurance-accidents rendues postérieurement au 31 décembre 2006. En l'espèce, la décision sur opposition du 13 juin 2007 a été reçue le lendemain. Le recours du lundi 16 juillet 2007 a donc été formé en temps utile. Interjeté en outre dans la forme prévue à l'art. 56 LPGA, le recours est par conséquent recevable.
4. Préalablement, l'intimée soulève pour la première fois dans sa réponse au recours une exception d'irrecevabilité de l'opposition à la décision initiale, pour raison de tardiveté.

A teneur de l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ce délai d'ordre ne peut être prolongé en application de l'art. 40 al.1 LPGA.

La recourante a fait opposition le 26 mai 2006 à l'encontre de la décision du 29 mars 2006, soit tardivement.

Elle se prévaut toutefois de la protection de la bonne foi, qui serait violée dans la mesure où elle s'est vue accorder un délai supplémentaire par l'intimée qu'elle a respecté.

Selon un principe général du droit déduit des règles de la bonne foi (formalisé aux art. 107 al. 3 OJ et 38 PA pour la procédure fédérale), lorsqu'il existe une obligation de mentionner les voies de recours, son omission ne doit pas porter préjudice au justiciable; de même, le justiciable ne doit pas pâtir d'une indication inexacte ou incomplète sur ce point. Le justiciable ne doit en outre pas pâtir d'une réglementation légale peu claire ou contradictoire des voies de droit; il est alors dans une situation comparable à celle du justiciable à qui l'autorité donne, dans sa décision, des indications erronées à ce sujet (ATF 117 Ia 119 consid. 3 p. 124). Toutefois, le justiciable ne peut invoquer la protection de la bonne foi que s'il n'était pas à même, en faisant preuve d'une attention suffisante, de déceler l'inexactitude de l'indication; en particulier, il ne saurait se prévaloir de son ignorance du droit lorsque l'erreur était reconnaissable par une simple lecture de la loi (ATF 117 Ia 119 consid. 3a p. 125); il n'est en revanche pas tenu de consulter la doctrine et la jurisprudence (ATF 117 Ia 297 consid. 2 p. 299; 112 Ia 305 consid. 3 p. 310, 106 Ia 13 consid. 3a/3b pp. 16-18).

En l'espèce, la décision de l'intimée de "suspendre le délai initial pour former opposition jusqu'au 30^{ème} jour qui suivra la réception [des] pièces " peut être comprise, au sens strict, comme une suspension du délai ou envisagé sous l'angle de ses conséquences comme une prolongation du délai. Quoiqu'il en soit, la LPGA ne permet ni la première ni la seconde, dans la mesure où le délai d'opposition est un délai légal qui ne peut être modifié par l'administration. L'intimée a ainsi pris une décision qui viole la loi. La CNS se prévaut de l'ATF non publié du 14 septembre 2005, cause U 168/05. Dans cet arrêt, la SUVA avait rendu une décision de rente et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité le 30 octobre 2002, décision qui précisait que le délai (pour faire opposition) ne pouvait être prolongé. Le 11 novembre 2002, l'assuré avait demandé à la SUVA une copie du dossier et une prolongation du délai au 31 décembre 2002. Le 15 novembre 2002, la SUVA avait envoyé copie du dossier à l'assuré, qui devait lui être restitué jusqu'au 4 décembre 2002. Le 15 novembre 2002, l'assuré retourna le dossier à la SUVA. Il fit opposition à la décision le 2 décembre 2002. Le Tribunal fédéral a considéré que compte tenu de la mention d'un délai non prolongeable dans la décision, l'assuré ne pouvait considérer sans autre que la SUVA lui avait accordé par son courrier du 15 novembre 2002 un délai jusqu'au 4 décembre 2002. Il aurait dû y voir un motif pour s'informer auprès de la SUVA sur sa demande de prolongation du 11 novembre 2002 restée sans réponse. En étant resté inactif jusqu'au 2 décembre 2002, le Tribunal fédéral a considéré que l'assuré ne pouvait faire appel au principe de la bonne foi. Cet arrêt présente une différence fondamentale avec le cas d'espèce en ce que la SUVA, dans le cas précité, avait, d'une part, mentionné que le délai d'opposition ne pouvait pas être prolongé puis, d'autre part, n'avait pas

explicitement prolongé ce délai. Or, en l'occurrence, l'intimée a d'elle-même prolongé le délai à la mandataire de la recourante. On peut se demander si celle-ci aurait pu se rendre compte de cette erreur, mais il convient de prendre acte du fait qu'elle ne disposait pas du dossier de la recourante, en particulier de la décision initiale. Cette différence a pour conséquence que si le principe de la confiance ne pouvait trouver application dans le cas jurisprudentiel, il doit être pris en considération dans le cas d'espèce. Il importe de relever que par la suite la CNS a par deux fois constaté la recevabilité de l'opposition de la recourante, intervenue dans le délai qu'elle-même avait imparti, ce qui démontre, si besoin est, qu'elle entendait clairement prolonger le délai d'opposition. Dans ces circonstances, la recourante ne peut avoir à pâtir du comportement de la CNS et le principe de la confiance commande de reconnaître la recevabilité de l'opposition faite par la recourante contre la décision initiale de la CNS. Par conséquent, l'opposition était recevable.

5. La recourante conteste la décision litigieuse tant sur la question de son droit à la rente, qui lui a été dénié par l'intimée, que sur la question du montant de l'IPAI, fixée à 10'860 fr., correspondant à un taux de 10%.
6. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Selon l'art. 4 LPGGA, 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. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGGA à l'art. 9 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente.

Il n'est pas contesté que l'événement du 27 novembre 2001 répond à la définition de l'accident au sens de la LAA.

7. Parmi les prestations assurées, se trouve le droit de l'assuré à une rente d'invalidité si ce dernier est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA). Ce droit prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).
8. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b).

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. Le juge doit ainsi, le cas échéant, retenir les éléments de fait allégués ou envisageables qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, fondant la détermination du juge dans le cadre de l'examen du lien de causalité naturelle, ce qui est déterminant c'est 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 de l'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 dûment 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. Enfin, le médecin s'abstiendra de se prononcer en droit (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

9. Si, en application du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement ces dernières, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves, la jurisprudence a cependant eu l'occasion de préciser que le juge ne s'écartera pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de

mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne 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 352 consid. 3b/aa et les références).

Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

En outre, toujours selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Ainsi, l'administration et le juge des assurances sociales peuvent, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157).

10. Il importe encore de préciser qu'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. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi (art. 8 al. 1 LPGA). 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.

Si 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, une appréciation divergente peut intervenir qu'à titre exceptionnel s'il existe des motifs suffisants (voir ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3).

11. En l'occurrence, le taux d'invalidité de la recourante a été fixé à 100% dès le 1^{er} juillet 2002 pour la rente de l'assurance-invalidité par l'Office AI du canton du Vaud, dans sa décision de février 2002. Les causes mentionnées étaient "des raisons de maladie et d'accidents". Force est ainsi de constater que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité ne peut lier l'intimée en l'espèce, dans la mesure où des causes ne résultant pas de l'accident du 27 novembre 2001 ont été prises en considération, tout particulièrement l'AVC du 12 août 2003, dont les conséquences ont été fort importantes sur le plan médical. L'intimée était donc tenue de faire une appréciation divergente de celle de l'assurance-invalidité afin de ne prendre en compte que les suites de l'accident du 27 novembre 2001.
12. Dans le cas d'espèce, la recourante souffre d'affections sur le plan physique (a) et psychique (b).

a) S'agissant des atteintes physiques, l'intimée a mandaté le Dr U_____ pour évaluer l'état de santé de la recourante. Selon celle-ci, cette expertise serait contradictoire et serait contredite par les avis des Drs L_____ et T_____.

L'expert retient une fracture comminutive du plateau tibial externe gauche ostéosynthésée le 29 novembre 2001 avec évolution progressive vers une gonarthrose externe, un syndrome douloureux résiduel du compartiment tibio-fémoral externe gauche, une hypoesthésie du versant externe de la cicatrice, un status après AVC ponto bulbaire avec troubles mnésiques, troubles phasiques persistants, troubles de la déglutition en évolution favorables, un status après fracture de la malléole externe de la cheville gauche le 23 février 2000 évoluant vers une algoneurodystrophie. Une éventuelle algodystrophie au niveau du plateau tibial gauche suspectée dans les premiers mois de traitement en raison d'impression de chaleur et de serrement ressentie par la recourante a été écartée par l'expert qui n'en a constaté aucun signe. Appelé à se prononcer sur la scintigraphie réalisée le 11 mai 2006 soit quatre mois après l'expertise, et sur le rapport y relatif du Dr W_____ du 28 août 2006 concluant à une gonarthrose sévère, l'expert mentionne ne pas en contester les résultats, tout en précisant que l'arthrose dont souffre la recourante au genou gauche ne peut être considérée comme sévère dans la mesure où cette qualification s'attache à une arthrose touchant les trois parties du genou. Or, la recourante connaît une arthrose unicompartimentale. Il estime ainsi que cet examen ne met aucunement en doute les conclusions de son expertise.

L'expertise du 18 janvier 2006 émane d'un spécialiste en chirurgie orthopédique dont les conclusions sont claires et bien motivées. Celui-ci a établi son expertise sur une anamnèse rigoureuse, un examen clinique précis et a tenu compte des plaintes exprimées par la recourante.

Sur la question du lien de causalité entre les affections dont souffre la recourante et l'accident du 27 novembre 2001, l'expert constate que seule la fracture du plateau

tibial et ses conséquences, à savoir douleurs résiduelles, arthrose post-traumatique et anesthésie du versant de la cicatrice sont en relation certaine avec l'accident. Cet avis est encore une fois partagé par les autres médecins et également par la recourante, qui précise dans son recours que seules les affections du genou doivent être prises en compte au niveau physique.

Ensuite, les explications fournies par l'expert sur la raison pour laquelle il n'a pas qualifié de "sévère" l'arthrose dont souffre la recourante au genou gauche sont claires et emportent dès lors la conviction du Tribunal. Il importe en particulier de relever que le Dr T_____ a constaté, sans sa lettre du 30 novembre 2005, qu'il n'y avait pas de remaniement arthrosique important sur le plan radiologique. Le Dr L_____ a indiqué quant à lui, dans son rapport du 14 mars 2006, un processus arthrosique débutant "sous forme de réaction ostéophytaire". Les constatations de l'expert n'entrent pas en contradiction avec celles, précitées, des médecins de la recourante. Il importe encore de relever qu'antérieurement à l'expertise, le Dr N_____ avait indiqué une évolution progressivement favorable du genou gauche de la recourante dans ses rapports des mois d'avril, mai et novembre 2002. L'expert a proposé d'entreprendre une nouvelle consultation avec appréciation clinique pour pouvoir juger de l'évolution de l'arthrose. Cette proposition apparaissait déjà dans son expertise, comme le relève la recourante, dans un délai de six mois après l'éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le Tribunal considère qu'une nouvelle évaluation de l'arthrose n'apparaît pas nécessaire en l'état, dans la mesure où l'examen scintigraphique a été réalisé peu de temps après l'expertise et n'apporte pas d'éléments nouveaux qui commanderaient d'investiguer davantage sur cette question et il n'y a pas lieu de mettre en doute les conclusions de l'expertise sur ce point.

L'expert estime que la recourante ne peut plus assumer le travail au service du courrier assigné par l'employeur. Elle peut cependant assumer selon lui un travail sédentaire à plein temps, effectué en position assise et sans nécessité de changement de position fréquente à dater du 4 juin 2003, date déjà retenue par le Dr P_____ et marquant la stabilisation de l'état de santé de la recourante.

Le Dr L_____, qui s'est en particulier exprimé à la demande de la recourante dans un rapport du 6 juillet 2007, indique des limitations importantes pour la recourante et une incapacité totale de travail. Il ne fait cependant pas mention d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, en particulier en ce qui concerne l'arthrose, depuis son rapport du 14 mars 2006 précité, confirmé le 9 octobre 2006. Le rapport du 6 juillet 2007 n'indique pas à quelle date ce médecin a ausculté la recourante pour la dernière fois. En outre, le Dr L_____ ne mentionne pas clairement si les limitations dont il fait état sont liées au seul accident du 27 novembre 2001 ou si elles concernent également les suites de l'accident du 23 février 2000 et l'AVC du 12 août 2003. S'agissant de ce dernier événement, il avait en effet estimé sa patiente inapte au travail "pour des problèmes neurologiques,

d'hémiplégies droite" (rapport du 14 décembre 2004). Quant à la Dresse R_____, qui a estimé l'incapacité de travail de sa patiente liée aux douleurs persistantes du genou à "probablement" 25%, elle n'indique nullement avec précision quelles seraient les limitations de la recourante dans une activité adaptée, comme celle de taxatrice. Pour ces raisons, et compte tenu de la position de médecins-traitants des Drs L_____ et R_____, le Tribunal considère que leurs avis ne permettent pas de mettre en doute l'expertise du Dr U_____.

Force est ainsi de constater que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail au 4 juin 2003 dans une activité adaptée, telle celle de taxatrice, ainsi que l'a retenu l'intimée, et par conséquent ne subit pas d'atteinte à sa capacité de gain dès cette date. Il importe encore de rappeler que l'intimée renonce à prétendre à un remboursement des indemnités journalières qu'elle a versées à la recourante entre le 4 juin 2003 et le 28 février 2006.

b) Du point de vue psychique, la recourante soutient que l'accident du 27 novembre 2001 a eu pour effet d'aggraver son état dépressif antérieur.

L'intimée a confié une expertise au Dr C_____. Il en découle que la recourante souffre, sur le plan psychiatrique, d'un état dépressif sévère, sans lignée psychotique (F32.2). Cette expertise, menée par un psychiatre, présente une pleine valeur probante. En effet, elle comprend une anamnèse complète, décrit un status précis et tient compte des plaintes de la recourante.

En ce qui concerne le lien de causalité naturelle entre l'état dépressif et l'accident du 27 novembre 2001, l'expert a admis que ce dernier avait entraîné une aggravation passagère temporaire d'un état chronique depuis 1997. Selon lui, le status quo ante était atteint quelques mois après l'accident, à savoir au printemps 2002. En raison de l'AVC en 2003, l'état dépressif avait par la suite connu une aggravation sévère, sans lien avec les conséquences de l'accident de 2001. En ne prenant en compte que les seuls handicaps liés aux séquelles post-traumatiques de cet accident, la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique était complète selon l'expert dans n'importe quelle activité. Ses conclusions doivent être confirmées. Elles ne sont contestées par aucun autre médecin et le Dr L_____, dont se prévaut la recourante pour contester la valeur probante de l'expertise du Dr C_____, ne fait état d'aucun élément se rapportant à l'état psychique qui permettrait de douter de sa pertinence.

Par surabondance de moyen, il convient de mentionner que la causalité adéquate ne serait de toute manière pas réalisée en l'espèce.

Selon la jurisprudence relative à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 123 V 102 consid. 3b et les références), l'existence d'un tel lien entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis

qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 139 consid. 6, 408 consid. 5). Dans ce dernier cas, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante.

En l'occurrence, l'accident du 27 novembre 2001 doit être considéré comme un accident de peu de gravité, à la limite des accidents de gravité moyenne. Aucun des éléments jurisprudentiels retenus pour ces derniers accidents ne s'est manifesté de manière particulièrement marquante et aucun cumul de plusieurs d'entre eux serait déterminant. L'accident n'a pas compris de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou revêtu un caractère particulièrement impressionnant. S'agissant de la durée du traitement médical, il s'est poursuivi au-delà du 4 juin 2003, date marquant pour les experts P_____ et U_____ la reprise d'une activité adaptée à plein temps, sous forme de prise d'antalgiques en réserve, de perfusion d'Arédia et de physiothérapie (rapport de la Dresse Q_____ du 24 janvier 2005). Quoique long, ce traitement est avant tout de nature antalgique et s'inscrit dans une reprise d'activité professionnelle possible. Cela précisé, le matériel d'ostéosynthèse a entraîné chez la recourante des douleurs résiduelles persistantes, ce qui peut être qualifié de complication apparue au cours de la guérison, au même titre que la gonarthrose. Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques consécutives à l'accident, à savoir du 27 novembre 2001 au 4 juin 2003, revêtent une certaine importance, sans que l'on puisse toutefois les considérer comme particuliers. Eu égard à l'ensemble de ces circonstances, les critères posés par la jurisprudence, en partie réunis, ne revêtent pas une intensité suffisante pour établir une relation de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques constatés.

Ainsi, l'intimée était-elle fondée à mettre un terme au versement de l'indemnité journalière au 4 juin 2003, versée à bien plaisir jusqu'au 28 février 2006, et à refuser toute rente d'invalidité à la recourante pour la période postérieure.

13. Reste encore à examiner l'IPAI, fixée à 10'860 fr. par l'intimée, soit un taux de 10%. La recourante soutient en effet qu'un taux de 30% doit être retenu, afin de prendre en considération l'atteinte grave portée à son genou par l'arthrose et l'éventualité d'une prothèse à ce genou.

Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital (art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). L'annexe 3 à l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du

gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA - actuellement SUVA - a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (voir Arrêt du Tribunal fédéral du 11 janvier 2007, cause U 504/05, consid. 6.2.1; ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a). L'art. 36 al. 4 OLAA précise encore qu'il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

En l'espèce, l'intimée a fixé le taux d'IPAI à 10 %, en se fondant sur les conclusions de l'expert. Celui-ci a fixé ce taux en se basant sur la table 5 d'indemnisation. Il a cependant considéré comme prévisible une aggravation de l'état séquellaire en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose et a envisagé avec le temps la possible mise en place d'une prothèse du genou, ce qui donnait un taux d'IPAI de 20% avec un résultat favorable et un taux de 40% avec un résultat défavorable.

Le Tribunal de céans a déjà examiné ci-avant la qualification de l'arthrose dont est atteinte aujourd'hui la recourante au genou gauche et a ainsi fait sienne l'appréciation de l'expert suivant laquelle cette arthrose ne peut être qualifiée de grave ou de sévère, compte tenu de son caractère unicompartmental. Le taux de 10% retenu par l'expert correspond à la valeur la plus basse d'une arthrose moyenne du genou (pangonarthrose) (10-30%), selon la table 5 SUVA sur l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (version 2000). Cependant, force est de reconnaître, contrairement à ce que soutient l'intimée, que ce taux ne prend pas en considération l'aggravation séquellaire de l'arthrose, pourtant considérée comme prévisible par l'expert. Il importe par conséquent de prendre en considération cette aggravation, en conformité de l'art. 36 al. 4 OLAA. Un taux de 30% sera arrêté par le Tribunal, conformément aux conclusions de la recourante sur ce point, dans la mesure où il correspond à la valeur supérieure pour une pangonarthrose moyenne et à la valeur inférieure pour une pangonarthrose sévère. Une endoprothèse ne paraissant que probable à l'expert, elle ne peut être comprise comme une aggravation prévisible. Si l'endoprothèse envisagée devait être réalisée, pourrait alors se poser la question d'une révision du taux d'IPAI fixé dans la présente décision et il serait loisible à la recourante de saisir l'intimée sur ce point.

Dans ces circonstances, le Tribunal fixera à 30% le taux d'IPAI, en lieu et place de 10 %.

14. En conclusion, la recourante obtient partiellement gain de cause, en ce que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être arrêté à un taux de 30%. Le refus par l'intimée du droit à une rente de l'assurance-accidents sera par contre confirmé par le Tribunal.
15. Une indemnité de 1'500 fr. sera allouée à la recourante.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le présent recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 13 juin 2007 dans la mesure où elle fixe une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.
4. Dit que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 30%.
5. Confirme la décision attaquée pour le surplus.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Nancy BISIN

La secrétaire-juriste :
Sandrine TORNARE

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le