

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 février 2012

---

Présidence de     Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     Mme Thalmann et M. Gutmann, assesseur  
Greffier     :     M. Tissot

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à Genolier, recourante, représentée par Me Jean-Pierre Oberson,  
avocat à Genève,

et

**C.** \_\_\_\_\_ **SA**, à Bâle, intimée.

---

**Art. 4 LPGA; art. 6, 24 et 25 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 9 juin 1946, était assurée au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20) auprès de la C. \_\_\_\_\_ SA (ci-après: C. \_\_\_\_\_ SA) en sa qualité d'employée de cette même compagnie. Le 13 juillet 2004, l'employeur a rempli un avis de sinistre faisant état d'un accident de la circulation subi par l'assurée suite à une collision avec un autre véhicule en date du 9 juillet de la même année. Il mentionnait que l'assurée avait été atteinte au fémur et était en incapacité de travail à compter du 12 juillet 2004.

Dans un rapport d'accident du 22 juillet 2004, la gendarmerie genevoise a attesté que l'assurée avait été grièvement blessée, souffrant de fractures du bassin et de la tête du fémur droit, et qu'elle avait été conduite en ambulance à l'Hôpital de L. \_\_\_\_\_.

Le 29 juillet 2004, le Dr M. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a signé un rapport médical initial LAA qui relatait qu'une intervention chirurgicale avait été faite en urgence. Il joignait deux rapports opératoires:

- dans le premier, du 9 juillet 2004, le médecin mentionnait les diagnostics de luxation postérieure de hanche droite, de fracture multi-fragmentaire déplacée du mur postérieur du cotyle droit, et de contusion pré-rotulienne du genou droit. Il indiquait être intervenu pour une réduction fermée de la luxation du côté postérieur de la hanche droite. Au bilan des suites post-opératoires, il mentionnait la nécessité d'une rééducation à la marche en charge partielle, une flexion maximale de 90<sup>0</sup>, l'interdiction de mouvements en flexion-rotation interne-adduction, ainsi qu'un traitement médicamenteux,
- Dans le second, du 10 juillet 2004, le médecin notait les diagnostics de fracture multi-fragmentaire hautement

déplacée du mur postérieur du cotyle droit, de status post-luxation postérieure de la hanche droite réduite en urgence, de lésion ostéo-chondrale de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degré de la tête fémorale en zone postéro-inférieure (2,5 x 1,5 cm), de fragments intra-articulaires libres (2), et de contusion prérotulienne genou droit. Il décrivait être intervenu pour:

" 1) Réduction et ostéosynthèse du mur postérieur du cotyle droit par voie de Moore: plaque de reconstruction 7 trous. 7 vis verticales 3,5. 1 vis corticale 3,5. 1 vis corticale 3,5 avec rondelle accessoire postérieurement.

2) Bilan arthroscopique et ablation de 2 fragments intra-articulaires libres et débridement lésion ostéochondrale céphalique en postéro-inférieur.

3) Reconstruction du plan capsulo-ligamentaire avulsé. "

Dans un rapport du 6 août 2004, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, O.\_\_\_\_\_, allergologue et immunologue et W.\_\_\_\_\_, médecin adjoint, ont mentionné que l'assurée avait effectué un séjour en clinique du 18 juillet au 6 août 2004, bénéficiant d'un traitement de physiothérapie et ergothérapie. Ils notaient qu'à l'issue de son séjour, l'assurée était rentrée à la maison, parfaitement indépendante pour les activités de la vie quotidienne.

Dans trois rapports médicaux intermédiaires LAA successifs, des 14 octobre et 1er décembre 2004 ainsi que du 4 février 2005, le Dr M.\_\_\_\_\_ a décrit une lente évolution des suites de l'accident. D'après le dernier rapport, une reprise du travail à 50% était intervenue, mais le médecin relevait le risque d'un dommage permanent sous la forme de "lésions arthrogènes et à risque de nécrose aseptique de la tête fémorale".

Dans un rapport du 28 février 2005 suite à une IRM de la colonne cervicale de l'assurée, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluait à une discarthrose C5-C6, sans hernie discale, ni canal étroit, et relevait qu'aucune anomalie des trous de conjugaisons ne pouvait être objectivée sur les séquences pratiquées.

Le 14 mars 2005, le Dr M.\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport intermédiaire LAA, relatant que l'amélioration de l'état de l'assurée se

poursuivait, avec un périmètre de marche d'environ 45 minutes désormais. Il prévoyait une reprise du travail à 100% pour le 4 avril suivant. Il réaffirmait en revanche sa crainte d'éventuels dommages permanents (lésions arthrogènes et risques de nécrose aseptique de la tête fémorale).

Le 28 février 2006, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a mentionné, dans un rapport à l'attention de C.\_\_\_\_\_ SA, de nouvelles plaintes de l'assurée, diagnostiquant une rhizarthrose du pouce gauche, des douleurs chroniques et une tendinite de De Quervain, ainsi que des douleurs polyarticulaires de métacarpo-phalangienne d'origine indéterminée. D'après le médecin, l'assurée évoquait une décompensation due à la marche avec des cannes, suite à fracture du col fémoral.

Le 15 août 2006, le Dr M.\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport intermédiaire relatant un périmètre de marche de 60 minutes. Par courrier du 23 août 2006, il a encore précisé que l'assurée ne présentait que peu de douleurs et que, radiologiquement, il n'y avait pas d'évolution rapide vers une coxarthrose voire une nécrose aseptique de la tête fémorale droite. Selon lui, l'évolution à court et moyen terme était donc tout à fait favorable, mais il réservait que l'évolution vers une coxarthrose avec diminution progressive du périmètre de marche et des douleurs invalidantes demeurait néanmoins possible. Le médecin estimait le taux d'atteinte à l'intégrité actuel à 20%.

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> février 2008 à la C.\_\_\_\_\_ SA, le Dr M.\_\_\_\_\_ a considéré que, 3 ans et demi après l'accident, le périmètre de marche était toujours d'une heure et que, radiologiquement, l'on ne décelait pas de coxarthrose post-traumatique sévère. Il jugeait l'évolution plutôt favorable, vu la sévérité des lésions, et estimait cette fois que le taux d'atteinte à l'intégrité était de 10%.

Le 21 février 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport médical LAA. Il s'y référait à ses rapports précédents ainsi qu'à sa lettre du 1<sup>er</sup> février 2008.

Par rapport médical LAA du 15 septembre 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait repris un traitement de physiothérapie. Il joignait un rapport établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, suite à une IRM du genou droit de l'assurée, effectuée le 24 juillet 2008. Le médecin concluait à des signes IRM compatibles avec la présence d'un syndrome de la bandelette ilio-tibiale, à un chondropathie de grade IV avec mise à nue sur environ 4 à 5 mm à hauteur de la zone portante du condyle fémoral interne et relevait l'absence de déchirure méniscale objectivable.

Le 20 octobre 2008, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi, sur mandat de l'assureur-accidents, un rapport d'expertise, se fondant sur l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, ainsi que sur un examen médical de l'assurée du 3 septembre 2009. La Dresse V.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics de "luxation de la hanche droite avec fracture communitive du mur postérieur du cotyle droit ostéosynthésée le 10.7.2004", de "syndrome fémoro-patellaire résiduel après contusion antérieure du genou droit", de "rhizarthrose et tendinite de De Quervain gauche" et de "tendinose achilléenne droite". Elle qualifiait de très vraisemblable un rapport de causalité de l'accident et les deux premiers éléments diagnostiqués. Elle estimait en revanche qu'il n'y avait pas de rapport de causalité s'agissant des deux éléments suivants de son diagnostic. L'experte considérait que le traitement des suites de l'accident était terminé. Elle répondait affirmativement à la question d'une atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée chez l'assurée, exposant que :

"Actuellement Mme I.\_\_\_\_\_ ne présente pas de complications graves de sa fracture-luxation de cotyle sous forme d'une coxarthrose ou d'une ostéonécrose aseptique. Néanmoins, elle présente dans les suites de son accident une gêne fonctionnelle certaine avec une limitation de la mobilité et un syndrome fémoro-patellaire résiduel du genou droit. Dans ce sens, elle présente un état douloureux ouvrant une indemnisation avec atteinte à l'intégrité évaluée à 10%. En cas de péjoration à long terme avec

développement d'une coxarthrose secondaire, ce taux d'atteinte à l'intégrité devra être évalué. Ce risque de complication de péjoration n'est actuellement pas prévisible au vu de la bonne évolution tant clinique que radiologique."

Le 7 novembre 2008, C. \_\_\_\_\_ SA a notifié à l'assurée une décision lui reconnaissant un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle fixée à 10%, calculé sur base du montant du gain maximum assuré au moment de l'accident (106'800 fr.), représentant ainsi une somme de 10'680 francs. Au surplus, elle refusait l'octroi d'une rente invalidité, la capacité de gain de l'assurée n'ayant pas été réduite, et estimait que le traitement des suites directes de l'accident était terminé, sous réserve de la prises d'antalgiques et d'anti-inflammatoires, ainsi que d'éventuelles rechutes et/ou séquelles tardives.

Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2008, l'assurée s'est opposée à cette décision, considérant que le rapport d'expertise servant de base à la décision ne lui avait pas été communiqué.

En date du 10 février 2009, le conseil de l'assurée fait parvenir à C. \_\_\_\_\_ SA une attestation du Dr M. \_\_\_\_\_, que ce praticien lui avait adressée le 15 janvier précédent. Le chirurgien orthopédiste y expliquait que l'assurée présentait actuellement des boiteries, malgré le traitement médicamenteux prescrit, associées à des douleurs dans l'aîne. Selon lui, ces troubles étaient en relation de causalité avec l'accident du 9 juillet 2004. Le périmètre de marche était à nouveau diminué à 15 minutes. Le médecin ajoutait que l'assurée présentait aussi encore des douleurs au genou droit. Il évoquait à cet égard les lésions ostéochondrales révélées par l'IRM du 24 juillet 2008. Le Dr M. \_\_\_\_\_ en concluait que le traitement des suites de l'accident n'était à ce jour pas terminé et il estimait à nouveau l'atteinte à l'intégrité à 20%, en tenant compte de l'aggravation récente des douleurs.

Requise de se prononcer sur le lien de causalité éventuel entre l'accident et les lésions au genou droit, en particulier sur la chondropathie de grade IV du CFI révélée par l'IRM du 24 juillet 2008, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a répondu le 8 juin 2009 à l'assurance :

" (...)Je confirme par la présente les diagnostics suivants:

1. Luxation de la hanche droite avec fracture comminutive du mur postérieur du cotyle droit ostéosynthésée le 10 juillet 2004.
2. Syndrome fémoro-patellaire résiduel après contusion antérieure du genou droit.
3. Rhizarthrose et tendinite de De Quervain gauche.
4. Tendinose achilléenne droite.
5. Chondropathie de grade IV du CFI.

La situation d'opposition concerne les problèmes du genou droit et principalement le diagnostic de chondropathie de grade IV du CFI.

Je constate sur les pièces du dossier que des radiographies de ce genou ont été effectuées lors de l'accident le 9 juillet 2004. Aucun examen de contrôle concernant ce genou n'a été effectué jusqu'au 24 juillet 2008, soit 4 ans après l'événement accidentel.

Le diagnostic de chondropathie de grade IV est descriptif sur l'IRM, posé 4 ans après l'événement accidentel chez une patiente de 62 ans. Ainsi il est difficile d'établir un rapport de causalité entre la lésion décrite à l'IRM et l'accident. Le rapport de causalité est ici de l'ordre du possible (moins de 50%). Par contre, le syndrome clinique fémoro patellaire se traduisant par des douleurs antérieures du genou est à mettre en relation avec les troubles du membre inférieur droit.

La patiente, lors de l'examen clinique à l'expertise du mois de septembre 2008, présentait des genoux calmes, sans épanchement avec une mobilité complète et une palpation rotulienne indolore. De plus, au cours de ce même examen, il est objectivé une hanche qui est stable sans évolution dramatique vers une arthrose.

Il est bien spécifié dans mon expertise, qu'en cas d'évolution vers une arthrose l'atteinte à l'intégrité devrait alors être réévaluée."

Le 27 juin 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les compléments apportés par l'experte, estimant notamment que:

"(...) Effectivement c'est le genou en flexion qui va heurter le tableau de bord expliquant par ce mécanisme l'association fréquente d'atteinte traumatique du genou en association avec la luxation postérieure de la hanche. Il est bien connu qu'hormis les fractures du genou comme par exemple la fracture de la rotule en association avec la luxation postérieure de la hanche il existe aussi des atteintes moins évidentes lors de ce traumatisme comme des lésions cartilagineuses notamment dans le contexte de contusions osseuses. Ces micro-lésions cartilagineuses peuvent être responsables d'une dégradation progressive du cartilage atteint. C'est donc le cartilage rotulien ou aussi le cartilage fémoro-rotulien et du condyle qui peuvent être atteints. En lisant le rapport de la Doctoresse V. \_\_\_\_\_ en date du 8 juin 2009, je constate qu'elle aussi attribue les douleurs fémoro-patellaires résiduelles du genou droit à une origine traumatique mais pour la lésion cartilagineuse du condyle interne de IV.° (d'une taille d'environ 4 mm de diamètre selon le rapport d'IRM du 25.07.08) que le rapport de causalité n'est que de « l'ordre du possible (moins de 50%) ».

Par contre il est faux que la patiente ne s'est jamais plainte de douleurs de son genou droit pendant 4 ans comme le décrit la Doctoresse V. \_\_\_\_\_ car en revoyant le dossier médical, les plaintes étaient déjà présentes auparavant, non seulement dans la phase post-opératoire immédiate où les douleurs antérieures et

internes du genou droit étaient présentes lors de la consultation du 16 août 2004, puis en amélioration progressive dans un premier temps avant de se repéjorer progressivement comme constaté par exemple lors de la consultation du 11 décembre 2007 et nette péjoration des douleurs par la suite amenant lors de la consultation du 1<sup>er</sup> février 2008 à un bilan radiologique sous forme de radiographies puis devant la persistance des douleurs le 21 juillet 2008 à une imagerie par résonance magnétique du genou droit. La patiente ne présente donc pas une atteinte arthrosique diffuse de son genou mais des douleurs fémoro-rotuliennes et une atteinte d'environ 4 mm de diamètre du condyle interne parlant aussi plutôt en faveur d'une lésion traumatique focale au contraire d'une arthrose diffuse.

En résumé, je maintiens donc l'argumentation de mon courrier du 15 janvier 2009 que l'atteinte de la hanche et du genou droit est d'origine traumatique."

Invitée à prendre position sur les derniers arguments du Dr M. \_\_\_\_\_, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a réaffirmé, le 25 août 2009, sa conclusion selon laquelle le lien de causalité entre la chondropathie et l'accident était uniquement possible. L'experte précisait avoir revu le dossier d'assurance et de radiologie. Elle soulignait que - sauf pour des axiales de rotule effectuées le jour de l'accident mais qui ne montraient ni subluxation rotulienne, ni arrachement - l'assurée n'avait pas bénéficié d'investigations à ce genou durant 4 ans. Dans ces conditions, l'experte estimait que, s'agissant d'une patiente actuellement âgée de 63 ans, une origine dégénérative de la chondropathie ne pouvait pas être exclue.

Dans un courrier du 7 septembre 2009, - transmis à C. \_\_\_\_\_ SA par courrier du 28 septembre 2009 du conseil de l'assurée - le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'avis de l'experte. Soulignant à nouveau que l'assurée s'était plainte de douleurs au genou droit, il relevait que:

"Le simple fait que les radiographies «axiales de rotule effectuées le jour de l'accident ne montrent pas de subluxation rotulienne ni d'arrachement» (Dresse V. \_\_\_\_\_) n'est en aucun cas une preuve médicale qu'il n'y ait pas eu de lésion cartilagineuse due à l'impact antérieur et antéro-interne du genou contre le tableau de bord lors de l'accident transmettant cette force via le cartilage du genou vers proximatement et occasionnant la luxation postérieure avec fracture multifragmentaire hautement déplacée du mur postérieur du cotyle droit.

L'énergie nécessaire pour ce mécanisme d'accident est considérable et comme déjà décrit dans mes courriers précédents des lésions cartilagineuses du genou sont des lésions associées reconnues. Notons de plus que souvent ces lésions cartilagineuses ne sont pas visibles même sur IRM et que souvent seulement des signes indirects comme des contusions osseuses sous-jacentes donnent

l'indice de suspicion amenant à une arthroscopie par la suite si l'évolution reste défavorable.

En résumé il n'y a vraisemblablement pas eu de lésion cartilagineuse déjà de IV.° du condyle interne lors de l'accident mais comme décrit ci-dessus la force traumatique exercée sur le genou est telle qu'une lésion cartilagineuse peut amener à une dégradation progressive dans les années suivant un tel traumatisme et ceci de façon précoce et du côté atteint par le traumatisme seulement. L'on ne doit donc pas seulement se référer à l'âge d'un patient mais plutôt souligner le fait de lésions cartilagineuses post traumatiques seulement du côté atteint par le traumatisme et un genou controlatéral asymptomatique. Concernant votre question quant à l'indication à une autre expertise médicale indépendante, je ne peux bien entendu que vous encourager d'aller dans ce sens."

En date du 30 septembre 2009, C. \_\_\_\_\_ SA a reçu copie du rapport opératoire établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ suite à une intervention pratiquée le 1<sup>er</sup> juillet 2009 au genou droit de l'assurée, rapport dans lequel étaient indiqué les diagnostics de :

- "1) Douleurs progressivement invalidantes de la hanche et du genou droit.
- 2) Status 5 ans post-réduction et ostéosynthèse d'une fracture-luxation du mur postérieur du cotyle droit associée à des lésions ostéochondrales de III. Et IV.° de la tête fémorale en zone postéro-inférieure sur 2,5 x 1,5 cm et contusion du genou droit (opération le 10.07.04).
- 3) Lésions cartilagineuses instables de III.° étendues du condyle interne et de II.° de la trochlée distalement.
- 4) Lésion du bord libre de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne.
- 5) Lésions cartilagineuses de II. à III.° de la facette rotulienne externe.
- 6) Corps cartilagineux intra-articulaires libres.
- 7) Synovites juxta-lésionnelles."

De notes téléphoniques des 19 novembre et 2 décembre 2009, il ressort que la C. \_\_\_\_\_ SA a sollicité l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et médecin conseil de l'assurance. Ce dernier a demandé que les clichés de l'opération lui soient soumis, ainsi qu'à l'experte. A l'examen de ceux-ci, il a déclaré rejoindre les conclusions de l'experte, considérant que l'accident n'était qu'une cause possible de la chondropathie dont souffrait l'assurée.

Le 21 décembre 2009, la Dresse V.\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur les clichés fournis par le Dr M.\_\_\_\_\_. Sur base des photographies de l'arthroscopie, elle a notamment considéré que :

"Mme I.\_\_\_\_\_ présente une lésion essentiellement centrée sur le condyle fémoral interne, l'absence de lésion fémoro-patellaire du genou droit. Il n'y a pas dans ce contexte de preuve suffisante pour établir un rapport de causalité de plus de 50% entre l'atteinte du compartiment interne du genou droit et le traumatisme de 2004."

Ayant pris connaissance du dernier avis de l'experte, l'assurée a proposé, le 29 janvier 2010, une nouvelle expertise dont les frais seraient à sa charge si elle venait à confirmer les conclusions de la Dresse V.\_\_\_\_\_ et, dans le cas contraire, à la charge de l'assurance si l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_ se voyait confirmé. Par courrier du 12 février 2010, cette dernière a refusé cette proposition.

Par décision sur opposition du 22 octobre 2010, C.\_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition déposée par l'assuré à l'encontre de sa décision du 7 novembre 2008. Elle relevait qu'une expertise avait été confiée à la Dresse V.\_\_\_\_\_ et considérait que le rapport établi par l'experte, encore plusieurs fois complété suite aux déterminations de l'assurée, répondait aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Suivant les conclusions de l'experte, l'assurance reconnaissait le caractère accidentel de la luxation de la hanche droite avec fracture comminutive du mur postérieur du cotyle droit et du syndrome fémoro-patellaire résiduel après contusion antérieure du genou droit. Elle niait en revanche que les autres affections diagnostiquées, mais en particulier la chondropathie de grade IV du CFI ait été causée par l'accident. Relevant que c'est sur cette dernière conclusion que portait le litige, C.\_\_\_\_\_ SA exposait que l'experte avait continué de qualifier uniquement de "possible", et non de vraisemblable, le fait que cette lésion ait été causée par l'accident du 7 juillet 2004, cela après avoir répondu plusieurs fois aux arguments du médecin traitant, dont l'avis divergeait. L'assurance retenait que l'experte expliquait de manière convaincante que les seules indications de l'IRM de juillet 2008 ne permettaient pas, chez une patiente âgée, de qualifier de plus que simplement possible que la chondropathie en cause soit due aux suites de l'accident. Dans cette

mesure, C.\_\_\_\_\_ SA considérait qu'en présence d'un rapport d'expertise convaincant, il n'y avait pas lieu de procéder à une nouvelle expertise, en dépit de l'avis divergent du médecin traitant. L'assurance considérait que le traitement des suites directes de l'accident était terminé, sous réserve du suivi antalgique, et refusait la prise en charge de l'opération de juillet 2009 relative à la chondropathie. Elle confirmait le refus de toute rente d'invalidité, considérant que l'assurée avait repris le travail et que si elle rencontrait des problèmes actuellement, il n'était pas établi ni que c'était suite à l'accident, ni que sa capacité de gain était affectée de façon durable, et que l'âge de l'assurée faisait quoiqu'il en soit présumer qu'elle ne travaillait pas parce qu'elle avait atteint l'âge de la retraite. L'assurance admettait une atteinte à l'intégrité et fixait le taux à 10%, suivant ainsi l'avis de l'experte ainsi que l'avis initial du médecin traitant. Ce dernier avait ensuite augmenté son estimation du taux à 20%. C.\_\_\_\_\_ SA refusait toutefois ce taux, au motif que le médecin traitant prenait en compte des lésions résultant de la chondropathie, affection dont elle niait qu'elle résulte de l'accident.

**B.** Par acte du 22 novembre 2010 adressé au Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, I.\_\_\_\_\_ a déposé recours contre la décision sur opposition du 22 octobre 2010. Elle concluait sous suite de dépens à l'annulation de la décision attaquée et principalement à l'admission par C.\_\_\_\_\_ SA de la prise en charge des frais médicaux résultant de l'accident du 9 juillet 2004, notamment ceux découlant des lésions au genou droit, ainsi qu'à la fixation à 30% du taux de l'atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, la recourante présentait des conclusions en matière de preuve tendant notamment à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée s'agissant de la causalité entre l'accident et les pathologies dont elle souffrait. La recourante exposait que le litige principal est constitué par la question de la causalité entre l'accident et ses douleurs au genou. Elle présentait sur ce point plusieurs critiques à l'encontre des conclusions de l'expertise établie par la Dresse V.\_\_\_\_\_ qui niait ce rapport de causalité en ce qui concernait la chondropathie. Elle soulignait l'avis contraire du Dr M.\_\_\_\_\_, et les éléments relevés par ce dernier, critiquant en particulier le fait que l'experte ait fondé ses conclusions sur

une absence - retenue à tort - de plaintes de l'assurée, ainsi que sur l'absence de pièces médicales relatives aux quatre ans séparant l'accident et l'IRM du genou de juillet 2008. La recourante en concluait que l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, qui se référait à la lésion chondropathique comme étant un résultat d'un traumatisme de type "dashboard injury", devait être préféré à l'avis de l'experte, ou qu'au moins une nouvelle expertise, judiciaire, devait être mise en œuvre. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante se référait à l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, qui en fixait le taux à 20%. Elle considérait que l'évolution vers une coxarthrose était prévisible: elle devait être prise en compte immédiatement sous peine de ne pouvoir l'être dans le cadre d'une révision et justifiait ainsi la prise en compte d'un supplément de 10%, qui viendrait s'ajouter au taux de 20% déjà considéré par le médecin traitant.

Dans sa réponse du 18 janvier 2011, C.\_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours. S'agissant de l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, l'intimée relevait qu'il avait évalué le taux de l'atteinte à l'intégrité corporelle du recourant à 10% en février 2008 encore et que les plaintes de la recourante dont faisait état ce médecin lors de consultation des 16 août 2004 et 11 décembre 2007 n'étaient pas documentées. L'assurance soulignait que durant les deux années consécutives à l'accident, les rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ ne faisaient pas référence particulière à des douleurs persistantes au genou droit, que le traitement paraissait terminé en août 2006 et que le médecin traitant ne constatait alors pas d'évolution rapide vers une coxarthrose ou une nécrose aseptique de la tête fémorale. Elle relevait aussi qu'en février 2008 encore, le Dr M.\_\_\_\_\_ évaluait le taux d'atteinte à l'intégrité à 10%, réduisant ainsi de moitié son appréciation formulée en août 2006, l'amélioration de l'état de santé de la recourante s'étant ainsi poursuivie. De ce fait, les reproches à l'experte étaient injustifiés: les éléments d'une péjoration progressive de l'état de santé de l'assurée résultaient d'explications du médecin traitant données postérieurement à l'expertise et qui venaient aussi pour part contredire l'appréciation émise en février 2008 par ce même médecin. C.\_\_\_\_\_ SA rejetait la démonstration alléguée par le médecin traitant d'une "dashboard injury", pour se référer à l'avis de l'experte, qui considérait

que cette version n'était pas plus vraisemblable que l'éventualité d'une atteinte dégénérative. Quant au taux de l'atteinte à l'intégrité, l'assurance concluait que, le lien entre chondropathie et accident étant nié, il n'y avait pas lieu de s'écarter du taux de 10% retenu par l'experte et le médecin traitant, avant que celui-ci ne prenne en compte cette lésion. En outre, ni l'expert, ni le médecin traitant ne considérant qu'une évolution coxarthrose était prévisible, il n'y avait pas à en tenir compte.

Dans sa réponse du 7 février 2011, la recourante a sollicité, vu la mise en cause des déclarations du Dr M. \_\_\_\_\_ par l'intimée et les avis médicaux divergents, que le médecin traitant soit entendu comme témoin et qu'une nouvelle expertise soit ordonnée.

Par réplique du 2 mars 2011, l'intimée a précisé que, s'agissant des déclarations du Dr M. \_\_\_\_\_, elle ne contestait pas leur véracité, soit l'existence de plaintes de la recourante pour des douleurs au genou, mais entendait uniquement relever que le médecin n'en avait pas fait mention particulière dans ses rapports durant près de 4 ans. En outre, elle contestait le reproche fait à l'experte d'avoir ignoré ces plaintes dans son rapport. Elle considérait que ledit rapport était donc bien complet et devait se voir reconnaître pleine valeur probante, en tant qu'expertise confiée à un médecin indépendant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du

tribunal compétent et respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, la recourante conteste deux aspects de la décision attaquée, soit d'une part le caractère causal de l'accident dans la chondropathie qui touche son genou droit, avec pour conséquence la prise en charge de l'assurance pour les suites de cette affection notamment les frais de traitement, d'autre part, l'évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité. Il n'y a ainsi pas à revenir sur les questions d'une éventuelle invalidité et du refus de rente opposé par l'assurance, puisque la recourante ne les conteste pas.

**3. a)** Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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.

L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008, consid. 2.2). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335, consid. 4c). Une causalité partielle suffit pour admettre l'existence d'un tel lien de causalité (ATF 117 V 359, consid. 4b in fine; TFA U 128/04 du 11 avril 2005, consid. 5.1 et les arrêts cités).

**b)** L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/05 du 18 novembre 2005, consid. 1.2; ATF 129 V 177, consid. 3.1; 119 V 335, consid. 1).

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; TF 8C\_726/2008, consid. 2.3; U\_61/91 du 18 décembre 1991, consid. 4b

[RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, l'assurance-accidents obligatoire, in : Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2ème éd., n. 80, p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335, consid. 2b/bb ; TF U\_215/97 du 23 février 1999, consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351, consid. 3a). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a).

Le juge peut donc aussi accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne

permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références). A fortiori, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 688c, p. 1025).

**4. a)** En l'espèce, s'agissant du caractère causal de l'accident dans la survenance d'une chondropathie, deux avis s'opposent.

Le Dr M.\_\_\_\_\_ atteste l'existence de plaintes de la recourante s'agissant de douleurs à son genou droit, dès après l'accident et jusqu'à conduite de l'IRM du 21 juillet 2008. Il estime que la lésion du cartilage du condyle externe constatée en juillet 2008 est due à l'accident. A l'appui de cette conclusion, il fait valoir la contusion prérotulienne constatée lors de l'accident, contusion dont il explique mécaniquement qu'elle est liée à la force ayant agi sur le genou droit et qui a abouti à la luxation des hanches. Il expose que le choc contre le tableau de bord impliquait ainsi une énergie considérable; sans avoir abouti à une atteinte évidente, comme une fracture, il pouvait avoir provoqué de micro-lésions cartilagineuses qui peuvent être responsable d'une dégradation progressive du cartilage rotulien, fémoro-rotulien ou du condyle. Pour lui, le caractère focalisé de l'atteinte vient à l'encontre d'une atteinte arthrosique, alors diffuse. De même, le fait que seul le genou du côté

atteint par le traumatisme soit touché doit être pris en compte, plus que l'âge de l'assurée (avis des 15 janvier 2009, 27 juin 2009 et 7 septembre 2009).

L'experte avait relaté dans son rapport le diagnostic de chondropathie de grade IV du CFI, mais ne s'était pas prononcée sur la question d'une éventuelle causalité. Elle a toutefois pris connaissance et s'est prononcée par la suite sur les avis rendus par le médecin traitant. L'experte souligne qu'il n'y a pas eu d'examen de contrôle mené sur ce genou, avant juillet 2008 et que les radiographies prises directement après l'accident ne permettent pas d'attribuer la chondropathie à une lésion qui y serait constatable. Dans ces conditions, elle estime qu'il est difficile d'établir un rapport de causalité avec l'accident, ce rapport étant uniquement de l'ordre du possible (moins de 50%). Pour elle, le délai de 4 ans entre l'accident et le constat de cette lésion ne permet pas d'exclure une origine dégénérative. Elle relève que la lésion est essentiellement centrée sur le condyle fémoral interne, en zone de charge.

**b)** S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise, la recourante la conteste en reprochant à l'experte d'avoir établi ses conclusions sans tenir compte des plaintes concernant son genou droit, qui seraient intervenues dès après l'accident.

Ces plaintes sont attestées par le médecin traitant et l'intimée a clairement précisé qu'elle ne contestait pas leur réalité, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'entendre le Dr M. \_\_\_\_\_ en tant que témoin sur ce point.

On doit ainsi constater que c'est le 1<sup>er</sup> février 2008, soit un peu moins de 4 ans après l'accident, que le médecin traitant décide de procéder à un nouvel examen radiologique du genou droit (cf. rapport du 21 février 2008 à l'assurance) et c'est en juillet 2008 uniquement qu'une IRM est effectuée pour aboutir au diagnostic de chondropathie. Comme le relève l'intimée, l'absence de relation de plaintes particulières et d'investigations concernant le genou droit de la recourante pendant près

de quatre ne permet pas de reprocher ensuite à l'experte d'avoir ignoré l'historique de ces plaintes, alors que le Dr M. \_\_\_\_\_ qui les a entendues ne les relate pas particulièrement et ne mène alors pas d'investigations complémentaires. Pour le surplus, la Dresse V. \_\_\_\_\_ relate en tant que deuxième plainte de la recourante les douleurs au genou droit, elle les prend en compte et c'est en connaissance du diagnostic de l'IRM du 24 juillet 2008 qu'elle attribue aux suites de l'accident un syndrome fémoro-patellaire touchant le genou droit de la recourante (p. 5). L'experte n'a pas ignoré les plaintes de l'assurée, contrairement à ce que fait valoir la recourante.

Ce grief étant infondé, on doit ainsi constater que le rapport d'expertise, avec encore les compléments apportés des suites des questions soulevées par le Dr M. \_\_\_\_\_, est complet.

**c)** Sur la question déterminante, soit la qualification comme de l'ordre du possible du lien entre accident et chondropathie, et cela malgré les arguments émanant du Dr M. \_\_\_\_\_, on a vu que l'experte dit uniquement ne pouvoir exclure une origine dégénérative et explique clairement pourquoi.

A l'inverse, le Dr M. \_\_\_\_\_ affirme un caractère causal de l'accident. Quant à la motivation, il considère ainsi que:

"(...)Ces micro-lésions cartilagineuses peuvent être responsables d'une dégradation progressive du cartilage atteint. C'est donc le cartilage rotulien ou aussi le cartilage fémoro-rotulien et du condyle qui peuvent être atteints.(...) une atteinte d'environ 4 mm de diamètre du condyle interne parlant aussi plutôt en faveur d'une lésion traumatique " (passages extraits de la lettre du 27 juin 2009, et soulignés par la Cour);

"Le simple fait que les radiographies « axiales de rotule effectuées le jour de l'accident ne montrent pas de subluxation rotulienne ni d'arrachement» (Dresse V. \_\_\_\_\_) n'est en aucun cas une preuve médicale qu'il n'y ait pas eu de lésion cartilagineuse due à l'impact antérieur et antéro-interne du genou contre le tableau de bord.(...) la force traumatique exercée sur le genou est telle qu'une lésion cartilagineuse peut amener à une dégradation progressive dans les années suivant un tel traumatisme et ceci de façon précoce et du côté atteint par le traumatisme seulement." (passages extraits de la lettre du 7 septembre 2009, et soulignés par la Cour).

Il résulte des extraits cités que, si le médecin traitant évoque plusieurs arguments pour étayer la thèse d'une causalité, ces éléments sont relatés comme constituant une chaîne causale possible, mais, hors la conviction de l'auteur, il n'y figure pas d'éléments objectifs qui permettent d'infirmer le rapport de l'experte. En particulier, l'experte relève de manière convaincante que le caractère localisé du traumatisme correspond aussi à une zone de charge. En outre, le médecin relève bien que le fait que ces lésions touchent le genou droit, atteint par l'accident doit être pris en compte: il n'explique toutefois pas pourquoi cet élément impose de considérer comme vraisemblable - et non simplement possible, ce qui n'est pas contesté par l'experte - que l'accident de juillet 2004 ait causé la chondropathie décelée chez la recourante.

Dans ces conditions, en présence d'une expertise administrative, remplissant les critères dégagés pour lui accorder force probante - en particulier un rapport complet et des conclusions claires et convaincantes -, on doit constater que l'avis de l'expert peut être légitimement retenu, de préférence à celui du médecin traitant.

Quant à ce qualificatif, contrairement à ce que fait valoir la recourante, il n'est pas nécessaire que ce dernier soit l'équivalent d'un "médecin de famille": la confiance créée dans le cadre du rapport de soin liant la recourante au Dr M. \_\_\_\_\_ suffit à le faire considérer comme tel. La divergence a été consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1), et on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

Pour ces raisons, la décision attaquée pouvait retenir à bon droit les conclusions de l'expertise et de ce point de vue le recours doit être rejeté, de même que la requête portant sur la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

**5.** Quant à l'atteinte à l'intégrité, la recourante critique sa fixation au taux de 10% par l'intimée sous deux aspects:

- d'une part, l'augmentation des douleurs au genou de l'assurée ne serait pas prise en compte;
- d'autre part, une évolution vers une coxarthrose devrait immédiatement être intégrée dans la fixation de l'atteinte à l'intégrité. Pour la recourante, cette évolution est prévisible et une révision ne pourrait donc plus intervenir lorsqu'elle surviendra.

**a)** 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. 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 [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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.

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 143, p. 171). 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). 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 (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147, consid. 1 ; 113 V 218, consid. 4b ; RAMA 2004 n° U 514 p. 415 ; TFA U 134/03 du 12 janvier 2004, consid. 5.2 ; RAMA 2000 n° U 362 p. 41). 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 (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 235).

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). Même si l'atteinte est alors évaluée dans le cadre d'une arthrose moyenne, ces tables prévoient par exemple dans le cas d'affection fémoro-patellaire un taux allant de 5 à 10% (Table 5; cf. aussi

TF 8C\_103/2009 du 29 octobre 2009, consid. 4, taux fixé à 5% pour une gonarthrose débutante).

**b)** S'agissant du premier motif invoqué par la recourante, on doit constater qu'avant son courrier du 15 janvier 2009 adressé au conseil de la recourante, le Dr M. \_\_\_\_\_ estimait l'atteinte à l'intégrité à un taux similaire à celui retenu par l'experte, soit 10%. Le courrier de janvier fait état d'une augmentation des douleurs, mais, comme l'intimée le remarque, cette augmentation peut être rapportée à la chondropathie, affection dont le lien avec l'accident a été nié et qui a justifié une intervention. Or, il résultait des dernières pièces au dossier (cf. rapport des 23 août 2006 et 1<sup>er</sup> février 2008 du Dr M. \_\_\_\_\_) que l'évolution était favorable, l'assurée ne ressentant plus qu'une gêne très occasionnelle.

Dès lors, l'évaluation émanant du Dr M. \_\_\_\_\_ doit être rejetée, en tant qu'elle paraît être fonction de facteurs étrangers à l'accident dont l'intimée n'a pas à assurer la couverture. En outre, cette affection a quoiqu'il en soit été traitée, les pièces versées au dossier montrant que la situation n'est plus celle, aggravée, que décrivait le médecin traitant en janvier 2009. Sur ce premier aspect, le taux de 10% retenu par l'intimée, suivant ainsi l'experte, paraît justifié et doit être confirmé.

**c)** Pour le reste, s'il y a lieu, lors du calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte à l'intégrité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (TF U 322/06 du 16 octobre 2006, consid. 5; RAMA 1998, p. 602, consid. 3b).

Or, si l'évolution vers une coxarthrose est régulièrement indiquée comme étant "à craindre" dans les rapports du médecin traitant, il ne la qualifie néanmoins que de possible (23 août 2006) ou encore déclare que le risque est important (15 janvier 2009), sans toutefois en qualifier la survenance de vraisemblable, ni a fortiori en quantifier les

effets. L'experte évoque aussi ce risque pour relever que dans ce cas, l'atteinte à l'intégrité devra être revue.

Dans ses conditions, on doit considérer que la survenance de cette atteinte n'a pas à être prise en compte, dès lors qu'aucun des rapports médicaux n'en considère l'apparition autrement que comme un risque, même sérieux.

Pour le reste, la C.\_\_\_\_\_ SA a d'ailleurs elle-même donné acte à la recourante qu'elle considérait que l'apparition d'une coxarthrose rendrait une révision du taux possible. Sur ce point aussi, le recours doit donc être rejeté.

**5.** Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Pierre Oberson (pour I. \_\_\_\_\_),
- C. \_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :