

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral, juge, et M. de Goumoens, juge assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par **T.** _____, à Genève,

et

R. _____, à Lausanne, intimée.

**Art. 43 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; art. 24 et 25 LAA ; art. 36 et annexe
3 OLAA**

E n f a i t :

A. a) L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'enseignante de [...] pour le compte de la I. _____ depuis septembre 1992. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la K. _____ (ci-après : K. _____), laquelle a été reprise en 2005 par R. _____ (ci-après : R. _____ ou l'intimée).

Le 5 avril 2003, l'assurée a été victime d'un accident. Selon la déclaration complétée par l'employeur le 11 avril suivant, elle a chuté à ski et a subi une entorse au genou droit. Le cas a été pris en charge par K. _____.

Dans un rapport du 15 avril 2003, le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie, a posé les diagnostics d'entorse du genou droit avec bursite et de déchirure partielle du ligament latéral externe.

Aux termes d'un rapport d'IRM du genou droit du 30 septembre 2003, la Dresse C. _____, spécialiste en radiologie à D. _____, a posé les conclusions suivantes :

« Absence d'anomalie ostéocartilagineuse. Epanchement intra-articulaire et kyste poplité du compartiment postéro-interne. Possible plica de la bourse sous quadricipitale. Lésion de grade II de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne. Déchirure proximale du ligament croisé antérieur dont le caractère partiel ou total est à corrélérer à la stabilité clinique ».

b) Le 31 mars 2005, l'employeur a annoncé une rechute de l'accident du 5 avril 2003 et informé K. _____ que l'assurée devrait prochainement subir une opération.

Dans un rapport du 7 avril 2005, le Dr P. _____ a diagnostiqué une rupture du ligament croisé antérieur. Il a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle IRM ainsi qu'une intervention chirurgicale.

Un examen du genou droit par IRM du 1^{er} avril 2005 a mis en évidence une rupture complète du ligament croisé antérieur, une méniscopathie dégénérative interne, sans évolution notable par rapport à l'examen de 2003, un kyste poplité connu ainsi qu'une chondropathie patellaire par endroits au grade III.

Le 6 mai 2005, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à une plastie du ligament croisé antérieur. K._____ a octroyé sa garantie pour cette intervention, sur avis du 3 juin 2005 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatisme de l'appareil loco-moteur, et médecin conseil de l'assureur-accidents. Dans son rapport, le Dr J._____ évoquait le risque d'arthrose secondaire.

c) Victime d'une nouvelle rechute, l'assurée a subi un examen du genou droit par IRM. Dans son rapport du 28 mars 2006, le Dr S._____, spécialiste en radiologie, a pris les conclusions suivantes :

« Plastie du ligament croisé antérieur caractérisé par une implantation fémorale relativement basse, un remaniement fibrocicatriciel à son versant antérieur, une infiltration du tunnel fémoral, correspondant soit au processus d'intégration du néo ligament soit de nature inflammatoire.

Fissure de la corne antérieure du ménisque externe apparue depuis l'examen précédent libérant partiellement un segment du bord libre, se prolongeant par un émoussement plus postérieur et accompagnant des lésions de chondromalacie tibiale postérieure par endroit au stade IV, accentuées.

Microfissurations accentuées prolongeant un plan de clivage du bord libre du ménisque interne accompagnant de minimes lésions de chondromalacie fémoro-tibiale interne.

Chondromalacie patellaire focale au niveau de la crête au stade III.

Epaississement cicatriciel des ligaments collatéraux.

Epanchement et synovite chronique ».

Le 18 mai 2006, le Dr F._____ a procédé à une excision de la corne antérieure du genou droit par arthroscopie. Cette intervention a également été prise en charge par l'assureur-accidents.

Dans un rapport du 25 avril 2007, le Dr F._____ a fait état du risque de dommage permanent sous forme d'arthrose, compte tenu des

lésions chondrales mises en lumière lors de l'arthroscopie effectuée en 2006.

d) Le 20 septembre 2009, l'assurée a annoncé une nouvelle rechute, indiquant qu'elle souffrait à nouveau de douleurs au genou droit.

Dans un rapport d'IRM du genou droit du 15 octobre 2009 au Dr F._____, le Dr S._____ a relevé les éléments suivants :

« Depuis la référence précédente, méniscectomie partielle externe concernant la corne antérieure caractérisée par un moignon siège d'une petite déchirure horizontale ; extension des lésions de chondromalacie fémoro-tibiale externe, par endroits au stade IV au versant tibial ; stabilité des discrets remaniements du ménisque interne et de la chondromalacie fémoro-tibiale interne associée ; extension de la chondromalacie patellaire à focalisation inférieure largement au stade II ; stabilité de la plastie du ligament croisé antérieur sans complication secondaire ; réduction du volume de l'épanchement ; aspect inchangé des séquelles cicatricielles de déchirure des ligaments collatéraux ».

Dans un rapport intermédiaire du 27 octobre 2009, le Dr F._____ a fait savoir à R._____ que les douleurs étaient réapparues depuis trois mois, que l'IRM pratiquée le 15 octobre 2009 avait signalé une aggravation des lésions chondrales au niveau fémoro-tibial externe ainsi qu'une extension de la déchirure du ménisque externe. Le chirurgien a en outre mentionné le risque d'un dommage permanent en raison de l'évolution vers l'arthrose.

Renseignant R._____ le 9 novembre 2010, le Dr J._____ s'est prononcé en ces termes au sujet du droit à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) :

« oui. 5 à 10% actuellement. Risque à 20% à long terme (PTG [prothèse totale du genoux] secondaire). »

Le 4 février 2010, Dr F._____ a procédé à une nouvelle résection partielle de la corne antérieure du ménisque externe du genou droit.

Le 7 mars 2010, l'assurée s'est encoublée alors qu'elle marchait avec ses cannes et elle a chuté devant son domicile.

Un examen par IRM du genou droit effectué le 15 mars 2010 par le Dr S._____ a mis en évidence les éléments suivants :

« Dans un contexte après réalisation de micro-fractures du plateau tibial externe par des lésions de chondromalacie fémoro-tibiale externe à focalisation tibiale au stade 4, et de ménissectomie partielle externe, fracture para-sagittale in situ du plateau tibial externe ; pas d'autre évolution à signaler en comparaison à la référence précédente ».

Dans un avis du 10 mai 2010 à l'attention d'R._____, le Dr J._____ s'est déterminé en ces termes au sujet du droit à une IPAI : « On va vers la PTG [prothèse totale du genou] soit 20% minimum ».

Renseignant R._____ le 4 octobre 2010, le Dr F._____ a fait savoir que le cas n'était pas encore stabilisé, l'évolution étant fluctuante depuis la chute du 7 mars 2010, avec fracture in situ du plateau tibial externe.

e) Le 4 mars 2011, l'assurée a annoncé une nouvelle rechute de son accident du 5 avril 2003, indiquant qu'une opération était programmée après Pâques.

Dans un rapport reçu par R._____ le 17 mars 2011, le Dr F._____ a posé les diagnostics d'arthrose fémoro-tibiale externe post traumatique du genou droit et de post plastie LCA [ligament croisé antérieur] et résection du ménisque externe. Au titre de l'évolution, le chirurgien a fait état de douleurs croissantes à l'effort et d'une aggravation importante des lésions chondrales. Il a proposé à l'assureur-accidents la pose d'une prothèse.

Le 5 mai 2011, le Dr F._____ a posé une prothèse unicompartimentale au genou droit. Dans son rapport opératoire, il a fait état des diagnostics de gonarthrose fémoro-tibiale externe du genou droit post-traumatique, de status post ménissectomie externe et de status post-plastie du ligament croisé antérieur. Le chirurgien a relevé que la plastie

du ligament croisé antérieur et le compartiment fémoro-tibial interne apparaissaient intacts.

Renseignant R._____ dans un avis du 27 mai 2011, le Dr J._____ a répondu en ces termes :

« 1 - Une **indemnité pour atteinte à l'intégrité** sera-t-elle (**probablement**) due ? Si oui, en quoi consiste cette atteinte à l'intégrité et quelle est son étendue (selon annexe 3 OLAA et tableaux Suva) ?
20% »

Dans un rapport du 9 août 2011, le Dr F._____ s'est référé à son précédent rapport s'agissant des diagnostics et a mis en avant une évolution favorable, une reprise du travail à 100% étant prévue dès le 12 août suivant.

Le 16 novembre 2011, l'assurée a subi une nouvelle chute, provoquant des lésions au genou gauche.

Le 25 juin 2012, à la question d'R._____ :

« 7 - A la fin du traitement médical, soit lorsque le cas sera médicalement stabilisé, une indemnité pour atteinte à l'intégrité sera-t-elle (probablement) due ? Si oui, en quoi consiste cette atteinte à l'intégrité et quelle est son étendue (selon annexe 3 OLAA et tableau Suva) ? »,

le Dr J._____ a répondu :

« 20% pour le genou droit. 0% pour le gauche, car statu quo sine ».

Une nouvelle présentation du cas par R._____ au Dr J._____ le 4 novembre 2013 fait état du passage suivant :

« Questions concernant les atteintes à caractère persistant

1 - Le cas est médicalement stabilisé.

Lors de la soumission du 25.06.2012, vous proposiez une Ipai de 20% pour le genou droit.

Cette Ipai est-elle due à moyen ou long terme ?

De suite vu l'hémi-prothèse posée au genou droit. »

B. Par décision du 20 février 2014, R._____ a constaté que le résultat thérapeutique final était atteint et que le traitement médical était achevé. En raison de la pose d'une hémi-prothèse au genou droit, elle a

accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%, d'un montant de 21'360 fr., au titre de l'assurance-accidents obligatoire.

Le 20 mars 2014, représentée par la société T._____, l'assurée s'est opposée à dite décision, dont elle a conclu implicitement à la réforme, en ce sens qu'une IPAI d'au minimum 30% lui soit accordée des suites de l'accident du 5 avril 2003. Elle a fait grief au Dr J._____ d'avoir appliqué le taux de 20% correspondant à la pause d'une endoprothèse suivie d'un bon résultat, sans s'être assuré du résultat dudit implant, les pièces médicales au dossier ne permettant selon elle pas une telle appréciation. Toujours selon l'assurée, l'avis du Dr F._____ du 9 août 2011, allant dans le sens d'une évolution favorable, n'était pas déterminant, dès lors qu'à l'époque, son état de santé n'était pas consolidé (reprise du travail le 12 août 2011 seulement). En outre et surtout, se fondant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assurée a fait valoir qu'en cas d'implant de prothèses ou d'endoprothèses, l'atteinte à l'intégrité devait reposer sur l'état de santé non corrigé. Estimant souffrir d'arthrose sévère avant la pose de la prothèse, elle a prétendu que seule une IPAI de 30 à 40% pourrait entrer en considération.

Par courrier du 12 mai 2014, R._____ s'est adressée à l'assurée en ces termes :

« Nous nous référons à votre opposition du 20 mars 2014 selon laquelle vous réclamez une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 30% en vous basant sur une pangonarthrose du genou avec une arthrose grave, selon la table 5.2 de la SUVA.

Votre mandante a subi une hémiprothèse du genou. Le compte-rendu opératoire mentionne bien une gonarthrose fémoro-tibiale externe. Une prothèse unicompartimentale a été implémentée.

Or, une pangonarthrose touche les trois compartiments du genou.

Par conséquent, si on part sur la base des arthroses moyennes-graves de la table 5.2, il faudrait prendre une arthrose fémoro-tibiale, dont le taux maximal est de 30%. Toutefois, comme l'arthrose n'est qu'externe, seule la moitié du taux devrait être prise en compte, soit 15%.

Subséquent, comme sur la base des faits votre mandante aurait droit à une indemnité de 15%, mais que la décision a octroyé une indemnité de 20%, nous envisageons de modifier la décision au détriment de l'opposante. Nous vous laissons un délai au 15 juin 2014 afin de retirer l'opposition (art. 12 al. 2 OPGA). A défaut, la décision sera rendue, vraisemblablement au détriment de votre cliente ».

Par courrier du 18 juin 2014, l'assurée a maintenu son opposition. Elle a produit un avis du 11 juin 2014 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-consultant de T._____, lequel s'est exprimé en ces termes quant à la prise de position d'R._____ du 12 mai 2014 :

« Elle est erronée, car une arthrose fémoro-tibiale peut toucher un seul compartiment et il n'est pas nécessaire que plusieurs compartiments soient endommagés.

Si une arthrose touche plusieurs compartiments, on doit considérer qu'il s'agit d'une pangonarthrose (ligne du dessous de la table 5.2).

En conclusion, si l'assureur LAA part de l'application des taux prévus par la table 5.2 en cas de pose de prothèse (quel que soit le type), on doit considérer que ceux-ci se situeront entre 20% et 40%. Si l'évaluation ne tient pas compte de celle-ci, un taux de 30% est tout à fait possible ».

L'assurée en a conclu qu'il n'était pas nécessaire qu'elle ait subi une pangonarthrose pour qu'une IPAI supérieure à 20% s'impose. Elle a également fait valoir que pour fixer le taux d'IPAI sans tenir compte de la prothèse, il convenait de se fonder sur son état de santé (douleurs, limitations, etc...) et d'examiner le dossier radiologique, faute de quoi toute évaluation relèverait d'une pure spéculation.

Dans une réponse du 23 juin 2014, R._____ a estimé qu'en présence d'un rapport opératoire, plus précis, l'examen du dossier radiologique était inutile. Elle a également argué du fait que les douleurs invoquées par l'assurée n'étaient pas pertinentes et que l'évaluation d'une IPAI n'intervenant qu'en présence d'un état stabilisé, elle ne pouvait avoir lieu qu'après pose de la prothèse. Compte tenu de ces éléments, R._____ a maintenu son préavis de *reformatio in pejus*.

Dans un courrier électronique du 24 juin 2014 à R._____, l'assurée a argué du fait que le dossier ne permettait pas de se prononcer valablement sur la question de l'IPAI et a requis un complément d'instruction de la part de l'assureur-accidents. Le 16 juillet 2014, elle a transmis à R._____ un avis du 24 juin 2014 du Dr V._____, selon lequel la prise de position d'R._____ du 23 juin 2014 était erronée, dans la

mesure où l'évaluation de l'IPAI ne devait pas tenir compte de la pose de la prothèse. De même, le Dr V. _____ a estimé que « le fait d'affirmer que le rapport opératoire [était] plus fiable que le dossier radiologique pour déterminer l'étendue de l'arthrose [était] un avis juridique sur une question médicale qui n'a[vait] strictement aucune valeur et qui [était] erroné ».

Par décision sur opposition du 31 juillet 2014, R. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée. L'assureur-accidents a fait valoir que l'IPAI applicable en l'espèce s'élèverait à 15%, à savoir le taux maximal de la fourchette prévue par la table 5 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) en cas d'arthrose grave fémoro-tibiale, divisé par moitié, pour tenir compte du fait que seul le compartiment externe du genou droit était touché par la gonarthrose, à l'exclusion du compartiment interne. R. _____ estimait avoir fait preuve de générosité en admettant, sans plus ample instruction, une arthrose grave et en accordant une indemnité à hauteur de 20%, taux correspondant à celui applicable en cas d'endoprothèse avec bon résultat. R. _____ a au surplus réfuté se trouver en présence d'une pangonarthrose, impliquant que les trois compartiments du genou soient touchés, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. L'assureur a enfin rejeté la demande d'instruction complémentaire de l'assurée, de nouvelles mesures n'étant selon lui pas susceptibles d'apporter de nouvelles constatations. Il a relevé à cet égard que dès lors que le taux de l'IPAI a été fixé en se basant sur une arthrose grave, il n'y avait aucun intérêt à instruire plus avant.

C. Par acte du 15 septembre 2014, représentée par la société T. _____, L. _____ a recouru contre la décision sur opposition rendue par R. _____ le 31 juillet 2014, sous suite de frais et dépens. A titre principal, elle conclut à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction et décision sur la question des intérêts moratoires. Elle requiert également la mise à charge d'R. _____ des frais d'expertise privée. Subsidiairement, elle conclut implicitement à la réforme de la décision sur opposition, dans le sens de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 30%. La

recourante fait en substance grief à l'intimée d'avoir refusé la mise en œuvre des mesures d'instructions supplémentaires requises en procédure d'opposition, telles que la détermination de ses douleurs et de ses limitations, ainsi que l'examen du dossier radiologique et de l'articulation touchée. Elle déplore en particulier que le Dr J._____ n'ait pas été consulté durant la procédure d'opposition, le dossier radiologique ne lui ayant pas été soumis, et que le Dr F._____ n'ait pas été sollicité en vue d'une évaluation finale. Elle estime que compte tenu de ces lacunes d'instruction, le taux de 20% tel qu'arrêté par l'intimée est arbitraire et que pour pouvoir être valablement fixée, son atteinte à l'intégrité doit faire l'objet d'une évaluation sérieuse et tenir compte d'une aggravation malheureusement probable de l'arthrose.

Dans une réponse du 22 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Constatant que l'arthrose ne touchait en l'espèce qu'un des deux compartiments fémoro-tibiaux, il convenait de diviser par moitié les taux d'atteinte retenus par la table 5 de la CNA. Dans le cas d'une arthrose grave, le taux serait ainsi de 15% maximum (30 : 2). L'intimée confirme que le taux de 20% retenu a été arrêté en tenant compte de l'état du genou avant implantation de la prothèse, tout en étant identique à celui qui prévaudrait en cas de pose de prothèse avec un bon résultat.

S'agissant de l'insuffisance d'instruction arguée par la recourante, l'intimée se détermine en ces termes :

« La recourante fait grief à l'intimée de ne pas avoir suffisamment instruit le dossier, notamment en ne le soumettant pas à son médecin-conseil, le Dr J._____. A cet effet on signalera que le dossier et les prises de position du Dr V._____ ont été évalués et jugés par le Dr J._____, lequel n'a pas modifié son avis comme le démontre sa prise de position du 13 octobre 2014. Ses remarques ont été notifiées à la recourante au travers des différents courriers de mai à juin 2014. Cela étant, afin de combler l'éventuelle lacune, son avis qui n'a pas changé en cours de procédure est couché sur la nouvelle pièce médicale (M39). Il en ressort que le Dr J._____ n'a pas modifié son appréciation et que le calcul demeure le même. Le protocole opératoire prouvant de manière péremptoire qu'il n'existe dans le cas d'espèce qu'une arthrose fémoro-tibiale externe, la partie fémoro-tibiale interne étant intacte ».

R._____ a joint à son écriture un avis du Dr J._____ du 13 octobre 2014, lequel s'est exprimé en ces termes :

« Pour calculer une IPAI selon la table V de la SUVA, il y a dans ce cas deux possibilités :

- Soit en tenant compte de l'arthrose
- Soit en tenant compte de la mise en place d'une prothèse.

Si on tient compte de la prothèse, comme n'a été mis qu'une ½ prothèse et que l'évolution est favorable => 20%

Si on tient compte de l'arthrose, le fait de mettre une héli-prothèse signifie que le genou n'est pas complètement dégénératif. Cela est confirmé par le P.O [protocole opératoire] qui mentionne que le compartiment F-T [fémoro-tibial] interne est intact.

Dans ce cas, on ne peut pas se référer à une pangonarthrose pour l'IPAI. On est dans le cadre d'une arthrose F-T [fémoro-tibial] externe pure. Soit entre 5-30%, mais comme la moitié est intacte dans cette région = max. 30/2 => 15% ».

Répliquant le 10 décembre 2014, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle rappelle que sa conclusion principale porte sur la mise en œuvre par l'intimée de mesures d'instruction complémentaire, l'octroi d'une IPAI d'au moins 30% n'étant requise qu'à titre subsidiaire. Elle maintient les arguments soulevés dans son recours et réfute l'application de la table 5 de la CNA telle que faite par le Dr J._____ dans son avis du 13 octobre 2014. La recourante déplore au demeurant que le médecin-conseil n'ait toujours pas examiné son dossier radiologique, examen d'autant moins superflu que, dans un rapport du 26 novembre 2014, le Dr V._____ a indiqué que les radiographies objectivaient également une arthrose fémoro-tibiale interne, avec osthéophytose et pincement articulaire. Compte tenu de la divergence prévalant entre les avis respectifs des Drs J._____ et V._____, la recourante estime qu'R._____ aurait dû mettre en œuvre une expertise médicale externe. La recourante produit son dossier radiologique (radiographies des 26 août 2010, 5 mai 2011 et 20 novembre 2014), ainsi que le rapport du 26 novembre 2014 et les notes d'honoraires de Dr V._____, dont elle maintient la mise à charge de l'intimée.

Par duplique du 12 janvier 2015, l'intimée justifie par différents calculs le taux d'IPAI retenu dans sa décision sur opposition. Elle argue également du fait que l'arthrose interne relevée par le Dr V._____ n'est

pas déterminante, dès lors qu'en l'absence de prothèse, elle ne peut pas même être qualifiée de gravité moyenne. Une aggravation de cette atteinte n'étant en outre pas prévisible en l'état, elle ne peut donner lieu à une indemnisation.

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 (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent, qui est celui du domicile de l'assuré (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était en droit d'arrêter à 20% le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 5 avril 2003.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), ainsi que les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est déterminée en fonction de la gravité de l'atteinte. Elle 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 (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht (SBVR), 2^{ème} éd., 2007, 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 p. 221; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41, U 360/98, consid. 1 ; TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). L'évaluation de la gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (cf. SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; voir également THOMAS FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). Dans ce cadre, les médecins 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).

A teneur de l'art. 36 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (cf. ATF 133 V 224 consid. 2).

L'annexe 3 de l'OLAA, à laquelle renvoie l'art. 36 al. 2 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 (cf. ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). 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). Le ch. 2 de l'annexe 3 dispose au surplus qu'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 n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (cf. 124 V 211 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 10 août 2013 consid. 6.1, 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1, 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Selon la table 5 de la CNA traitant de l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, l'arthrose légère ne donne droit à aucune indemnisation. En cas d'implant d'une endoprothèse, le taux d'atteinte à l'intégrité s'évalue selon l'état non corrigé, c'est-à-dire sur le degré de gravité de l'arthrose avant implant (colonnes 2 et 3 de la table). Les colonnes 5 et 6 entrent quant à elles en application en cas de prothèses implantées directement après l'accident (endoprothèses primaires). En

fonction de la partie de l'articulation touchée par l'arthrose et de la gravité de celle-ci, la table 5 retient les taux d'atteinte à l'intégrité suivants :

« (...)	Arthrose moyenne	Arthrose	grave
a. fémoro-patellaire	5-10%	10-25%	
a. fémoro-tibiale	5-15%	15-30%	
b. du genou (pangonarthrose)	10-30%	30-40% »	

La jurisprudence a confirmé à plusieurs reprises que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses ou d'endoprothèses doit reposer sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise d'un moyen auxiliaire, à l'exception des moyens servant à la vision (cf. TF 8C_542/2012 du 8 juillet 2013, consid. 7.2, 8C_862/2009 du 26 juin 2009 consid. 3.1 et 3.2 et les références citées).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que subsistent des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées, mêmes faibles, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'avis de ce médecin et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; cf. également ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

4. a) Dans le cas d'espèce, la recourante soutient que l'instruction menée par l'intimée quant à son droit à une IPAI a été lacunaire. Elle fait valoir que le Dr J._____ n'a pas été sollicité au sujet des éléments médicaux apportés en cours de procédure d'opposition et qu'il ne s'est jamais prononcé sur son dossier radiologique. Elle requiert donc à titre principal le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.

De son côté, R._____ réfute toute insuffisance d'instruction. Elle indique que le Dr J._____ a été consulté tout au long de la procédure d'opposition, ses avis ayant été soumis à la recourante en mai et juin 2014. Ainsi, les déterminations du Dr V._____ ont été portées à la connaissance du médecin-conseil, sans pour autant le faire revenir sur sa position.

b) L'évaluation d'une atteinte à l'intégrité des suites d'un accident nécessite l'avis d'un médecin, à qui il appartient, d'une part, de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. consid. 4a supra). En l'occurrence, bien que le Dr J._____ se soit certes prononcé sur la question de l'IPAI, son avis ne peut être retenu, faute de satisfaire aux

exigences fixées par la jurisprudence en matière de force probante des rapports médicaux (cf. consid. 4b supra).

D'une part en effet, ses prises de position sont par trop sommaires et imprécises pour s'imposer. Ainsi, le 27 mai 2011, R. _____ a demandé à son médecin-conseil d'indiquer si une IPAI serait probablement due et dans l'affirmative, de préciser en quoi consistait l'atteinte et quelle était son étendue. Le Dr J. _____ a fourni comme seule réponse : « 20% ». Le 25 juin 2012, interrogé par R. _____ dans les mêmes termes, le médecin-conseil s'est à nouveau contenté de répondre : « 20% pour le genou droit », sans nulle autre précision. En outre, dans son avis du 4 novembre 2013, le Dr J. _____ a uniquement précisé que l'IPAI était due « immédiatement compte tenu de l'hémi-prothèse au genou droit ». Ainsi, les avis successifs du Dr J. _____ sur lesquels R. _____ a fondé la décision attaquée sont dénués de toute motivation, de telle sorte qu'on ne peut leur conférer pleine valeur probante. L'avis du médecin-conseil du 13 octobre 2014 transmis par l'intimée à l'appui de sa réponse au recours du 22 octobre 2014 ne peut pas non plus être retenu. C'est en effet à tort que le Dr J. _____ y soutient que dans le cas d'espèce, l'IPAI peut être indifféremment fixée en fonction de la pose de la prothèse ou de l'atteinte causée par l'arthrose. En effet, en cas de pose d'une prothèse secondaire, le degré de l'atteinte doit être arrêté non sur la base de l'état corrigé, après implant, mais en tenant compte de l'état non corrigé, sur la base des colonnes 2 et 3 de la table 5 de la SUVA (cf. consid. 4a supra). Quant à l'IPAI due en cas d'arthrose, elle dépend de la gravité de l'arthrose. Selon la table 5 de la CNA, seules les arthroses moyennes et graves donnent lieu à indemnisation, à défaut des arthroses légères. Or, à cet égard également, l'avis du Dr J. _____ est insuffisamment motivé. A aucun moment en effet, il ne se prononce sur la gravité de l'arthrose constatée, critère pourtant déterminant pour fixer l'IPAI. Il procède à un calcul peu explicite, dans lequel, après être parti d'une fourchette de 5 à 30% (correspondant à la moins grave des arthroses fémoro-tibiales moyennes et à la plus grave des arthroses fémoro-tibiales graves), il réduit par deux le taux de 30% au motif que seul le compartiment fémoro-tibial externe serait touché. Le Dr J. _____ ne s'est en outre pas prononcé

sur le risque d'aggravation au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA, alors que dans son avis du 9 novembre 2009, il a évoqué le risque de devoir implanter une prothèse totale du genou, indiquant même le 10 mai 2010 : « On va vers la PTG [prothèse totale du genou] ». Ces remarques laissent entendre que le genou risquait d'être touché dans une plus grande mesure, jusqu'à nécessiter la pose d'une prothèse totale. L'assurée n'ayant bénéficié que d'une prothèse unicompartmentale, le reste du genou étant considéré par l'intimée comme intact, le risque évoqué par le Dr J._____ nécessitait qu'il se prononce spécifiquement sur le caractère prévisible de ces aggravations.

D'autre part, c'est de manière convaincante que la recourante fait grief au Dr J._____ de s'être prononcé sur un dossier incomplet. La question de savoir s'il s'est déterminé sur les rapports du Dr V._____ produits par l'assurée en procédure d'opposition peut être laissée ouverte en l'espèce. Peu importe dès lors que les courriers de l'intimée à l'assurée des 12 mai et 23 juin 2014 soient fondés, comme elle le soutient, sur les avis de son médecin-conseil. Le fait que le Dr J._____ se soit prononcé sans examiner le dossier radiologique de l'assurée, grief que l'intimée n'a pas contesté, suffit pour conclure que le médecin-conseil s'est prononcé sur un dossier incomplet. Certes, le protocole opératoire du Dr F._____ du 5 mai 2011 est un document déterminant pour l'évaluation de l'état du genou de la recourante. Il ne justifie toutefois pas à lui seul d'exclure d'emblée l'examen du dossier radiologique, lequel fait partie du dossier médical. On s'étonnera à cet égard qu'R._____ ait à deux reprises purement et simplement refusé de faire examiner les radiographies par son médecin-conseil, malgré les demandes réitérées de l'assurée, au motif qu'une telle démarche était selon elle « inutile », alors qu'un tel examen est pourtant usuel, indépendamment des conclusions qu'en tire l'expert au final.

Au vu des éléments qui précèdent, force est de reconnaître que l'avis du Dr J._____ quant à l'évaluation de l'IPAI n'est pas suffisamment probant et ne permet donc pas à régler la question litigieuse.

5. En l'occurrence, compte tenu des lacunes dans l'instruction du cas, il existe un doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales sur lesquelles l'intimée a fondé la décision litigieuse. Il subsiste des incertitudes s'agissant de l'importance de l'atteinte à l'intégrité touchant le genou droit de la recourante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée dans le sens des conclusions principales prises par la recourante - dès lors qu'il lui appartenait au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA - cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à R. _____ de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, conformément à l'art. 44 LPGA. Ce faisant, l'intimée veillera à respecter les principes et recommandations posés à l'ATF 137 V 210, applicables par analogie aux expertises pluridisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 357). Elle soumettra à l'expert l'intégralité du dossier médical, y compris le dossier radiologique complet, ainsi que les avis des Drs J. _____ et V. _____. Il appartiendra notamment à l'expert, après examen du dossier complet et, cas échéant, examen de l'assurée, d'établir précisément l'état du genou droit avant la pose de la prothèse le 5 mai 2011. Il se prononcera sur le degré de gravité de l'arthrose et déterminera si dite arthrose touchait également le compartiment fémoro-tibial interne. L'expert prendra également position sur le risque d'aggravation, selon l'art. 36 al. 4 OLAA. Compte tenu de ces éléments, il incombera à l'intimée de statuer sur le droit à l'IPAI de la recourante, par le biais d'une nouvelle décision.

6. Compte tenu du renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision sur le droit à l'IPAI, la conclusion de la recourante portant sur les intérêts moratoires est prématurée, dès lors que de tels intérêts sont l'accessoire de la créance principale. La Cour de céans n'a donc pas à statuer sur ce point. Il appartiendra cependant à l'intimée, en temps voulu, de rendre une décision motivée sur l'éventuel droit de l'assurée à des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Dans son acte de recours et sa réplique du 10 décembre 2014, elle a conclu à la mise à charge de l'intimée des frais d'établissement des rapports médicaux du Dr V._____, pour un total de 610 fr., dont 435 fr. se rapportent à des consultations intervenues en cours de procédure recours. En vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (cf. ATF 135 V 473, 115 V 62 ; cf. TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence). En l'occurrence, les brefs avis du Dr V._____ n'ont pas directement permis d'établir de manière concluante l'état de fait médical déterminant s'agissant de la question de l'IPAI. Ils ont néanmoins contribué, dans une certaine mesure, à la résolution du litige. Cela étant, il convient d'arrêter le montant des dépens dus par l'intimée à la recourante à 2'000 fr., cette somme incluant les frais liés à la consultation du Dr V._____.

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 31 juillet 2014 par R._____ est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

IV. R._____ versera à L._____ une indemnité de 2'000 fr.
(deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- T._____ (pour L._____),
- R._____,
- 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).

La greffière :