

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 janvier 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
MM. Berthoud et Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**X.** \_\_\_\_\_, à Zurich, intimée.

---

**Art. 4 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1-2 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** T. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1949, travaillait comme employée de commerce à plein temps pour le compte de l'entreprise B. \_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que les maladies professionnelles auprès de X. \_\_\_\_\_ (ci-après : X. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

L'assurée a séjourné à l'hôpital de [...] du 6 au 18 janvier 2012 puis du 23 au 30 mars 2012.

Selon un rapport de police daté du 29 novembre 2012, il résulte des déclarations de la sœur de T. \_\_\_\_\_, que le 12 novembre 2012 alors qu'elle circulait au volant de sa voiture pour raccompagner l'assurée chez elle, celle-ci prétextant une envie de vomir, avait souhaité descendre du véhicule. Selon les dires de la conductrice, il était probable qu'elle avait l'intention de se jeter en contrebas des vignes, sur les voies de chemin de fer, pour mettre fin à ses jours. Tandis que l'auto circulait à une vitesse d'environ 60 km/h, l'assurée s'est éjectée du véhicule et est tombée lourdement sur le trottoir.

Le 25 avril 2013, B. \_\_\_\_\_ SA a annoncé que l'assurée avait été victime, le 11 novembre 2012, d'un accident de la circulation après l'ouverture inopinée de la portière de la voiture conduite par sa sœur, geste ayant entraîné la chute de l'assurée. La partie du corps atteinte était la jambe droite, l'intéressée étant en incapacité de travailler à compter de cet événement.

**B.** Il résulte des protocoles opératoires des 22 et 27 novembre 2012 que l'assurée a subi le 12 novembre 2012 au CHUV, plusieurs interventions chirurgicales, à savoir une réduction fermée et mise en place d'un fixateur externe fémorotibial Hoffmann 2 effectuée par les Drs C. \_\_\_\_\_, médecin-associé et F. \_\_\_\_\_, médecin- assistant au Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur

(DAL), ainsi qu'un pontage poplitéo-poplité sous-géniculé veineux inverse du membre inférieur droit et des fasciotomies pratiqués par le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-associé au Service de chirurgie thoracique et vasculaire du Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie.

Le 20 novembre 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au service d'angiologie de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) du CHUV, a indiqué que l'évolution était favorable avec un contrôle prévu à un mois.

Selon le protocole opératoire du 10 décembre 2012, l'assurée a subi le 26 novembre 2012 au CHUV une ablation du fixateur externe puis une arthrodèse du genou droit par clou d'arthrodèse pratiquées par les Drs C.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> février 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_ a répondu comme il suit aux questions adressées par l'assureur-accidents :

**"1. Diagnostics ayant des conséquences sur la capacité de travail :**

- Fracture ouverte complexe du plateau tibial droit avec occlusion traumatique de l'artère poplitée sur tentamen par AVP datant du 12.11.2012.
- La patiente a été victime d'une embolie pulmonaire diagnostiquée le 02.12.2012.
- Découverte fortuite au CT d'une lésion spiculée au niveau du lobe supérieur droit, suspicion de néoplasie, qui sera investiguée par la suite.
- Troubles psychiatriques de type délire de persécution dans un contexte de stress professionnel pour lesquels la patiente a été suivie par le Docteur [...] au CHUV.

**2. Des examens/opérations effectués par des médecins spécialistes sont-ils planifiés ?**

Oui, pontage poplitéo-poplité sous-géniculé veineux inverse du membre inférieur droit et fasciotomie le 12.11.2012 par le Docteur J.\_\_\_\_\_ du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du CHUV; stabilisation du membre inférieur droit par mise en place d'un fixateur externe fémoro-tibial également le 12.11.2012 par moi-même. Ablation du fixateur externe et arthrodèse du genou droit par clou d'arthrodèse le 26.11.2012 par moi-même également.

**3. Dans quelle mesure concrète l'incapacité de travail restreint l'activité habituelle professionnelle ?**

L'arthrodèse du genou droit ne devrait pas trop restreindre l'activité habituelle professionnelle qui consiste en un travail d'employée de

bureau. Je ne peux par contre pas me prononcer sur l'influence des autres diagnostics cités plus haut.

**4. Médicaments ordonnés :**

Sintrom selon TP pour l'embolie pulmonaire. Remeron et Risperdal ainsi que Tranxilium pour le problème psychiatrique. Dafalgan et Tramal en réserve selon douleurs.

**5. Quand est planifiée la reprise de l'activité professionnelle ?**

Il n'y a pas encore eu de discussion concernant la reprise de l'activité professionnelle.

**6. Une reprise d'une activité adaptée à l'état de santé au sein de l'entreprise serait-elle possible ?**

Comme déjà dit au point 3, en ce qui concerne le problème orthopédique, oui s'il s'agit d'un travail sédentaire. Par contre, je ne peux pas me prononcer sur les restrictions concernant les autres diagnostics.

**7. Une annonce auprès de l'assurance-invalidité sera-t-elle effectuée ?**

Pas à ma connaissance.

**8. Remarque : /"**

Il résulte d'un protocole opératoire du 14 mars 2013 que l'assurée a subi une intervention le 8 mars 2013, pratiquée par le Dr J.\_\_\_\_\_, sous la forme d'un patch veineux d'élargissement de la partie proximale du pontage veineux poplitéo-poplité du membre inférieur droit. Ce geste était indiqué en raison d'une sténose sur la partie proximale d'un pontage poplitéo-poplité du membre inférieur droit.

Dans un certificat du 11 avril 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a mentionné une incapacité de travail à 100% de sa patiente depuis le 11 novembre 2012 et auparavant depuis janvier 2012 de 100% également pour un burnout. Il précisait que le traitement était en cours.

Le 18 avril 2013, le Professeur Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef au service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a prescrit neuf séances de drainages lymphatiques à raison d'une à deux par semaine. Ce traitement devait améliorer la fonction circulatoire de l'assurée.

Le 7 mai 2013, l'assurée a répondu à X.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'événement du 12 novembre 2012 qu'en tant que passagère, elle avait eu un malaise qui lui avait fait enlever sa ceinture de sécurité. Croyant la voiture de sa sœur à l'arrêt, elle avait ouvert la portière, était sortie puis était tombée du véhicule.

Dans un rapport du 27 mai 2013, la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin-assistant de l'Hôpital [...], ayant prodigué les premiers soins, a posé le diagnostic de fracture complexe du plateau tibial droit avec sténose poplitée en indiquant le transfert de l'assurée au CHUV pour une intervention chirurgicale.

Le même jour, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au service de chirurgie thoracique et vasculaire du CHUV, a posé le diagnostic de sténose serrée sur la partie proximale du pontage poplitéo-poplité du membre inférieur droit après le traitement chirurgical du 8 mars 2013. Il a estimé que l'évolution clinique était bonne et que le bilan angiologique post-opératoire était dans la norme.

Le 27 juin 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail de sa patiente était toujours totale et qu'en raison de l'arthrose affectant son genou droit, celle-ci ne pouvait pas tenir la position assise plus de vingt minutes. De l'avis de ce praticien, la situation devait être réévaluée dans un délai de deux à trois mois. Le cas n'avait en outre pas fait l'objet d'une annonce auprès de l'assurance-invalidité.

Dans un certificat « intermédiaire / final » du 17 juillet 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes sur l'évaluation de l'état de santé de l'assurée :

**“1 Diagnostic :**

Fracture ouverte du plateau tibial droite avec occlusion de l'artère poplitée, sur accident de la voie public, le 12.11.12. Pontage poplétio-poplité du MID [membre inférieur droit] le 12.11.12 suivi d'un patch d'élargissement veineux. Arthrodèse du genou droit, embolie pulmonaire centrale post-opératoire le 02.12.2012.

**2 Evolution de la guérison et état actuel :**

Evolution lente complétée par une mobilité sévèrement réduite à cause de l'arthrodèse.

La patiente est sévèrement handicapée par son arthrodèse, elle ne peut pas rester assise plus de 20 à 30 minutes. Avant l'accident, elle était sportive (vélo, course à pieds). A noter aussi, suite [à] l'accident et l'arthrodèse, il y a une différence de longueur de jambe, environ 3 cm. La patiente est en bonne santé.

**3 Influence de maladies étrangères à l'accident... :**

Aucune.

La patiente a séjourné à l'Hôpital de [...] en janvier 2012, pour un délire persistant.

**4 Genre de traitement appliqué ou envisagé :**

Physiothérapie à envisager. Activité sportive compatible avec son handicap.

B) Durée du traitement : Plusieurs mois avec physiothérapie et réadaptation.

**5 Propositions particulières :**

Bilan artérielle des membres inférieurs par Dr [...] le 03.06.2013 : Excellents résultats après patch et pontage.

**6 Y'a-t-il à craindre un dommage permanent ?**

Permanent handicapé suite à son arthrodèse du genou droit.

**7 Incapacité de travail en tant que...**

Incapacité de travail depuis l'accident pour une période indéterminée."

Le 13 août 2013, l'assurée s'est entretenue à son domicile avec l'inspecteur de sinistres corporels L. \_\_\_\_\_ de X. \_\_\_\_\_. Il ressort notamment ce qui suit du rapport du même jour :

"Situation médicale

Mme T. \_\_\_\_\_ a été transportée en ambulance aux urgences à [...] puis transférée par hélicoptère au [...] où elle est restée hospitalisée jusqu'à la mi-janvier 2013.

Blessure : Fracture de la rotule jambe droite. Opération et arthrodèse du genou. Mme T. \_\_\_\_\_ évoque aussi des douleurs dans le dos et des problèmes cardiaques qu'elle semble mettre en relation avec l'accident.

Après l'hospitalisation au [...], Mme T. \_\_\_\_\_ a fait un séjour d'un mois à [...]. Retour à domicile à la mi-février 2013 pour poursuite du traitement, principalement physio et visite de contrôle.

Ce séjour à [...] aurait été pris en charge par la caisse-maladie avec une participation personnelle de Mme T. \_\_\_\_\_ de Fr. 60,00 par jour.

Dr [...] ?? - Psychiatre (Fondation du [...])

Du point de vue orthopédique la situation au jour de la visite est la suivante : Genou droit est bloqué par l'arthrodèse, il ne peut donc plus être plié ce qui nécessite l'aide d'une canne pour marcher sur un périmètre très réduit. Mme T. \_\_\_\_\_ indique que de ce fait elle ne sort que très peu se limitant à quelques dizaines de mètres autour de son domicile.

La dernière consultation au Chuv remonte à la fin avril et la prochaine est à prévoir courant octobre.

Actuellement Mme T. \_\_\_\_\_ a décidé de stopper la physio, il n'y a donc pas de soins particuliers de suivi en dehors du cardiologue et de l'angiologue (contrôles), mais sur ces deux points il est difficile de déterminer lors de l'entretien si cela est uniquement en relation avec l'accident ou d'origine purement maladie.

#### Antécédent

L'amie de Mme T. \_\_\_\_\_ évoque déjà une opération au pied de la jambe gauche sans en préciser la nature exacte.

Mme T. \_\_\_\_\_ pour sa part confirme que depuis plus d'une année, elle limite cela à janvier 2012 elle est en arrêt maladie pour Burn Out, sans vouloir en préciser la nature exacte. Elle évoque même des problèmes relationnels importants (Mobing ???) avec son responsable et qui n'ont pas trouvé d'écoute et de résolution en interne.

Elle ajoute même qu'elle a essayé d'effectuer une reprise de travail courant avril 2012, mais l'ambiance était très mauvaise, on lui avait pris sa place de travail, enlevé ses affaires personnelles...

C'est semble-t-il à cette période que Mme T. \_\_\_\_\_ a effectué des séjours à la fondation du [...] qu'elle a débuté un suivi par un psychiatre.

J'aborde alors la question de la capacité de travail au moment de l'accident, les prévisions, si une reprise était alors envisagée ou pas.

Pour Mme T. \_\_\_\_\_ la situation est claire, de toute façon elle ne veut pas retourner travailler chez B. \_\_\_\_\_, et elle considère qu'en novembre 2012 elle n'était pas capable du point de vue psy de le faire ni même à moyen terme. [...]"

Le 4 novembre 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé à l'assureur-accidents copie de son compte rendu de consultation dont la teneur est la suivante :

"Consultation du 21.08.2013 :

Vient pour un 2<sup>ème</sup> avis sans ses documents radiologiques ou cliniques.

A présenté le 11.11.12 un grave accident de la circulation avec une fracture ouverte gravissime du genou droit accompagnée de lésions vasculaires de l'artère fémorale. A été pontée en urgence puis dans les suites, il a été procédé à un 2<sup>ème</sup> pontage pour probablement une stricture sur le 1<sup>er</sup> puis il a été surtout procédé à une arthrodèse par clou centro-médullaire avec patellectomie le 26.11, l'appareil extenseur n'étant apparemment pas réparable.

Aujourd'hui, la patiente présente un raccourcissement d'environ 3cm du membre inférieur droit, est très gênée par ce genou raide et tendu en permanence qui l'empêche d'aller au cinéma et de mener une vie normale. Présente également des douleurs de compensation à la hanche gauche et au genou gauche et une sensation de jambe de bois à droite sans pour autant qu'il y ait de troubles sensitifs au niveau du pied que la patiente bouge tout à fait bien. La patiente marche sans canne ou avec une canne à gauche ce qui la déséquilibre un peu.

Aujourd'hui, la patiente se sent psychologiquement fragile, désespérée par l'inactivité, l'impossibilité de voyager. Est suivie sur le plan psychiatrique à [...] sans pour autant qu'elle prenne d'anti-dépresseurs. A noter que la patiente s'est remise à fumer.

Cliniquement : présence de plusieurs cicatrices à la face antérieure du genou relativement calmes et peu douloureuses à la palpation. Cicatrice de pontage au niveau de la crosse de la saphène et également plus bas dans le canal de Hunter. Bonne trophicité du pied, pas de troubles moteurs ou sensitifs périphériques.

Sur le plan vasculaire, le pied est bien chaud, la pédieuse pas clairement palpée, la tibiale postérieure oui en revanche.

Aujourd'hui, la patiente consulte pour savoir ce qu'on peut proposer dans son cas difficile. En effet, une des-arthrodèse sans appareil extenseur nécessiterait vraisemblablement des procédures chirurgicales itératives sans qu'on puisse lui garantir un résultat fonctionnel satisfaisant. L'amputation pourrait également être envisagée sous forme d'une désarticulation du genou et permettrait à la patiente d'éviter d'avoir une longue jambe raide mais présente également le risque de douleurs fantômes, etc.

Réévaluation donc à faire une fois qu'on aura les documents cliniques et radiologiques. Son médecin traitant nous enverra son dossier."

Le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'avait pas repris contact.

Dans un rapport du 5 décembre 2013, le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit :

"1. Diagnostics :

- fracture ouverte complexe du plateau tibial droit stade 3C selon Gustilo avec occlusion traumatique de l'artère poplitée ayant nécessité un pontage poplitéo-poplité sous-géniculé, ainsi qu'une arthrodèse du genou droit le 26.11.2012,
- embolie pulmonaire centrale diagnostiquée le 02.12.2012

2. Evolution de la guérison et état actuel : lors du dernier contrôle du 18.07.2013, à 8 mois post-arthrodèse, la patiente allait objectivement bien, elle arrivait à marcher une demi-heure à la fois, présentait des cicatrices calmes, pas de trouble neurovasculaire, une arthrodèse consolidée. Elle présentait des douleurs modérées au niveau du rachis dorsal, probablement en raison d'une démarche modifiée due à l'arthrodèse et au raccourcissement du membre inférieur droit.

Comme elle espérait toujours qu'on pourrait, dans un second temps, transformer cette arthrodèse en prothèse totale de genou, ce qui à notre avis n'est pas réalisable, elle avait pris rendez-vous avec le Docteur K. \_\_\_\_\_ au mois d'août pour un deuxième avis. Malgré un prochain contrôle, avec moi, agendé pour novembre 2013, elle ne s'est pas présentée à ce rendez-vous, et elle n'a pas été revue depuis la consultation du 18.07.2013.

6. Y a-t-il à craindre un dommage permanent : le dommage à craindre est qu'elle décompense ses douleurs au niveau du rachis en raison d'une démarche asymétrique avec l'apparition de dorsalgies ou dorsolombalgies chroniques.

7. Incapacité de travail : je n'ai pas d'informations concernant une incapacité de travail."

Le 2 mars 2014, le Dr V. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'arthrodèse du genou droit suite à une fracture ouverte complexe du plateau tibial droit le 12 novembre 2012 et d'embolie pulmonaire massive post-traumatique. Retenant une incapacité de travail à 100% depuis le 12 novembre 2012 avec un dommage permanent à craindre, il mentionnait que l'assurée était handicapée avec une mobilité sévèrement réduite en raison de l'arthrodèse de son genou droit et qu'elle ne pouvait rester assise plus de vingt minutes. Il proposait des mesures d'ergothérapie à domicile.

Dans un rapport du 3 avril 2014, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de X. \_\_\_\_\_, a estimé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 25% en expliquant que ce taux correspondait, selon la table 5 du barème des atteintes à l'intégrité, à une arthrodèse du genou.

Par décision du 22 avril 2014, X. \_\_\_\_\_ a mis fin à la prise en charge du traitement médical en lien avec l'accident au 31 mars 2014, au versement des indemnités journalières au 4 février 2013, nié le droit à une éventuelle rente d'invalidité et octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 31'500 fr. à l'assurée. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

"[...] Sur la base des pièces au dossier, il faut considérer que la situation est stabilisée actuellement. Le droit au traitement médical prend ainsi fin.

L'incapacité de travail ultérieure au 4.2.2013 étant en relation avec une affection malade, il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de rente d'invalidité.

[...]

Vous avez subi une atteinte importante et durable à votre intégrité physique. Selon notre médecin-conseil, le Dr S. \_\_\_\_\_, cette atteinte doit être fixée à 25% pour une arthrodèse du genou, selon le rapport annexé. Le montant du salaire maximum assuré appliqué le 11.11.2012 s'élève à CHF 126'000.00 (art. 22 al. 1 OLAA).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% s'élève donc à CHF 31'500.00. Vous voudrez bien nous indiquer sur quel compte cette indemnité doit être versée."

A l'appui de son opposition du 12 mai 2014, l'assurée a contesté d'une part, la stabilisation de son état de santé entraînant la fin de la prise en charge du traitement médical au 31 mars 2014 et, d'autre part, l'évaluation du degré de son atteinte à l'intégrité par le Dr S. \_\_\_\_\_, d'avis que ce taux serait d'au moins 50%. Elle expliquait souffrir dans toute la jambe droite en sus du blocage de son genou et que, lors de marches supérieures à une demi-heure, son autre jambe et son dos lui faisaient aussi mal. Elle alléguait avoir constaté que la physiothérapie lui était d'un grand secours, qu'un tel traitement était susceptible d'apporter des améliorations substantielles et qu'elle en aurait besoin le restant de sa vie. Elle a ajouté que son atteinte n'était pas définitive en espérant que l'assureur-accidents prendrait ses responsabilités le jour où elle trouverait un spécialiste à même de poser une prothèse articulée. Concernant l'IPAI, elle exposait que son handicap physique était très important, ne lui permettant plus de pratiquer ses sports favoris (tels que vélo, natation et la marche) d'une importance capitale pour elle avec pour effet de la

démoraliser, ni de porter des robes à son goût et des chaussures adaptées, ni de dormir dans certaines positions et ni de pouvoir profiter pleinement de ses petits-enfants. Elle faisait valoir en outre que le médecin-conseil ne l'avait pas rencontrée pour la fixation du degré de l'atteinte à son intégrité.

Par décision du 8 avril 2015, X.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 22 avril 2014. L'autorité retenait d'une part, avoir confirmé à raison la fin du droit au traitement médical à fin mars 2014 et, d'autre part, que l'estimation du taux de l'atteinte à l'intégrité par son médecin-conseil n'était pas critiquable. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

"3. - Sont litigieuses en l'occurrence la question de la prise en charge des frais médicaux au-delà du 31.3.2014 et le taux de l'atteinte à l'intégrité.

a) - Selon le dossier médical en nos mains vous avez, suite à l'accident, été opérée une première fois le 26.11.2012 pour la mise en place d'un fixateur (act. zm-3/a). Lors d'une deuxième opération le fixateur externe a été enlevé et il a été procédé à une arthrodèse du genou droit (act. zm-7). Le 8.3.2013 vous avez subi une troisième intervention qui avait comme but le traitement d'une sténose de la partie proximale d'un pontage poplitéo-poplité du MID (act. zm-9). L'évolution clinique suite au traitement médical était bonne à ce moment selon l'attestation du Dr. G.\_\_\_\_\_ du 27.5.2013 (act. zm-8). Le Dr Z.\_\_\_\_\_ vous a prescrit 9 séances de drainages lymphatiques par ordonnance du 18.4.2013 (act. zm-10) et le Dr V.\_\_\_\_\_ de la physiothérapie (act. zm-11). Au cours de l'automne 2013 vous avez consulté le Dr K.\_\_\_\_\_ au sujet des moyens encore disponibles pour améliorer la situation de votre genou raide et tendu en permanence mais le médecin consulté n'a pas pu proposer de solution ayant des grandes chances de succès (act. zm-12). Il vous a demandé de lui faire parvenir plus d'information, soit vos documents radiologiques pour une appréciation plus approfondie ce que vous n'avez pourtant jamais fait (act. zm-12). Vous ne vous êtes pas non plus présentée au rendez-vous prévu avec le Dr C.\_\_\_\_\_ au mois de novembre 2013 (act. zm-13).

En février 2014 notre siège régional pour la Suisse romande a posé la question à votre médecin traitant s'il suggérait encore des mesures thérapeutiques. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a répondu à cette question par «mesures ergothérapeutiques à domicile». Il n'a parlé ni de physiothérapie ni d'autres thérapies ou moyens qui pourraient encore amener une sensible amélioration de votre état de santé. Vous avez d'ailleurs vous-même décidé de stopper la physio déjà au mois d'août 2013 comme vous l'avez précisé à notre inspecteur de sinistres lors de l'entretien du 13.8.2013 à votre domicile (act. z-19). Dans ces conditions, notre siège régional a à juste titre confirmé la fin du droit au traitement à fin mars 2014. Le seul fait que vous

ressentez encore des douleurs ne suffit pas pour prétendre la continuation de la prise en charge des frais médicaux dans le cadre de la loi sur l'assurance-accidents (voir aussi jugement 8C\_585/2010 du 5.11.2010).

b) - Quant au taux de l'atteinte à l'intégrité notre siège régional a correctement cité les bases légales. Il y a pourtant lieu d'ajouter que l'atteinte à l'intégrité en LAA est une notion *médico-théorique* qui n'est pas identique avec le tort moral dans le droit privé. Le médecin qui est sensé apprécier le taux de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique fixe ce taux sur la base des tables de la SUVA. Il ne tient pas compte de l'influence que peut avoir une atteinte physique ou psychique sur la vie privée d'une personne ou sur son activité professionnelle mais apprécie uniquement la nature et [la] gravité théorique de l'atteinte en elle-même, raison pour laquelle chaque personne souffrant d'une atteinte identique devrait être indemnisée par le même montant.

Vous contestez le taux fixé à 25% en faisant valoir que, subjectivement, vous vous sentez plus handicapée. Compte tenu de limitations auxquelles vous êtes confrontée dans la vie de tous les jours et dans votre activité sportive vous concluez que le taux de l'atteinte à votre intégrité dépasse le pourcentage [de] 25% et ascende au moins à 50%. Or, comme nous l'avons précisé, il ne s'agit pas d'une valeur subjective qui est fixée en fonction des conséquences subjectives pour une personne mais d'une valeur abstraite, raison pour laquelle nous ne pouvons partager votre point de vue motivé par votre sentiment uniquement. L'appréciation du médecin[-]conseil de notre siège régional pour la Suisse romande, Dr S.\_\_\_\_\_, est basée sur le dossier médical en nos mains. Selon le Dr S.\_\_\_\_\_, vous avez subi une atteinte claire et déterminée qui résulte en une arthrodèse du genou droit. Ce cas de figure est réglé dans la table 5 de la SUVA des atteintes à l'intégrité et il n'était, compte tenu de la description claire et nette dans les documents médicaux à disposition, pas nécessaire pour le Dr S.\_\_\_\_\_ de vous examiner pour pouvoir fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité. Son appréciation est fondée et n'est remise en question par aucun de vos médecins traitants. Nous n'avons donc pas de raison de nous écarter de l'appréciation du médecin[-]conseil de notre siège régional et rejetons l'opposition à ce sujet."

**B.** Par acte déposé le 6 mai 2015, T.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Elle a contesté tant l'arrêt de la prise en charge des frais médicaux au 31 mars 2014 que l'évaluation du taux de l'atteinte à son intégrité par le Dr S.\_\_\_\_\_. Elle a requis une expertise médicale neutre.

Par décision du 5 août 2015, le juge instructeur, a refusé la demande d'assistance judiciaire déposée le 25 juin 2015 par la recourante

au motif que la situation financière de celle-ci lui permettait d'assumer les frais d'un procès.

Dans sa réponse du 15 septembre 2015, X. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Elle relève avoir soigneusement analysé la situation et expliqué que plus aucun traitement susceptible d'amener une sensible amélioration de l'état de santé n'avait été proposé par les médecins traitants. En l'absence de preuves attestant du contraire, la recourante ne démontre pas en quoi cette appréciation serait erronée. L'intimée dit s'opposer en outre à l'expertise requise étant précisé de surcroît que le taux de l'atteinte à l'intégrité tel qu'estimé par son médecin-conseil n'est pas critiquable.

Par réplique du 5 octobre 2015, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle réfute en premier lieu avoir cherché à se suicider lors de l'accident en cause, nonobstant ce que les déclarations des personnes alors présentes pourraient laisser supposer. Elle dit aller bien aujourd'hui sur le plan psychique, seule sa jambe la handicapant au quotidien (handicap physique apparemment à vie) avec des douleurs croissantes. En lien avec la prise en charge des frais médicaux au-delà du 31 mars 2014, la recourante expose qu'à la suite de ses trois opérations et des séances de drainages lymphatiques, le Dr V. \_\_\_\_\_ lui a prescrit de la physiothérapie, séances qui lui ont procuré « beaucoup de bien ». Elle allègue avoir pris rendez-vous auprès du Dr K. \_\_\_\_\_ avec l'approbation de son médecin traitant, et que c'était à ce dernier qu'il incombait d'envoyer son dossier au chirurgien prénommé. Or, le médecin traitant ne s'étant pas exécuté, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'avait pas été en mesure de proposer de solution. La recourante conteste avoir mis fin elle-même en août 2013 aux séances de physiothérapie, ce traitement s'étant arrêté d'office au terme du nombre de séances prescrites par le Dr V. \_\_\_\_\_. Elle expose de plus avoir manqué son rendez-vous agendé pour novembre 2013 avec le Dr C. \_\_\_\_\_ par lassitude envers les membres du corps médical. Elle ajoute cependant avoir pris rendez-vous le 26 octobre 2015 auprès d'un médecin recommandé par une connaissance, qui allait l'orienter dans la suite du traitement et dont elle se réserve de produire un

rapport à la suite du rendez-vous prévu. La recourante indique disposer également d'un témoin apte à étayer ses allégations.

Par duplique du 27 octobre 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions.

A la suite d'une ordonnance du juge instructeur impartissant un délai au 30 novembre 2015 à la recourante pour produire, le cas échéant, un rapport médical ensuite de sa consultation du 26 octobre 2015, le Dr P. \_\_\_\_\_, du Centre Médical [...] à [...], a indiqué ce qui suit dans sa lettre du 10 novembre 2015 au Tribunal :

“Suite à votre lettre du 3 novembre adressée à ma patiente, je vous demande de bien vouloir repousser une fois encore votre délai.

En effet, compte tenu du problème que ma patiente présente au niveau de sa jambe droite, problème post-traumatique et post-op, je me dois de l'envoyer pour évaluation chez un spécialiste du genou, Dr. K. \_\_\_\_\_ à [...], chez lequel je n'ai pas réussi à trouver un rendez-vous avant le 25 janvier 2016.”

Le délai imparti pour produire un rapport a alors été prolongé au 29 février 2016. Aucune suite n'a été donnée par la recourante.

### **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 sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2015 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 121 V 362 consid. 1b et les références).

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'intimée doit prendre en charge les frais de traitement médical au-delà du 31 mars 2014 et le montant de l'IPAI, seules questions objets de la décision attaquée et contestées par la recourante.

**3.** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante 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 citées). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

**4.** Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:

- a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA *a contrario*), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (TF 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1; RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). Lorsque le traitement ne peut plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doit être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1), le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins selon l'art. 18 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1). Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (TF 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

En l'espèce, la recourante a subi plusieurs interventions au CHUV, la dernière le 8 mars 2013, pratiquée par le Dr J.\_\_\_\_\_, sous la forme d'un patch veineux d'élargissement de la partie proximale du pontage veineux poplitéo-poplité du membre inférieur droit. Dans son rapport du 27 mai 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ attestait une bonne évolution avec un bilan post-opératoire dans la norme et sans proposition particulière à formuler. Le 17 juillet 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ estimait qu'un traitement de physiothérapie était à envisager pendant plusieurs mois. Le Dr K.\_\_\_\_\_, consulté à fin août 2013 par la recourante, n'a pas proposé de traitement offrant la garantie d'un résultat fonctionnel satisfaisant et prévu une réévaluation du cas après avoir pu prendre connaissance des radiographies. La recourante ne l'a toutefois pas consulté à nouveau. Elle ne s'est pas présentée non plus à un rendez-vous de contrôle par le Dr C.\_\_\_\_\_ en novembre 2013 au CHUV. Quant au Dr V.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 2 mars 2014, il n'a plus proposé de physiothérapie mais uniquement des mesures d'ergothérapie.

Certes, la recourante déclare ressentir des douleurs et que la physiothérapie lui est bénéfique. Toutefois, plus aucun médecin n'a ordonné de traitement dans le but d'améliorer l'état de santé de la recourante ou d'éviter une péjoration de celui-ci depuis mars 2014 au plus tard. On ne peut dès lors que constater que cet état de santé était stabilisé à cette date.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis fin à la prise en charge des frais du traitement médical de la recourante avec effet au 31 mars 2014.

**5.** La recourante conclut à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) fondée sur un taux de 50% au lieu de 25%.

**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). 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.

Conformément à l'art. 24 al. 2 LAA, si l'assuré ne peut prétendre une rente, l'indemnité est fixée, lorsque le traitement médical est terminé. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité (TF 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2). Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales.

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 du 18 août 1976, *in* : FF 1976 III 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 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire,

*in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3<sup>ème</sup> éd., Bâle 2016, n° 311 p. 998). 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, U 134/03 du 12 janvier 2004, consid. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41, U 360/98, consid. 1).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009, *in* : SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; voir également Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, 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, précité, n° 317 p. 1000).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces

tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

**b)** En l'occurrence, l'état de santé de l'assurée est stabilisé depuis mars 2014. Le taux d'IPAI doit donc être déterminé à ce moment.

Le 3 avril 2014, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu le taux de 25% en se fondant sur la table 5 établie par la CNA. Cette table concerne le taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses et, en ce qui concerne une arthrodèse du genou, fixe en effet le taux d'atteinte à l'intégrité à 25%.

En l'absence d'autre avis médical contraire, il n'y a aucun motif de s'écarter du taux retenu par le Dr S. \_\_\_\_\_.

**6.** Le dossier étant complet, permettant à la cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction, les requêtes en ce sens de la recourante devant être rejetées.

**7.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD) vu l'issue du litige.

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

**I.** Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 8 avril 2015 par X. \_\_\_\_\_ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- T. \_\_\_\_\_,
- X. \_\_\_\_\_,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :