

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 janvier 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Louis Duc, avocat à  
Château-d'Oex,

et

**A.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 44 LPGA ; 10 al. 1 OPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, a travaillé comme enseignante pour le compte de l'Etat de Vaud depuis le 12 décembre 1995. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de X. \_\_\_\_\_ SA (anciennement [...]), dont le partenaire pour la prise en charge des prestations de longue durée était A. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : A. \_\_\_\_\_ SA ou l'intimée).

Le 1<sup>er</sup> octobre 2009, l'assurée a fait une chute à vélo. La déclaration d'accident complétée le 12 novembre 2009 précisait qu'elle avait dérapé sur du gravier et était tombée, son genou gauche ayant été atteint.

Le 8 octobre 2009, l'assurée a subi une opération consistant en une réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture bi-tubérosaite du plateau tibial gauche.

Dans un avis de sortie du 19 octobre 2009, les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, et [...], respectivement médecin-chef et médecin-assistant aux Etablissements hospitaliers [...], ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans ces établissements en soins aigus du 1<sup>er</sup> au 14 octobre 2009, puis en réadaptation du 14 au 16 octobre 2009, date de son retour à domicile. Ils ont posé les diagnostics de fracture spino-bitubérosaite et enfoncement du plateau tibial à gauche, ostéosynthèse par vis et plaque tibiale le 8 octobre 2009 sur chute à vélo et d'anémie normochrome normocytaire.

Le 9 mars 2011, l'assurée a subi une nouvelle intervention consistant en une ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia proximal gauche. Le protocole opératoire y relatif mentionnait le diagnostic de consolidation d'une fracture spinobitubérosaite du tibia proximal gauche.

A. \_\_\_\_\_ SA a soumis le cas de l'assurée à son médecin-conseil, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui, le 10 juin 2011, a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées :

- « 1. Au vu des lésions annoncées, il (sic) y a-t-il lieu de retenir une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] en tenant compte d'une aggravation prévisible ?  
20% minimum (PTG [prothèse totale du genou] avec bon résultat)
2. Mme Q. \_\_\_\_\_ a repris son travail à 44% vers fin mars 2011. Que pensez-vous de ce taux d'activité pour une enseignante ?  
Total au plus tard à la rentrée scolaire
3. Faut-il s'attendre à une invalidité partielle ou totale en tant qu'enseignante ? Si oui, à quel taux ?  
non ».

Dans un rapport du 22 décembre 2011 à X. \_\_\_\_\_ SA, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment indiqué qu'au vu de l'évolution défavorable avec la persistance d'une incongruence articulaire et des signes dégénératifs survenant chez l'assurée qui était clairement invalidée par la symptomatologie, l'indication à une mise en place d'une prothèse du genou était retenue.

Le 14 août 2012, l'assurée a subi une arthroplastie totale du genou gauche pratiquée par le Dr K. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 27 août 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué chez l'assurée une gonarthrose post-traumatique gauche et a discuté le cas en ces termes :

« L'intervention [ndr. du 14 août 2012] est bien supportée et ses suites opératoires sont restées simples.  
Sur le plan local, le premier pansement s'est avéré être sans particularité. Le contrôle radiologique post-opératoire est satisfaisant. Dès J1, la rééducation à la marche s'est faite selon douleurs sous le regard et conseil des physiothérapeutes.  
En fin de séjour, on retrouve les conditions permettant un retour à domicile en toute sécurité. Madame Q. \_\_\_\_\_ bénéficiera en ambulatoire d'une physiothérapie de rééducation selon un protocole qui lui a été remis à sa sortie. ».

Le 7 novembre 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée pour un contrôle post 3 mois de la prothèse totale de son genou gauche, dans un contexte post-traumatique. Dans son rapport y relatif du 15 novembre 2012, ce praticien a posé le diagnostic de status post PTG gauche pour gonarthrose post-traumatique gauche et a fait état de ce qui suit :

« **Anamnèse :**

Je revois Mme Q. \_\_\_\_\_ dans un contexte de prothèse de genou suite à une fracture du plateau tibial sur le plan général, la patiente se dit plutôt satisfaite de l'évolution, avec une diminution progressive des douleurs. Sur le plan rééducationnel, elle augmente progressivement ses amplitudes articulaires. Les valeurs actuelles sont de 120-0-0. N'a pas de sensation d'instabilité. La montée et descente des escaliers ainsi que la marche en terrain irrégulier sont sp [sans particularité]. A pu reprendre des activités telles que le vélo d'appartement, ainsi que la marche.

**Status :**

On retrouve une cicatrice calme. Membres normo-axés. Marche sans boiterie, sans décoaptation. Appui monopodal sp. Angle de pas à 0 ddc [des deux côtés].

**Examen du genou :**

Montre un petit empâtement du genou, petit épanchement. Flexion-extension à 115/120-0-0. Bon tracking rotulien. Quadriceps à M5, bien qu'il soit clairement amyotrophique par rapport au côté contre-latéral. Pas de laxité significative sur le plan frontal, en extension et en flexion. Pas de laxité sur le plan sagittal.

**Radiologie :**

**RX [radiographie] du genou G [gauche], face/profil + rotule en axiale + MIT :**

Prothèse bien en place, sans signe de descellement, d'usure ou de déplacement secondaire. Membre en léger valgus avec l'axe mécanique passant au niveau du tiers interne du compartiment externe (genou valgum ddc).

**Propositions thérapeutiques :**

Je trouve l'évolution plutôt favorable au vu du contexte post traumatique. Je lui ai proposé la poursuite de la physiothérapie de mobilisation et tonification. Je l'ai encouragée à réaliser des exercices de façon individuelle, soit de la proprioception avec de la marche en terrain irrégulier, ainsi que la reprise des activités extérieures, telles que par exemple, le ski de fond. Elle reprendra son activité professionnelle à 50 % dès le 14 novembre 2012 et je prévois [de] la revoir pour un contrôle à 6 mois début février prochain. Je ne manquerai pas de vous informer des éventuels changements d'évolution. ».

Selon des certificats médicaux successivement établis entre le 1<sup>er</sup> mai et le 12 juin 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a attesté une incapacité de travail totale de l'assurée du 29 avril au 7 juin 2013, une incapacité de 50% du 8 au 11 juin 2013 et une incapacité totale du 12 au 28 juin 2013, mentionnant à chaque fois comme motif une maladie.

Le 7 août 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par X.\_\_\_\_\_ SA :

« 1. [Evolution du cas et état actuel (subjectif et objectif) ?]  
Favorable

2. [Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? si oui, lesquelles ?]  
Non

3. [Traitement en cours et proposition ?]  
Travail individuel de tonification et mobilisation

4. [Raisons à l'origine de la prescription de séances d'ergothérapie]  
Adaptation d'une orthèse pédieuse

5. [Des nouvelles investigations ont-elles été réalisées (RX, scanner, IRM [imagerie par résonance magnétique]...)? Si oui, prière de nous joindre une copie des rapports]  
Non

6. [Date de la dernière et prochaine consultation ?]  
Dernière : 27.05.13 Prochaine 14.08.13

7. [Quelle sera encore la durée du traitement ?]  
Probablement 1 an

8. [Une reprise complète dans son activité est-elle prévue prochainement ? Si oui, à quelle date et à quel taux ?]  
Arrêt de travail à 100 % depuis le 13.08.2012, reprise à 50 % le 14.11.2012, reprise à 75 % le 11.02.2013, reprise à 100 % le 06.07.2013. ».

Selon des certificats médicaux successivement établis entre le 17 décembre 2013 et le 30 octobre 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale de l'assurée du 21 décembre 2013 au 17 janvier 2014, une incapacité de 50% du 18 janvier au 20 mars 2014 et une incapacité totale du 21 mars au 30 novembre 2014, mentionnant à chaque fois comme motif une maladie. Pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 30

novembre 2014, ce praticien a précisé sur les certificats que « la capacité de travail pourrait être estimée à 50% dans une activité professionnelle sans contact direct avec les élèves ».

A. \_\_\_\_\_ SA a à nouveau soumis le cas de l'assurée au Dr D. \_\_\_\_\_, qui a exposé le 5 mai 2014, d'une part, que d'un point de vue médical, l'intéressée présentait un état de santé stationnaire et, d'autre part, qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) était due à hauteur de 20% au motif de la prothèse totale du genou « avec bon résultat selon table 5 ».

Le 25 août 2014, l'assurée a démissionné de ses fonctions avec effet au 30 novembre 2014, exposant que des problèmes de santé l'avaient amené à être en arrêt de travail depuis le 20 mars 2014.

Le 6 juillet 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par X. \_\_\_\_\_ SA :

« 2. [Etat actuel (subjectif et objectif) ?]

Evolution favorable avec quelques petites douleurs résiduelles, mais lui permettant de réaliser certaines activités de loisirs tel[le]s que le vélo, la raquette et la marche. Se considère satisfaite de la situation actuelle.

3. [Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquelles ?]

Non

4. [Proposition de traitement ?]

Actuellement, bénéficie d'un traitement antalgique ponctuel, des exercices à réaliser individuellement.

5. [Date de la dernière et de la prochaine consultation ?]

PC [prochaine consultation] en août 2016 pour un contrôle radio-clinique

6. [Pronostic ?]

Bon

7. [Faut-il s'attendre à un dommage permanent ? Si oui, de quelle nature ?]

Trop tôt pour s'y (sic) prononcer ».

Par décision du 21 juillet 2015, A.\_\_\_\_\_ SA a alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%, soit un montant de 25'200 fr., considérant, sur la base du rapport du 6 juillet 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_, que le résultat thérapeutique final était atteint et que des mesures supplémentaires visant à améliorer son état de santé n'étaient plus attendues. Elle a également indiqué que les conditions pour l'octroi « d'autres prestations en espèces » n'étaient pas remplies étant donné que ni une nouvelle incapacité de travail ni une limitation durable de la capacité de gain ne résultaient de l'événement du 1<sup>er</sup> octobre 2009.

Le 14 août 2015, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée en ces termes :

« J'ai bien reçu la décision du 21 juillet 2015 en rapport avec mon accident du premier octobre 2009. J'ignore pourquoi ce courrier m'est adressé par la société A.\_\_\_\_\_ SA, l'assurance en charge de cet accident étant X.\_\_\_\_\_ SA. Aucune explication [ne] m'a été donnée à ce jour malgré une demande de ma part datée du 27 avril courant.

Par la présente, je m'oppose formellement à cette décision. Mon opposition concerne trois éléments.

- 1) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité estimée à 20%,
- 2) L'incapacité de travail jugée nulle suite à l'événement du 01.10.2009,
- 3) La limitation durable de la capacité de gain jugée nulle suite à l'événement du 01.10.2009.

Je me réfère aux éléments suivants de votre décision :

« ..., notre médecin-conseil a évalué la perte d'intégrité pour le genou gauche à 20% »

« ...ni une nouvelle incapacité de travail, ni une limitation durable de la capacité de gain ne résultent de l'événement du 1<sup>er</sup> octobre 2009. »

Vous affirmez que le médecin-conseil s'est basé sur **des** rapports-médicaux.

A ma connaissance, mis à part le rapport du Docteur K.\_\_\_\_\_ du 6.7.15, votre société n'a aucune information récente, respectivement aucune information datant des vingt-quatre mois précédents qui pourrait lui servir de base d'appréciation de votre décision.

Il faut ainsi considérer que la société A.\_\_\_\_\_ SA n'a aucune base ou information solide justifiant sa décision. Je fais donc opposition à cette décision.

Ma perte d'intégrité est jugée durable sur le restant de ma vie et les séquelles de l'accident ont un impact sur ma capacité de travail et, respectivement, de gain.

Je n'ai de loin pas retrouvé mes capacités d'alors. Je peux effectivement faire du vélo, mais il s'agit d'un vélo à assistance électrique qui m'aide en continu à pédaler. Je peux marcher, mais limitation dans la durée et dans la pente. Je ne peux absolument plus courir. J'ai toujours de la peine à monter des escaliers et à les descendre, je dois me tenir à chaque fois à la rampe. Les antalgiques et les anti-inflammatoires font partie de ma pharmacopée, avec les effets secondaires en prime.

Et le plus important, j'ai dû arrêter de travailler pour retrouver une certaine qualité de vie et ne pas me battre en continu avec des douleurs. Il est vrai que maintenant, j'ai moins de douleurs, mais parce que mes activités ont nettement diminué au prix d'une absence totale de salaire.

Je m'oppose donc formellement à votre décision datée du 21 juillet 2015. ».

Par courrier du 21 août 2015, A. \_\_\_\_\_ SA a notamment indiqué ce qui suit à l'assurée :

« Nous intervenons dans cette affaire pour les prestations de longue durée de la Loi sur l'assurance-accidents. Au moment de l'accident du 1<sup>er</sup> octobre 2009, couvert par [...] (X. \_\_\_\_\_ SA), celle-ci intervenait en tant qu'assureur-maladie. Les caisses-maladie qui pratiquent l'assurance-accidents sont tenues de passer un accord réglant leur collaboration avec un assureur-long terme (art. 70 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Etant donné qu'A. \_\_\_\_\_ SA est l'assureur compétent pour les prestations de longue durée suite à l'accident du 1<sup>er</sup> octobre 2009, nous vous avons adressé la décision du 21 juillet 2015. ».

Le 31 août 2015, l'assurée a précisé ce qui suit à A. \_\_\_\_\_

SA :

« J'ai une remarque importante à faire concernant les renseignements du Dr K. \_\_\_\_\_ qui vous ont été remis le 6 juillet 2015. Le Dr K. \_\_\_\_\_ affirme qu'il est trop tôt pour se prononcer sur un dommage permanent. Avec un tel constat, comment pouvez-vous affirmer qu'il n'y a pas de limitation durable de la capacité de gain résultant de mon accident du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ? Je m'oppose à votre interprétation jugée fallacieuse.

Il est vrai que je suis satisfaite de ma situation actuelle : c'est normal, en arrêtant totalement de travailler, les douleurs ont heureusement diminué.

J'ai dit avoir fait de la raquette au Dr K. \_\_\_\_\_, mais surtout je suis allée le consulter ensuite car un mois après, j'avais toujours mal et énormément de peine à conduire une voiture manuelle.

J'ai également dit au Dr K. \_\_\_\_\_ que je fais du vélo. Je vous répète qu'il s'agit d'un vélo électrique que je me suis offert suite à mon accident et qui permet de faire un mouvement modéré, une bonne physio sans consultation. Juste avant mon accident, j'étais encore monté[e] au Suchet en vélo, dénivellation de 1000 m sans assistance.

On ne peut donc ainsi affirmer que l'état de mon genou gauche est stable, ni que le retour à la normale est réalisé. Il y a des séquelles à vie résultant de mon accident du premier octobre 2009. ».

A. \_\_\_\_\_ SA a à nouveau soumis le cas de l'assurée au Dr D. \_\_\_\_\_, qui a rédigé un avis en ces termes le 5 octobre 2015, dont la retranscription a été transmise à l'assurée le même jour :

« Le problème dans ce dossier ne semble pas médical, puisque la patiente ne consulte plus son orthopédiste. Cela signifie que la prothèse fonctionne correctement.

En conséquence, il est clair qu'il perdure des séquelles pour lesquelles une IPAI est due.

Vu l'absence de suivi régulier, cette valeur d'IPAI correspond à une prothèse avec un bon résultat, soit 20% selon Table V.

Pour le travail, elle est apte à 100% dans toute activité semi-assise, sans port de charge > 10 kg de manière répétitive. ».

Par courrier du 20 octobre 2015, l'assurée s'est déterminée comme suit sur l'avis précité du Dr D. \_\_\_\_\_ :

« Je suis étonnée que quatre phrases succin[c]tes et de plus manuscrites puissent résumer une situation médicale de plus de six ans. Le Dr D. \_\_\_\_\_ donne son avis sans m'avoir vu et sans rapport médical récent. Ceci donne peu de valeur à son avis médical et je ne peux que le contester.

Il affirme que le problème ne semble pas médical **puisque je ne consulte plus**. Ceci est faux sur deux angles. Le premier, il n'est pas vrai que je ne consulte plus puisque j'ai dû voir mon orthopédiste suite à des douleurs récurrentes qui ne passaient plus, ceci même après le prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. D'autre part pour des raisons pratiques c'est mon généraliste qui m'a prescrit les médicaments nécessaires aux douleurs et aux inflammations dues à mon genou. Donc, il y a erreur, je consulte et le problème est médical. D'ailleurs, de quelle autre nature pourrait-il être ?

Je ne consulte plus régulièrement mon orthopédiste car la prothèse a pris sa place, elle a amélioré la situation et on n'attend plus d'autres améliorations. Cette prothèse a été posée suite à un traumatisme et le Dr K. \_\_\_\_\_ m'a bien dit qu'il persisterait certainement des séquelles de la fracture bi-tubérosaite du plateau tibial. Il est vrai que la prothèse fonctionne correctement, mais le traumatisme persiste avec son aléa de douleurs et d'inflammations.

J'aimerais souligner que le Dr D. \_\_\_\_\_ dit dans son rapport que le problème **ne semble pas** médical, il n'est donc pas sûr.

Je répète que ma situation s'est surtout améliorée depuis que j'ai arrêté de travailler et je ne suis en aucun cas apte à reprendre une activité à 100 % même semi-assise, contrairement aux dires de Dr D. \_\_\_\_\_. J'ai essayé au mois de septembre de faire deux jours de suite des inscriptions en étant assise et en me levant régulièrement pour détendre le genou. Après deux jours, mon genou était complètement gonflé et j'ai dû reprendre antalgiques et anti-inflammatoires. Comme test, cela m'a suffi. L'accident de 2009 a un impact à vie sur mon quotidien.

Pour résumer la situation, je juge le problème médical et je ne suis pas apte à reprendre une activité à 100 % suite à mon accident du premier octobre 2009. Une évaluation plus précise et plus motivée du taux d'activité possible est nécessaire. ».

Par courrier du 24 novembre 2015, A. \_\_\_\_\_ SA a signifié ce qui suit à l'assurée :

« Dans votre opposition du 14 août 2015, vous relevez que celle-ci concerne trois éléments, respectivement :

- 1) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité estimée à 20%
- 2) L'incapacité de travail jugée nulle suite à l'événement du 1<sup>er</sup> octobre 2009
- 3) La limitation durable de la capacité de gain jugée nulle suite à l'événement du 1<sup>er</sup> octobre 2009

Concernant l'atteinte à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) estimée à 20%, nous rappelons que cette indemnité vous a été versée en raison de séquelles durables et permanentes pour le restant de votre vie. Or, vous n'indiquez pas en quoi cela serait contestable. Nous vous prions dès [lors] de motiver votre argumentation à ce sujet.

S'agissant de l'incapacité de travail et de gain, l'administration ne nie pas que votre accident a entraîné de telles incapacités. L'administration a simplement relevé que vous ne disposiez pas, au moment de la décision, d'une incapacité de travail et de gain en relation avec l'accident. A ce titre également, nous vous prions de motiver votre argumentation.

Par ailleurs, conformément à l'art. 10 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11], l'opposition doit contenir des conclusions.

Selon l'art. 10 al. 5 OPGA, si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable.

Or, tant pour l'IPAI que pour les incapacités de gain/travail, vous ne faites pas mention de conclusions. En d'autres termes, vous contestez la décision mais nous ne parvenons pas à déterminer ce que vous réclamez concrètement.

De ce fait, il vous est imparti un délai au **17 décembre 2015** pour réparer le vice, respectivement prendre des conclusions et, cas échéant, compléter votre motivation. A défaut, la décision sera rendue en l'état du dossier (art. 43 al. 3 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) et uniquement sur l'IPAI. ».

Invité à expliquer les motifs pour lesquels il avait fixé l'IPAI à un taux de 20%, le Dr D. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit dans un avis du 30 novembre 2015, dont la retranscription a été transmise à l'assurée le 10 décembre 2015 :

« A mon avis, dans ce dossier, il y a deux problèmes concernant l'IPAI.

Le premier est le moment où elle doit être définie. En principe, cela se fait lors de la stabilisation du cas. Or, pour la stabilisation, il a été nécessaire de mettre la prothèse.

Le deuxième est que l'indication à la prothèse est forcément une arthrose grave. Alors pourquoi a-t-on défini un résultat aussi après prothèse ?

Parce qu'il s'agit en fait d'une arthroplastie et non d'un ajout externe. ».

Par courrier du 11 décembre 2015, l'assurée a répondu ainsi à A. \_\_\_\_\_ SA :

« J'ai bien reçu votre lettre du 24 novembre qui a retenu toute mon attention.

Je conteste en effet l'indemnité pour atteinte à l'intégrité estimée à 20 %. Vous n'avez aucune donnée récente me concernant et qui motive ce 20%. Pourquoi 20% et pas 40 % ou 60 %, je souhaiterais que vous le motiviez par un rapport récent et non seulement par quelques lignes manuscrites de votre médecin-conseil. En clair, je

demande une nouvelle expertise médicale pour évaluer le pourcentage de mon intégrité.

Concernant mon incapacité de travail et de gain, je vous demande également une évaluation récente.

Pour le reste, veuillez vous référer à mon opposition du 14.08.15 et au complément du 20.10.15.

En conclusion, je m'oppose à votre décision car elle est basée sur des rapports peu détaillés et surannés. Je demande une expertise nouvelle et détaillée pour motiver vos décisions. Si ces conclusions ne suffisent pas, je vous prie de m'en informer. Je ne suis pas juriste. ».

Le même jour, faisant suite au courrier du 10 décembre 2015 d'A.\_\_\_\_\_ SA lui transmettant l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2015, l'assurée a demandé la fixation d'un délai de réponse plus long pour se déterminer sur ce document.

Par courrier du 16 décembre 2015, A.\_\_\_\_\_ SA a imparti à l'assurée un délai au 29 février 2016 pour, d'une part, se déterminer sur l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ précité et, d'autre part, se prononcer sur sa lettre du 24 novembre 2015 concernant le complément des conclusions et de la motivation de son opposition.

Le 23 février 2016, l'assurée a écrit ce qui suit à A.\_\_\_\_\_  
SA :

« Malgré votre retranscription de l'avis médical du Dr D.\_\_\_\_\_, je me trouve face à un message des plus nébuleux.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ parle de deux problèmes. Quels sont-ils ? Dans son texte, il signale des faits et non des problèmes. Le premier fait évoqué est qu'il a été nécessaire de mettre une prothèse pour essayer de stabiliser mon genou. C'est un fait et non un problème. Le deuxième fait évoqué est que l'indication d'une prothèse est forcément due à une arthrose grave, c'est un fait et non un problème. Finalement, la dernière phrase du message, phrase d'ailleurs incomplète, parle d'une arthroplastie et non d'un ajout externe, quel en est le sens ?

Je ne peux me déterminer sur un message aussi confus. Ainsi, j'aimerais bien connaître les questions auquel[le]s le Docteur D.\_\_\_\_\_ devait répondre. J'aimerais également que le Dr D.\_\_\_\_\_ traduise son message dans un français cohérent et compréhensible. ».

Interpellé par A. \_\_\_\_\_ SA, le Dr D. \_\_\_\_\_ a rédigé un avis en ces termes le 9 mai 2016, dont la retranscription a été transmise à l'assurée le lendemain :

« La différence entre un implant et un ajout externe est que le premier se trouve dans le corps pour remplacer une articulation, le deuxième est une prothèse à l'extérieur du corps comme après une amputation.

Pour la valeur, ceci ne tombe pas du ciel. Des tables d'IPAI ont été établies par la SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents] pour préciser l'ordonnance de la loi.

Dans la table V de la SUVA il est mentionné qu'une prothèse avec un bon résultat vaut 20% d'IPAI.

Dans ce dossier, que je sache, le résultat post PTG a toujours été considéré comme bon. Je ne vois donc pas la raison d'utiliser la valeur de 40% pour un mauvais résultat.

Pour le reste, ce n'est pas moi qui est (sic) défini ces tabelles. Ces dernières sont anciennes et admises par la justice. ».

Par courrier du 2 juin 2016, l'assurée s'est déterminée comme suit :

« Je vous remercie des précisions du Dr D. \_\_\_\_\_ qui m'ont éclaircie (sic) sur la notion de tables IPAI. Effectivement, le résultat de la prothèse posée le 14 août 2012 peut être jugé bon par rapport à mon état du 13 août 2012, jour précédent mon arthroplastie où je ne pouvais plus effectuer 100 mètres sans douleurs et sans béquilles.

Par contre, mon état actuel n'est de loin pas comparable avec mon état du 31 (sic) septembre 2009, jour avant mon accident. Je pouvais alors marcher et avoir des activités sur toute la journée sans problèmes alors que maintenant je dois me limiter drastiquement pour éviter les douleurs. Je ne vous fais pas le rappel de mes courriers précédents.

Une proposition du Dr K. \_\_\_\_\_, mon orthopédiste, est de faire une évaluation objective au [...] pendant un certain laps de temps. Je conçois volontiers cette évaluation dans un moyen terme, actuellement des gros soucis de famille m'empêche[nt] d'être disponible.

J'aimerais également vous dire qu'il n'est pas normal que je ne reçoive plus aucune indemnité journalière depuis que j'ai arrêté de travailler et que ceci devra être remis à l'ordre du jour. Pour moi, le dossier n'est bien sûr pas à classer. ».

Par décision sur opposition du 16 juin 2016, A. \_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 21 juillet 2015. S'agissant du taux de l'IPAI, elle a considéré qu'il devait être fixé en tenant compte des constatations du Dr D. \_\_\_\_\_, lesquelles bénéficiaient d'une pleine force probante, et conformément à la colonne 5 de la table d'indemnisation n° 5 de la CNA. Elle a exposé que même si selon la jurisprudence, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses ou d'endoprothèses devait reposer sur l'état de santé non corrigé et conduire à l'application des colonnes 2 et 3 de la table d'indemnisation précitée, le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 23 novembre 2015 (TF 8C\_734/2014), avait toléré l'application des colonnes 5 et 6 pour le cas d'une prothèse non implantée directement après l'accident. Elle a en outre relevé que la question de la rente d'invalidité n'était pas litigieuse dès lors que l'assurée ne s'était pas prononcée sur d'autres éléments que l'avis médical du Dr D. \_\_\_\_\_, qui concernait l'IPAI. Elle a également indiqué qu'au vu des pièces médicales au dossier, l'intéressée n'avait aucune incapacité de gain ou de travail en rapport avec son problème au genou et que le cas était stabilisé.

**B.** Par acte du 11 juillet 2016, Q. \_\_\_\_\_, représentée par Me Jean-Louis Duc, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour qu'elle en fixe à nouveau le montant, et à l'octroi « d'indemnités journalières et/ou d'une rente », le dossier étant renvoyé à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction portant sur la question de l'incapacité de travail et de gain puis rende une nouvelle décision sur opposition portant sur le droit à ces prestations. Elle a exposé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèse ou d'endoprothèse se fondait sur l'état de santé non corrigé. Elle a également relevé que sans user des formules utilisées par quelqu'un connaissant le droit, elle avait conclu dans son opposition au versement d'indemnités journalières voire d'une rente en indiquant qu'elle était incapable de

travailler en raison des séquelles de son accident, sans toutefois être en mesure de chiffrer ses conclusions.

Dans sa réplique du 16 août 2016, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a expliqué qu'en sa qualité de partenaire de X. \_\_\_\_\_ SA pour les prestations de longue durée, les indemnités journalières réclamées par le recourante n'étaient pas de son ressort mais de celui de la société précitée. S'agissant de la rente, elle a rappelé que des délais avaient été impartis à l'intéressée pour motiver son opposition et formuler des conclusions à cet égard, faute de quoi il ne serait statué que sur l'IPAI, et que cette dernière ne s'était finalement pas prononcée sur d'autres éléments que l'avis médical du Dr D. \_\_\_\_\_, qui concernait l'IPAI. Elle a souligné qu'en tout état de cause, l'incapacité de gain n'était pas démontrée. Quant à l'IPAI, elle s'est référée à la motivation de sa décision sur opposition.

Par réplique du 24 août 2016, la recourante a maintenu et complété ses conclusions comme suit, sous suite de frais et dépens :

« - à l'annulation de la décision entreprise

- à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50% (le dossier étant renvoyé à l'intimée pour qu'elle en fixe à nouveau le montant)
- à l'octroi d'indemnités journalières et/ou d'une rente, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction portant sur la question de l'incapacité de travail et de gain puis rende une nouvelle décision sur opposition portant sur le droit à ces prestations

subsidiairement à cette dernière conclusion,

- à l'octroi d'une rente, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction portant sur la question du droit à une rente puis rende une nouvelle décision sur opposition portant sur le droit à cette prestation, d'une part, et, d'autre part, transmette le dossier à X. \_\_\_\_\_ SA pour qu'elle instruisse et statue sur la question du droit à des indemnités journalières. ».

Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> septembre 2016, l'intimée a confirmé ses conclusions.

## **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 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 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).

Dans le canton de Vaud, 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 la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**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 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée. Il s'agira également de déterminer si c'est à bon droit que l'intimée a considéré que la question de la rente d'invalidité n'était pas litigieuse et ne l'a pas examinée dans sa décision sur opposition.

En revanche, l'intimée, avec qui X. \_\_\_\_\_ SA a conclu un accord pour la prise en charge des prestations de longue durée conformément à l'art. 70 al. 2 LAA, n'est pas compétente en ce qui concerne les indemnités journalières, qui ne constituent pas de telles prestations. C'est donc à juste titre que l'intimée ne s'est pas prononcée sur cette question dans sa décision sur opposition et la problématique des indemnités journalières n'entre pas dans le cadre du présent litige.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de 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.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les

références citées ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

**4. a)** Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de

l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**5. a)** Aux termes de 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Cette disposition légale ne fixe pas seulement le moment auquel l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées. L'assureur doit d'abord statuer sur le droit à la rente avant de rendre sa décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C\_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2 ; TFA U 105/03 du 23 décembre 2003 consid. 5.2 *in* RAMA 2004 n° U 508 p. 265).

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]).

L'art. 25 al. 1 LAA dispose que 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 p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

**b)** 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. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit

l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

**c)** L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle 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 ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a).

Selon la table d'indemnisation n° 5 de la Division médicale de la CNA, relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, s'agissant d'une atteinte au genou, un taux d'indemnité de 10 à 30% est prévu pour une coxarthrose moyenne (colonne 2), de 30 à 40% pour une coxarthrose grave (colonne 3), de 20% pour une endoprothèse avec un bon résultat (colonne 5), et de 40% pour une endoprothèse avec un résultat mauvais (colonne 6).

**d)** Selon la jurisprudence, 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 (TF 8C\_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 7.2 ; TFA U 56/05 du 18 juillet 2005, *in* RAMA 2005 n° U 562 p. 435 ; TFA U 313/02 du 4 septembre 2003, *in* RAMA 2003 n° U 496 p. 403).

**6. a)** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**b)** Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**7.** Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (art. 52 al. 1 LPGa). L'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (art. 10 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). Si l'opposition ne satisfait pas à cette exigence ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

Les exigences posées à la forme et au contenu d'une opposition ne sont pas élevées ; il suffit que la volonté du destinataire d'une décision de ne pas accepter celle-ci ressorte clairement de son écriture ou de ses déclarations (ATF 115 V 422 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_404/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3).

Dans le cadre de son activité et notamment lors du traitement d'une opposition, l'autorité doit respecter le principe de l'interdiction du formalisme excessif, qui est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Ce principe est violé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection et devient une fin en soi et complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès à la justice (ATF 135 I 6 consid. 2.1 ; ATF 130 V 177 consid. 5.4.1 ; ATF 128 II 139 consid. 2a ; ATF 125 I 166 consid. 3a).

**8.** Concernant la rente d'invalidité, l'intimée a exposé que cette question n'était pas litigieuse, considérant que la recourante ne s'était opposée qu'au taux de l'IPAI. Elle a cependant indiqué dans sa décision sur opposition que bien que l'intéressée ne contestait que l'IPAI, il apparaissait au vu des différentes pièces au dossier qu'elle n'avait aucune incapacité de gain ou de travail en rapport avec son problème au genou. Elle a également relevé que la recourante aurait pu reprendre son

ancienne activité à 100% dès juillet 2013 si elle n'avait pas eu d'autres problèmes de santé liés à une maladie et qu'elle avait démissionné de son poste de travail en faisant référence à des problèmes de santé dès mars 2014 alors qu'à cette époque, l'incapacité de travail était liée à une maladie et non un accident.

En l'espèce, aux termes de son opposition du 14 août 2015, la recourante contestait 3 éléments, soit « L'indemnité pour atteinte à l'intégrité estimée à 20% », « L'incapacité de travail jugée nulle suite à l'événement du 01.10.2009 » et « La limitation durable de la capacité de gain jugée nulle suite à l'événement du 01.10.2009 ». Elle a notamment expliqué que les séquelles de l'accident avaient un impact sur sa capacité de travail et de gain. L'intimée a considéré que l'opposition ne respectait pas les exigences de l'art. 10 al. 1 OPGA et a imparti un délai à l'intéressée prendre des conclusions et, cas échéant, compléter sa motivation, faute de quoi la décision sur opposition serait rendue uniquement sur la question de l'IPAI.

Il ressort toutefois clairement de son opposition que la recourante n'était pas d'accord avec la capacité de travail et de gain retenue par l'intimée. Partant, et dès lors que dans sa décision du 21 juillet 2015 objet de l'opposition, l'intimée avait considéré que les « conditions pour l'octroi d'autres prestations en espèces [...] [n'étaient] pas remplies, étant donné que ni une nouvelle incapacité de travail, ni une limitation durable de la capacité de gain ne résult[ai]ent de l'événement du 1<sup>er</sup> octobre 2009 », elle a fait preuve de formalisme excessif en considérant que l'opposition n'avait pas trait aux autres prestations en espèces que l'IPAI. Dans le cadre des échanges ultérieurs entre parties avant la décision sur opposition, la recourante a d'ailleurs rappelé le 31 août 2015 qu'elle s'opposait à l'interprétation selon laquelle il n'y avait pas de limitation durable de sa capacité de gain résultant de l'accident, a indiqué le 20 octobre 2015 qu'elle n'était « pas apte à reprendre une activité à 100% » à la suite de son accident et qu'une « évaluation plus précise et plus motivée du taux d'activité possible » était nécessaire et a demandé le 11 décembre 2015 une « évaluation récente » concernant son

incapacité de travail et de gain. Compte tenu de ces compléments, on cerne d'autant plus mal pourquoi l'intimée a estimé que l'intéressée ne remettait en cause que l'IPAI.

Ainsi, conformément aux principes rappelés ci-dessus (*cf. supra* consid. 7), force est de constater que l'opposition de la recourante concernait également le refus de lui allouer d'autres prestations en espèces que l'IPAI, notamment une rente. C'est donc à tort que l'intimée n'a pas examiné la question de la rente d'invalidité, prestation de longue durée entrant dans le cadre de l'accord conclu avec X. \_\_\_\_\_ SA conformément à l'art. 70 al. 2 LAA. Il se justifie par conséquent d'annuler la décision sur opposition litigieuse pour ce motif déjà et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle statue sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

**9.** S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr D. \_\_\_\_\_, considère qu'elle s'élève à 20%.

En l'espèce, dans son rapport du 5 mai 2014, le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé l'IPAI à 20% en raison de la prothèse totale du genou « avec bon résultat selon table 5 ». Il a confirmé ce taux dans son avis du 5 octobre 2015, considérant qu'il correspondait « à une prothèse avec bon résultat, soit 20% selon table V ». Le 30 novembre 2015, ce praticien a expliqué avoir défini le taux de l'IPAI sur la base d'un résultat après la pose de la prothèse car il s'agissait d'une arthroplastie et non d'un ajout externe.

Se référant à un arrêt du Tribunal fédéral du 23 novembre 2015 (TF 8C\_734/2014), l'intimée soutient que la Haute cour avait toléré l'application des colonnes 5 et 6 (endoprothèse avec résultat bon, respectivement mauvais) de la table d'indemnisation n° 5 de la Division médicale de la CNA pour définir le taux de l'IPAI dans le cas d'une prothèse non implantée directement après l'accident. Or, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a considéré ce qui suit à propos de l'IPAI (consid. 6) : « Enfin, le recourant conclut également à un taux d'indemnité pour

atteinte à l'intégrité supérieur à 40 %. Dans son recours toutefois, il ne développe aucune argumentation à cet égard. Le grief, non motivé, ne satisfait pas aux exigences de motivation de l'art. 42 al. 2 LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110], de sorte qu'il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant ». La Haute cour n'a ainsi pas examiné cette question et n'a donc pas toléré l'application des colonnes 5 et 6 dans ce cas, contrairement à ce que prétend l'intimée. Il y a donc lieu de s'en tenir au principe jurisprudentiel rappelé ci-dessus (*cf. supra* consid. 5d), selon lequel 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, principe auquel se réfère d'ailleurs la table d'indemnisation n° 5 de la CNA. Selon cette table d'indemnisation, les colonnes 2 et 3 (arthrose moyenne, respectivement grave) sont applicables au cas d'espèce, la prothèse n'ayant pas été posée juste après l'accident.

Le seul médecin s'étant prononcé sur l'IPAI est le Dr D.\_\_\_\_\_, qui s'est fondé sur l'atteinte après la pose de la prothèse, et ce en contradiction avec ce qui vient d'être exposé. Dans ces conditions, on ne peut pas se fonder sur l'avis de ce praticien. Dès lors que le constat objectif des limitations d'un assuré et l'estimation de l'atteinte à l'intégrité en résultant incombe avant tout aux médecins, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée - à qui il appartient 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 - pour ce motif également, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il lui appartiendra dès lors de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA pour évaluer le degré de l'atteinte à l'intégrité de la recourante.

**10. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 juin 2016 par A.\_\_\_\_\_ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** A.\_\_\_\_\_ SA versera à Q.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre 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-Louis Duc (pour Q. \_\_\_\_\_)
- A. \_\_\_\_\_ 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 :