

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 avril 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu, juge et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Samir Djaziri, avocat à Genève,

et

**M.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Michel D'Alessandri, avocat à Genève.

---

**Art. 19 al. 1 ; 24 et 25 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], a chuté sur une plaque de glace le 4 décembre 2013 et s'est fracturée le col fémoral droit. Des radiographies du bassin et du fémur droit ont été réalisées le même jour montrant une fracture transcervicale du fémur droit avec un angle de Pauwels de 45 °.

Le 5 décembre suivant, l'assurée a subi une intervention chirurgicale au sein du Département de l'appareil locomoteur, service d'orthopédie et traumatologie du B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_), pour un triple vissage du col fémoral droit. Elle a séjourné au B.\_\_\_\_\_ du 4 au 7 décembre 2013 et neuf séances de physiothérapie lui ont ensuite été prescrites en vue de la rééducation à la marche, ainsi que des traitements médicamenteux.

Au moment de l'accident, l'assurée était employée en qualité de promotrice de produits auprès de la société U.\_\_\_\_\_ à un taux d'activité irrégulier. Elle était assurée à ce titre contre les risques professionnels et non professionnels auprès de M.\_\_\_\_\_ (ci-après : M.\_\_\_\_\_ ou l'intimée), laquelle a pris en charge les suites du cas, en particulier par le versement d'indemnités journalières.

L'assurée travaillait également pour les entreprises [...], [...], [...], [...], [...] et [...].

Son revenu journalier a été évalué à 79 fr. 45 par M.\_\_\_\_\_, montant qui a servi de base au calcul des indemnités journalières.

L'assurée a subi les incapacités de travail suivantes :

- 100 % du 4 décembre 2013 au 3 mars 2014,
- 60 % du 4 mars 2014 au 4 mai 2014,
- 50 % du 5 mai 2014 au 31 août 2014,
- 30 % du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 30 novembre 2014,

- 20 % depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2014.

Lors d'un entretien du 30 juin 2014 avec M.\_\_\_\_\_, l'assurée a déclaré qu'elle était promotrice de produits, qu'elle faisait des études de marché et des missions de représentation ainsi que de l'animation dans les magasins. A ce titre, elle a expliqué qu'elle avait par exemple réalisé une démonstration pour un produit de scannage des achats par les clients de la [...]. Elle a précisé qu'elle exerçait ce métier depuis quatorze ans et qu'il lui convenait parfaitement, dès lors qu'elle adorait sa variété et les contacts avec les gens qu'elle rencontrait dans les magasins où elle tenait un stand.

Dans un rapport du 19 août 2014 adressé au médecin-conseil de M.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au B.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de fracture du col fémoral droit de type Garden I traitée par triple vissage. A cet égard, il a observé que l'évolution était lente mais favorable et que la reprise du travail à 40 % était bien supportée par l'assurée. S'agissant du pronostic, il a tout de même relevé qu'il existait un risque entre 20 et 30 % de développer une nécrose aseptique au niveau de la tête fémorale dans les deux ans suivant l'accident. Ce médecin a en outre indiqué que l'assurée suivait un traitement physiothérapeutique pour maintenir la balance musculaire et tonifier les fessiers.

Dans un rapport du 3 mars 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au B.\_\_\_\_\_, a estimé qu'il fallait s'attendre à des séquelles à long terme, à savoir une persistance des douleurs dans le pli inguinal et un risque de développement d'arthrose post-traumatique au niveau de la hanche droite.

Lors d'un entretien avec M.\_\_\_\_\_ le 30 novembre 2015, l'assurée a expliqué, s'agissant de son cahier des charges, qu'elle se tenait debout derrière son stand toute la journée, qu'elle présentait et vendait le produit pour lequel elle était en mission. Elle a précisé qu'elle

travaillait dans les centres commerciaux et les grands magasins principalement.

**B.** M. \_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise médicale qui a été confiée au Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a examiné l'assurée le 29 avril 2016 et rendu son rapport le 24 mai suivant. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a notamment observé les éléments suivants :

« (...)

Antécédents personnels :

La patiente n'a jamais eu d'hospitalisation, ni d'opération, autres que celles décrites ci-dessous.

(...)

Anamnèse socio-professionnelle :

Grâce à ces divers employeurs, elle arrive à effectuer normalement un 100 % d'activité, lui permettant de vivre correctement.

A noter que la plupart de ces promotions de produits doivent s'effectuer debout toute la journée, à piétiner sur place pendant 8 1/2 - 9 heures.

(...)

Anamnèse actuelle :

(...)

Dans le rapport de consultation ambulatoire du 22.01.2015 du Dr Q. \_\_\_\_\_, il est marqué que nous sommes à une année de l'événement. La patiente arrive à travailler 70 %. Elle a l'impression d'un rallongement d'environ 1 cm suite à la fracture. Radiologiquement, il n'y a pas de signe de nécrose. Par contre, l'offset est clairement diminué. La hanche droite présente un déficit en abduction. Le traitement proposé est la poursuite de la physiothérapie associée à une talonnette de 1.5 cm qu'elle porte au travail.

(...)

Dans un courrier du 06.01.2016, le Prof. T. \_\_\_\_\_ signale qu'il a revu la patiente en date du 30.11.2015, à deux ans d'une ostéosynthèse pour fracture du col fémoral Garden I par un vissage en triangulation. Anamnestiquement, l'évolution est strictement superposable au dernier contrôle, à savoir que la patiente rapporte une sensation de gêne plus que de véritables douleurs. Elle ne prend des antalgiques que de manière occasionnelle.

(...)

Dans un courrier du 16.03.2015 adressé au médecin traitant, le Dr T. \_\_\_\_\_ note qu'il a revu la patiente en date du 09.03.2015 en raison du fait qu'après avoir été améliorée pendant quelques mois, elle présente de nouveau des douleurs invalidantes au niveau du pli inguinal à droite. (...) Radiologiquement, présence d'une coxa valga bilatérale, majorée du côté droit par l'ostéosynthèse en triangulation réalisée. Pas de signe de coxarthrose ni de signe d'ostéonécrose. En conclusion, bien qu'il n'y ait aucun signe radiologique d'ostéonécrose, on ne peut l'éliminer de manière formelle. Le fait

qu'il y a eu une période où la patiente était presque asymptomatique, avec une recrudescence douloureuse par la suite, était compatible avec une ostéonécrose dans ce contexte de fracture du col fémoral intra-capsulaire. En conséquence, il a proposé à la patiente de procéder dans un premier temps à la dépose des 3 vis, puis à la réalisation d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] afin de s'assurer de la viabilité de la tête fémorale. En l'absence de nécrose, il pourrait discuter ultérieurement de la réalisation d'une ostéotomie fémorale de varisation, afin de corriger la coxa valga. Le Dr T.\_\_\_\_\_ termine la lettre en signalant que les informations nécessaires à la patiente lui ont été apportées. Il lui a bien précisé qu'il n'y a pas de caractère d'urgence et lui a demandé de prendre le temps de la réflexion.

En conséquence, depuis une année la patiente n'a pas véritablement de traitement, autre que des AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien] (Irfen 800 retard) et antalgiques mineurs (Dafalgan 1 g) en réserve. Elle ne s'est pas décidée pour une opération quelconque.

(...)

#### Diagnostic(s) :

- Status après fracture du col fémoral droit, de type Garden II Pawels I, sur chute en date du 04.12.2013.
- Status après ostéosynthèse in situ par 3 vis de cette fracture du col fémoral, en date du 05.12.2013.
- Consolidation acquise, sans signe manifeste d'ostéonécrose significative ni trouble dégénératif majeur, à l'exception d'un léger pincement débutant coxo-fémoral postérieur droit.
- Douleurs résiduelles d'origine multifactorielle au niveau de la hanche droite (pseudo-différence de longueur 25 mm sur valgus augmenté post-fracture, médialisation fémorale et surcharge professionnelle).
- Surcharge fémoro-patellaire bilatérale plus marquée à droite sur modification de l'axe des MI [membres inférieurs], lié à la valgisation de la hanche sus-jacente, mais également à une raideur de la chaîne musculaire postérieure constitutionnelle et à une surcharge professionnelle.

#### **DISCUSSION**

(...)

Compte tenu qu'on est actuellement à 2 ½ ans de l'événement traumatique, la situation actuelle est quasiment stabilisée. Pour le moment, il ne semble pas y avoir de signe d'ostéonécrose manifeste, même si on ne peut exclure une petite atteinte dans la région du ligament rond, mais qui n'a pas évolué depuis le départ. Ceci cependant n'exclut pas encore totalement le risque de survenue d'une telle complication tardive, car même si ce dernier est diminué compte tenu qu'on a passé les 2 premières années, il n'est encore pas nul, car jusqu'à 5 ans voire même plus tardivement, ceci peut apparaître.

Les plaintes de la patiente actuellement ne sont pas encore suffisamment importantes pour lui proposer une telle chirurgie, qui est très invasive et qui a des suites longues, associé au fait qu'on ne pourra pas lui donner une garantie de résultat nettement meilleur qu'actuellement.

Par contre, l'idée du Prof. T.\_\_\_\_\_ d'ôter seulement les 3 vis, puis d'effectuer une IRM me paraît tout à fait correcte. Cela permettra de

s'assurer qu'il n'y a toujours pas de nécrose et qu'il n'y en a pas eu de significative. En même temps, cela permettra dans les années à venir de surveiller l'évolution de cette hanche, car en raison de la non réduction, il y a un risque de voir apparaître une coxarthrose secondaire, surtout postérieure. De plus, si une prothèse totale doit être un jour posée, il est toujours mieux qu'il n'y ait pas de matériel d'ostéosynthèse en place, ce dernier pouvant être contaminé et pouvant contaminer la prothèse lorsque cette dernière est posée.

En dehors de ces traitements et dans l'immédiat, je pense que la patiente pourrait bénéficier de quelques séances d'ergothérapie, par exemple à la clinique [...] puisqu'elle habite tout près, pour essayer de lui apprendre à mieux gérer sa posture en position verticale et éviter les douleurs qu'elle ressent dans son activité professionnelle ou en tout cas les diminuer. Cela peut se faire par un lit plantaire de type étrier calcanéen et surtout de l'hygiène postural et gestuelle et de l'entraînement aux positions de travail.

Même si ce traitement aboutit est efficace en diminuant les plaintes, il est clair que son travail de promotion de produits pour diverses sociétés n'est pas adapté. La patiente doit passer presque toute sa journée debout à piétiner sur place, car en principe elle n'a pas le droit de s'asseoir, même par intermittence, sauf dans certaines activités particulières.

D'essayer d'améliorer cela en demandant à ses employeurs l'autorisation d'avoir un tabouret de bar ne va probablement pas régler le problème, car cela risque de lui faire perdre des mandats et comme elle fonctionne sur appel, risque d'entraîner une perte salariale importante.

En conséquence et comme elle est loin de la retraite, on doit sérieusement se poser la question de discuter avec l'assurance-invalidité, d'un reclassement professionnel.

Ce dernier devrait avoir lieu en position semi-assise, sans port de charges supérieur à 15-20 kg de manière répétitive et sans déplacement trop fréquent sur des sols irréguliers et/ou des pentes, voire des escaliers. Si la patiente reste dans son activité professionnelle actuelle, une incapacité de 20 % me paraît tout à fait correcte, car cela lui permet d'avoir un jour de repos dans la semaine et d'éviter d'effectuer trop de jours consécutifs, qui lui augmentent ses douleurs. C'est pourquoi médicalement, ceci est tout à fait justifié.

Par contre, dans une position semi-assise, sans port de charge de manière répétitive et sans déplacement trop fréquent sur des sols irréguliers ou des pentes, une pleine capacité de travail est exigible. Cela correspond à tous les emplois de bureau, tous les travaux à l'établi, certaines activités de réceptionniste et également certaines activités dans la vente. (...).

Sur le plan de l'IPAI, compte tenu que la patiente a une légère limitation de la mobilité dans tous les plans, avec quelques douleurs résiduelles et des petits signes de pincement fémoro-acétabulaire postérieur, en l'état actuel selon les tables 2 et 5 de la SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents], cela représente 5%. Concernant l'avenir, si une ostéonécrose se développe et/ou que la coxarthrose augmente finissant par aboutir à une PTH [prothèse totale de hanche], cette IPAI risque d'augmenter au moins jusqu'à 20 %, voire 40 %, selon la table 5 de la SUVA. Cependant,

ceci n'est pas totalement prévisible ce jour et devra éventuellement faire l'objet d'une révision le moment venu, si nécessaire.

## **REPONSES AUX QUESTIONS**

(...)

- 5. Veuillez nous dire, en motivant chaque réponse, pour chacun des diagnostics relevés sous le chiffre « 4 » s'il est en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 4.12.2013 en fonction des termes suivants :**
- non
  - possible (< de 50 %)
  - vraisemblable (> de 50 %)
  - certain (100 %)

Le seul diagnostic, qui entre en ligne de compte, est celui d'un status après fracture du col fémoral droit de type Garden II Pawels I, entraînant des douleurs résiduelles, sur léger pincement fémoro-acétabulaire postérieur, séquelle de valgus et surtout médialisation du fémur. Ceci est en relation de causalité naturelle certaine avec l'événement du 04.12.2013.

(...)

- 8. Capacité de travail : Comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 04.12.2013 ?**
- 8.1. Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assurée est-elle apte à exercer son activité habituelle, dans un poste à 100 % ?**

Compte tenu des séquelles de la hanche droite, la patiente n'est pas à même de rester debout toute la journée, à piétiner sur place et ceci de manière continue sur une longue période. Ceci induit en théorie une baisse de rendement d'au moins 20 %, comme cela est le cas actuellement.

Vu le type de travail, cette baisse de rendement ne peut pas avoir lieu durant la journée lors d'activité professionnelle, en conséquence, elle doit être considérée comme un jour de repos supplémentaire, pour lui permettre d'éviter des périodes continues supérieures à 3-4 jours de suite.

- 8.1.1. Des limitations, en raison des séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré(e) ?**

Oui.

- 8.1.2. Le cas échéant quelles sont-elles ?**

La différence de longueur des membres inférieurs, plus la médialisation du fémur et les légers troubles dégénératifs débutants fémoro-cotyloïdiens postérieurs, induisent un fonctionnement coxo-fémoral incorrect, avec légère insuffisance du moyen fessier. Ceci limite donc les possibilités d'une activité se passant essentiellement debout à piétiner sur place.

- 8.1.3. Au vu des limitations, dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assurée pourrait-elle exercer une autre activité, par exemple une activité assise ou légère (base : activité à 100 %) ?**

Si la patiente pouvait exercer une activité semi-assise, sans port de charges de plus de 10-15 kg de manière répétitive, sans déplacement sur des terrains irréguliers et/ou des pentes ou des escaliers de manière trop répétitive, son rendement pourrait être considéré complet. Ceci correspond à tous les travaux de bureau, d'établi ou certaines activités de vendeuse (cf. discussion).

## **9. Traitement médical**

### **9.1. Si l'état de santé n'est pas stabilisé :**

#### **9.1.1. Un traitement économique et adéquat susceptible d'apporter une amélioration sensible de la capacité de travail est-il justifié ? Dans l'affirmative, lequel et dans quelle mesure ?**

Le seul traitement conservateur utile actuellement me paraît être quelques séances d'ergothérapie, pour essayer d'apprendre à la patiente à gérer son handicap résiduel dans son activité professionnelle. Le but est de vérifier ses stratégies d'appui et de lui montrer les possibilités de variation, pour retarder le plus possible les douleurs lorsqu'elle est longtemps en position debout. On peut aussi discuter de modifier les lits plantaires actuels, qui sont une simple surélévation, par des étriers calcanéens un peu plus stables.

En dehors de cela, il faut prévoir l'ablation des 3 vis au niveau de la hanche droite, dans le but de pouvoir mieux surveiller cette articulation et de vérifier si nécessaire l'apparition d'une ostéonécrose secondaire versus d'une coxarthrose.

Par contre, je ne pense pas qu'une ostéotomie de variation +/- légère antéflexion se justifie réellement. Les plaintes actuelles me semblent trop modérées pour prendre un tel risque opératoire. En effet, il n'y a aucune garantie que cette nouvelle opération ne va pas précipiter une ostéonécrose secondaire et surtout véritablement l'améliorer dans son activité professionnelle. Le risque me paraît trop important par rapport aux garanties de résultat.

Par contre, au long cours, en fonction de l'évolution de cette hanche vers une ostéonécrose et/ou une coxarthrose, peut se poser la question de devoir implanter une prothèse totale de hanche.

Concernant la survenue de cette complication tardive, il est impossible d'être plus précis en l'état actuel, quant à la date d'apparition et les conséquences réelles qui vont en découler.

(...)

#### **9.1.3. Quel est votre pronostic concernant l'amélioration à attendre tant au niveau de l'état de santé que de la capacité de travail ?**

L'ergothérapie peut diminuer une partie des plaintes durant son activité professionnelle, mais ne changera pas fondamentalement sa capacité de travail, dans son activité habituelle.

Il est en de même de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, qui est plus à envisager dans le but de suivre l'évolution de cette hanche et d'anticiper les complications tardives, que d'améliorer réellement l'état actuel. A moyen-long terme, le pronostic de cette articulation reste réservé, car une ostéonécrose n'est pas encore totalement exclue et à plus long terme les risques d'une arthrose sont nettement plus importants que du côté opposé.

**9.2. Si l'état de santé est stabilisé (Questions finales au sens de l'art. 21 c) et d) dans les cas où il subsiste une incapacité de travail permanente)**

**9.2.1. Quelle est la date de la fin du traitement médical (ou depuis quand ne peut-on plus espérer d'amélioration sensible de la capacité de travail par la poursuite du traitement) ?**

Cf. réponse à la question 9.1.1.

En l'état actuel, la situation n'est pas encore tout à fait stabilisée, puisqu'à mon avis il y a encore quelques traitements à envisager, mais logiquement l'ergothérapie devrait se terminer d'ici l'été 2016 et l'ablation du matériel se faire encore cette année.

Ceci implique qu'après cela, on pourra considérer que l'état est momentanément stabilisé, tout en rappelant qu'il y a un risque de complication tardive, comme déjà décrit ci-dessus.  
(...). »

Le 13 juillet 2016, M.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle adressait une copie du rapport d'expertise à son médecin traitant, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en la priant de bien vouloir discuter des propositions de traitement formulées par l'expert avec ses médecins. M.\_\_\_\_\_ a repris le versement des indemnités journalières basées sur un taux d'incapacité de travail de 20 %. L'assurée n'a donné aucune suite à ce courrier.

**C.** Par décision du 26 avril 2017, M.\_\_\_\_\_, considérant l'état de santé de l'assurée stabilisé, a mis un terme au versement des indemnités journalières et des frais médicaux avec effet au 30 avril 2017, faute de droit à une rente d'invalidité de la part de l'assureur-accidents. M.\_\_\_\_\_ a en revanche octroyé une IPAI de 5 %, soit 6'300 francs. Dans sa décision, M.\_\_\_\_\_ a attiré l'attention de l'assurée sur le fait qu'en cas de rechute ou de séquelles tardives, l'assurée était tenue de l'en informer immédiatement.

Les 2 et 24 mai 2017, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision. Elle a fait valoir qu'elle présentait des douleurs persistantes en lien avec sa fracture et qu'elle n'était pas capable de travailler à 100 %, même dans une activité adaptée, estimant ainsi avoir

droit à une rente d'invalidité. Elle a également contesté le taux de 5 % retenu par M.\_\_\_\_\_ à titre d'IPAI.

Par décision sur opposition du 3 juillet 2017, M.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 26 avril 2017. M.\_\_\_\_\_ a notamment estimé que la situation médicale de l'assurée devait être considérée comme stabilisée, de sorte que la prise en charge d'éventuels traitements futurs ne lui incombait plus, sous réserve d'un cas de rechute. A cet égard, M.\_\_\_\_\_ a précisé qu'elle reconnaissait d'ores et déjà la prise en charge d'une éventuelle complication tardive nécessitant une prothèse totale de la hanche. Elle a en outre retenu un taux de 5 % pour l'IPAI fixé sur la base du gain annuel assuré à l'époque de l'accident à savoir 126'000 francs.

**D.** Par acte du 27 juillet 2017, C.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition rendue le 3 juillet 2017 par M.\_\_\_\_\_ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation. Elle conteste la fin de la prise en charge de son traitement médical et la fin du versement des indemnités journalières, dans la mesure où les douleurs ressenties ne lui permettent pas de reprendre son activité professionnelle à un taux de 100 %. Elle revendique ainsi l'octroi d'une rente d'invalidité de la part de l'assureur-accidents. La recourante reproche également le taux de 5 % retenu par l'intimée à titre d'IPAI. Sur ce point, elle requiert une révision du taux de calcul, qu'elle souhaiterait voir augmenté à 10 %. Elle sollicite en outre l'octroi d'une rente, dans la mesure où elle n'est pas en mesure de reprendre son activité professionnelle à un taux de 100 %.

Par réponse du 5 septembre 2017, l'intimée, anciennement représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève, s'est déterminée en concluant au rejet du recours.

Par réplique du 20 novembre 2017, la recourante, désormais représentée par Me Samir Djaziri, avocat à Genève, a conclu, avec suite de frais et dépens, préalablement à ce qu'un complément d'expertise soit

ordonné, principalement à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité, à l'octroi d'une IPAI de 50'400 fr., et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante fait valoir en particulier que le risque d'une ostéonécrose n'était pas exclu selon l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ et les rapports médicaux versés au dossier. S'agissant de la rente, la recourante fait valoir qu'un abattement d'au moins 20 % aurait dû être appliqué sur le salaire statistique pour tenir compte du fait qu'elle ne dispose d'aucune formation professionnelle et qu'elle n'exerçait pas une activité à plein temps avant son accident, ce qui porterait le taux d'invalidité à 17,3 %. Elle conteste également le taux de l'IPAI retenu, dès lors qu'il y a lieu de tenir compte du raccourcissement de plus de deux centimètres équivalant à une atteinte de 10 %, à laquelle s'ajoute une arthrose fémoro-patellaire ou fémoro-tibiale équivalant à une atteinte d'environ 10 %. Le cumul représente ainsi une IPAI de 20 %, soit 25'200 francs. Dès lors que sa situation semble s'être péjorée avec l'apparition d'une ostéonécrose, une IPAI de 40 % se justifie, soit 50'400 francs. Elle produit en annexe à son écriture ce qui suit :

La recourante produit en annexe à sa réplique un rapport du 15 novembre 2017 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que chef de clinique du service d'orthopédie et traumatologie du B.\_\_\_\_\_, aux termes duquel ce médecin a observé que l'assurée conservait des douleurs et des séquelles liées à sa fracture du col du fémur droit pour laquelle une ostéonécrose post-traumatique n'avait pas été exclue, ce qui pourrait d'ailleurs expliquer les douleurs. Ce médecin a encore ajouté que s'il devait y avoir une ostéonécrose, celle-ci pourrait être secondaire au traumatisme de la recourante et ainsi rouvrir son dossier accident.

La recourante a également produit en annexe à sa réplique un rapport du 17 novembre 2017 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin a observé que l'évolution de l'état de santé de la recourante durant ces dernières années avait été fluctuante, avec des douleurs d'intensité variable, de très légères jusqu'à des douleurs invalidantes au

niveau de la hanche droite, et des plaintes aggravées par la position debout prolongée inhérente à l'activité professionnelle. Selon la Dresse K.\_\_\_\_\_, la douleur de la hanche est toujours présente, s'aggravant en position debout prolongée ou à la montée des escaliers. La prise des antidouleurs s'accompagne d'une aggravation des troubles digestifs supérieurs, notamment gastriques, les médicaments sont de moins en moins efficaces et les effets secondaires de plus en plus lourds avec diminution significative de sa capacité professionnelle, familiale et sociale.

Par duplique du 4 décembre 2017, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la requête de la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, puis au rejet du recours. Elle relève notamment que les avis médicaux postérieurs à l'expertise évoquent une simple suspicion d'ostéonécrose qui n'est pas documentée et ne repose sur aucun élément objectivement vérifiable. En outre, les éventuels problèmes de santé annoncés en cours de procédure sont postérieurs à la décision et n'entrent pas dans le cadre du litige.

Le 30 avril 2018, la recourante a avancé ne pas avoir de nouveaux documents médicaux à produire, ni d'observations complémentaires à formuler.

### **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 sociale ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

Ainsi, il y a lieu de tenir compte des rapports des 15 et 17 novembre 2017 respectivement des Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans le cas d'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la recourante a le droit à des prestations de la part de M. \_\_\_\_\_ au-delà du 30 avril 2017, plus particulièrement si la recourante a le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI plus élevée.

**3. a)** En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGa).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**c)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le

cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**4. a)** L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1<sup>re</sup> phrase, LPGA).

**b)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). 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, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA *a contrario*), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. 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 (RAMA 2005 n° U 557 p. 388).

**c)** Selon 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. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (TF 8C\_102312008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 et la référence citée).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées).

L'art. 18 al. 1 LAA précise que le taux d'invalidité minimum ouvrant le droit à une rente est de 10 %, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

L'invalidité se définit comme 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 un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point

de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

**d)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 arrêt du 2 novembre 2010 consid. 2).

**e)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202], une 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

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 précité consid. 5.2 avec les références citées).

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) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). 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 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 de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage ; l'indemnité totale ne peut toutefois dépasser le montant maximum du gain annuel assuré (art 36 al. 3 OLAA). Les différents taux résultant de ces atteintes doivent être additionnés puis leur total est éventuellement pondéré, dans une appréciation d'ensemble, au regard des autres taux d'atteintes figurant dans les barèmes (RAMA 1998 U 296 p. 235 [spéc. p. 236]).

Il convient de rappeler qu'il y a lieu, lors du calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de tenir équitablement compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité dans la mesure où la survenance d'aggravations est vraisemblable et leur importance quantifiable (art. 36 al. 4 1<sup>ère</sup> phrase OLAA ; TF U 322/06 du 16 octobre 2006, consid. 5 ; RAMA 1998, p. 602, consid. 3b). L'indemnité n'est pas sujette à révision selon l'art. 22 LAA. En cas d'aggravation non prévisible, la personne assurée a toujours la possibilité d'annoncer le cas sous la forme d'une rechute ou de suites tardives qui pourront, le cas échéant, justifier le versement d'une indemnité complémentaire (ATF 127 V 456 consid. 4 ; TF 8C\_219/2018 consid. 4.3. du 5 juillet 2018).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats

convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6.** En l'espèce, on relève que l'intimée a reconnu à la recourante le droit à des indemnités journalières pour le status après fracture du col fémoral droit survenue le 4 décembre 2013. Il y a lieu de considérer que l'existence d'une atteinte à la santé au sens des dispositions légales précitées et le lien de causalité entre l'atteinte et cet événement accidentel ne sont pas contestés.

**a)** A titre liminaire, il sied de déterminer si l'état de santé de la recourante est stabilisé comme le soutient l'intimée.

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la notion de « sensible amélioration » se réfère à la possibilité d'augmenter ou de rétablir la capacité de travail de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il découle de ce qui précède que les mesures thérapeutiques qui ne soulagent que momentanément la symptomatologie douloureuse découlant d'une atteinte permanente à la santé ne rentrent pas dans le cadre de l'art. 10 LAA (TF 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.2 ; U 244/04 du 20 mai 2005).

A l'examen du dossier, on constate que les diagnostics retenus par les différents médecins intervenus dans la présente cause sont largement superposables. En effet, ils s'entendent à dire que la recourante a subi une fracture du col fémoral droit provoquant une différence de longueur des membres inférieurs, une médialisation du fémur, des troubles dégénératifs fémoro-cotyloïdiens postérieurs avec un fonctionnement coxo-fémoral incorrect et légère insuffisance du muscle

moyen fessier (cf. rapport d'expertise du 24 mai 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_ et rapport du 17 novembre 2017 de la Dresse K.\_\_\_\_\_). Il y a également un consensus sur le fait que la recourante présente un risque de développer une ostéonécrose et qu'elle dispose d'une capacité de travail tout au plus partielle dans son activité professionnelle.

En l'occurrence, l'intimée a mis fin à ses prestations d'assurance au 30 avril 2017 par décision du 26 avril 2017. Pour prendre sa décision, l'intimée s'est fondée exclusivement sur l'appréciation du 24 mai 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 24 mai 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté que la situation de la recourante n'était pas encore tout à fait stabilisée, qu'il ne semblait pas y avoir de signe d'ostéonécrose manifeste, même s'il ne pouvait pas exclure une petite atteinte dans la région du ligament rond et que le risque d'une telle complication n'était pas totalement exclu. Il a en conséquence préconisé l'ablation des trois vis au niveau de la hanche droite, puis d'effectuer une IRM dans le but de pouvoir mieux surveiller cette articulation et de vérifier si nécessaire l'apparition d'une ostéonécrose secondaire versus d'une coxarthrose. Concernant la survenue de cette complication tardive, le Dr G.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il était impossible d'être précis quant à la date d'apparition et les conséquences réelles qui pouvaient en découler. A cet égard, il a tout de même relevé que jusqu'à cinq ans voire même plus tardivement, ceci pouvait apparaître. Il a également retenu qu'il y avait encore des traitements à envisager, tels que l'ergothérapie. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a alors retenu qu'après cela l'état de la recourante pouvait être considéré momentanément stabilisé, tout en rappelant qu'un risque de complication tardive restait existant.

On constate ainsi qu'au moment de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, ce médecin ne considérait pas que l'état de santé de la recourante était stabilisé, contrairement à ce que prétend l'intimée. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a uniquement relevé que la situation de l'intéressée pouvait être considérée comme momentanément stabilisée après la réalisation

des traitements. Or, il ne précise pas de date et se cantonne à anticiper sur un état de santé qui est apparemment évolutif.

Les autres médecins intervenus dans la présente cause ont également relevé le risque de développer une ostéonécrose dans les suites de l'accident (cf. rapports respectivement des Drs D.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, et K.\_\_\_\_\_, des 19 août 2014, 15 et 17 novembre 2017).

Dès lors qu'aucun médecin n'a considéré que l'état de santé de la recourante était stabilisé, c'est à tort que l'intimée l'a retenu comme tel.

**b)** En outre, les plaintes de l'intéressée n'ont pas disparu et encore dans le courant de l'année 2017, la Dresse K.\_\_\_\_\_ observait que la recourante ressentait des douleurs s'aggravant en position debout prolongée ou à la montée des escaliers.

A presque cinq ans après l'accident, il est légitime de solliciter un nouvel examen médical. En effet, l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ date de l'année 2016 et aucune IRM ou autres examens techniques n'ont été réalisés depuis, alors que plusieurs médecins intervenus dans le dossier de la recourante l'ont suggéré afin d'investiguer l'existence d'une ostéonécrose.

Certes, l'intimée a proposé de réévaluer le dossier si ces complications devaient se réaliser. Toutefois, il faut avoir à l'esprit que si on temporise et que ces complications viennent à survenir plusieurs années après, il existe un risque de ne plus pouvoir distinguer entre l'évolution défavorable de la fracture du col fémoral droit survenu le 4 décembre 2013 et l'évolution naturelle liée à l'âge de la recourante, si bien qu'un examen médical est nécessaire avant de pouvoir statuer sur la stabilisation de l'état de santé de la recourante.

**c)** En l'occurrence, au vu des lacunes de l'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se

justifie donc d'ordonner le renvoi de 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 (art. 43 LPGA). Il incombera à l'intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction jugées opportunes auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical au sens de l'art. 44 LPGA.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction sur le plan médical dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Voyant son recours admis avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée. Il convient de fixer l'indemnité de dépens à 3'500 fr. compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 27 juillet 2017 par C.\_\_\_\_\_ est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 3 juillet 2017 par M.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause étant renvoyée à M.\_\_\_\_\_ pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**III.** M. \_\_\_\_\_ versera à C. \_\_\_\_\_ le montant de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

**IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Samir Djaziri (pour C. \_\_\_\_\_), à Genève,
- Me Michel d'Alessandri (pour M. \_\_\_\_\_), à Genève,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :