

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2019

Composition : M. MÉTRAL, président

MM. Neu et Piguet, juges

Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

E._____, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 18 et 24 LAA.

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1966, sans formation professionnelle, travaillait comme employée de cuisine auprès de la Fondation V. _____ depuis 1996, à un taux de 100 %. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'E. _____ (ci-après : E. _____ ou l'intimée).

Le 2 septembre 2012, l'assurée a chuté à vélo et s'est réceptionnée sur le genou gauche, entraînant une rupture complète du ligament croisé antérieur. Un important œdème compatible avec une contusion osseuse des plateaux tibiaux interne et externe était également constaté, de même qu'une petite fracture non déplacée de la partie postérieure du plateau tibial interne (cf. rapport du 25 septembre 2012 du Dr L. _____, radiologue, consécutif à une imagerie par résonance magnétique du genou gauche réalisée le 21 septembre 2012).

L'assurée a subi une plastie du ligament croisé antérieur par arthroscopie le 6 février 2013 puis, le 14 mars 2014, une nouvelle arthroscopie avec toilette de la plastie du ligament croisé antérieur, plastie de la Notch et ablation de la vis d'encrage tibial (cf. protocoles opératoires des 6 février 2013 et 14 mars 2014 du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux O. _____). Les gonalgies ont persisté.

Depuis l'accident, l'assurée a présenté des incapacités de travail variant de 100 % à 30 %. Après l'intervention du 14 mars 2014, elle a repris le travail à 50 % le 12 mai 2014.

E. _____ a pris en charge les suites de l'accident et alloué des indemnités journalières. Elle a confié au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le soin de réaliser une expertise. Dans un rapport du 7 août 2014, le Dr H. _____ a notamment posé le diagnostic de gonalgies persistantes à gauche. Il a

constaté que la capacité de travail était limitée à 50 % dans l'activité professionnelle habituelle. Elle était entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité sédentaire ou semi-sédentaire, principalement assise, permettant d'éviter de se mettre à genou ou en position accroupie, de monter ou descendre à répétition des escaliers ou des pentes. De courts déplacements à plat étaient possibles. Le spécialiste a en outre retenu que ni le statu quo sine, ni le statu quo ante n'avaient été retrouvés. Le pronostic n'était pas favorable, des douleurs chroniques étant à craindre. A la question de savoir s'il existait une atteinte à l'intégrité, il a répondu ce qui suit :

« Selon l'annexe 3 de l'OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] et les tables de la SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, CNA], il n'y a pas eu d'atteinte durable et importante à l'intégrité corporelle à déplorer suite à l'événement en cause. Le genou gauche a une mobilité de 130-0-0 et elle n'a pas de phénomènes d'instabilité ».

Le 28 octobre 2014, E._____ a informé l'assurée qu'elle mettrait fin aux indemnités journalières au 31 mars 2015, pour lui laisser le temps de s'orienter vers un poste de travail adapté. E._____ a précisé qu'elle statuerait ultérieurement sur l'octroi d'une éventuelle rente d'invalidité transitoire, pour autant que les prestations dues par l'assurance-invalidité n'aient pas encore été déterminées.

A la suite du dépôt par l'assurée d'une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), celui-ci lui a alloué des mesures d'ordre professionnel, sous la forme d'un stage dès le mois d'avril 2015. Il s'agissait d'un emploi de bureau, soit l'archivage de documents au T._____, qui permettait l'alternance des positions assises et debout, sans port de charges lourdes. L'assurée y a travaillé initialement à un taux d'activité de 50 %. Il était prévu qu'elle augmente progressivement ce taux à 100 %, mais en pratique, elle ne l'a pas fait au-delà de 60 %, le Dr S._____ ayant attesté une incapacité de travail de 40 %. Selon ce spécialiste, le taux de 60 % était à la limite des capacités physiques de sa patiente (cf. courrier du 12 mai 2016 du Dr S._____ à l'OAI).

Le 22 juillet 2015, E. _____ a informé l'assurée qu'au vu de la mise en place d'un stage et du versement d'indemnités journalières par l'assurance-invalidité, elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité transitoire de la part d'E. _____.

Le 1^{er} avril 2016, l'assurée a subi une excision d'un granulome d'os et de fibre synthétique au bord interne de la tubérosité antérieure du tibia gauche, après plastie du ligament croisé antérieur. Elle a présenté une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 9 mai 2016, puis de 40 % (cf. rapport du 12 mai 2016 du Dr S. _____).

La mesure de reclassement de l'assurance-invalidité a pris fin le 30 avril 2016.

Dès le 1^{er} mai 2016, la Dresse M. _____, psychiatre traitante de l'assurée, a attesté une incapacité de travail totale (cf. certificats médicaux successifs établis entre le 6 mai et le 28 juillet 2016).

Par courrier électronique du 11 juillet 2016, l'employeur a communiqué à E. _____ que dès le 1^{er} avril 2015, le taux contractuel d'activité de l'assurée avait été réduit à 50 %. Son salaire était de 2'384 fr. à 50 %, soit 4'768 fr. à 100 %, versé treize fois l'an. Au cours d'un entretien téléphonique du même jour, l'employeur a informé E. _____ que le salaire de l'assurée était plafonné depuis longtemps au vu de la durée des rapports de travail. E. _____ ayant relevé que le gain annuel était inférieur à celui annoncé en 2012, l'employeur a répondu qu'en 2012, l'intéressée avait certainement été défrayée pour des heures faites le week-end ou les jours fériés (cf. note téléphonique du 11 juillet 2016 d'E. _____).

Selon un document intitulé « évaluation du taux d'invalidité » établi par E. _____ le 14 juillet 2016, le salaire de l'assurée en 2012 s'élevait à 63'127 francs.

L'OAI a mandaté les Drs D._____, psychiatre, et R._____, rhumatologue, pour une expertise bi-disciplinaire, lesquels ont examiné l'assurée le 19 octobre, respectivement le 9 décembre 2016. Dans un rapport du 14 novembre 2016, le Dr D._____ a relevé que l'assurée consultait la Dresse M._____ à raison d'un à trois entretiens par mois depuis le 30 septembre 2014. La psychiatre avait répondu aux questions de l'expert dans un courrier du 21 octobre 2016, en indiquant qu'elle avait diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, mais que ce trouble était en amélioration et n'entraînait plus de limitation fonctionnelle. Le Dr D._____ a partagé cette appréciation, considérant que l'assurée présentait un trouble anxieux et dépressif mixte léger secondaire à la douleur, sans influence sur la capacité de travail. Le Dr R._____ a pour sa part établi son rapport le 16 décembre 2016 après, notamment, un entretien bidisciplinaire avec le Dr D._____. Il a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de status post-contusion osseuse et minime fracture non déplacée de la partie postérieure du plateau tibial interne le 2 septembre 2012, ainsi que de gonalgies persistantes chronifiées, avec des douleurs insertionnelles de la Patte d'Oie et des status post-plastie du ligament croisé antérieur pour rupture post-traumatique le 10 [recte : 6] février 2013, post-arthroscopie du genou gauche avec toilette de plastie du ligament croisé antérieur et plastie de la Notch le 14 mars 2014, et post-excision d'un granulome en regard de l'insertion de la Patte d'Oie le 1^{er} avril 2016. Les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur, de cervicobrachialgies et lombalgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie, ainsi que de status post-cure d'hallux valgus bilatéral en 2004, n'avaient quant à eux aucune répercussion sur la capacité de travail. Le Dr R._____ a constaté, d'un point de vue rhumatologique, une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, avec diminution des mouvements en porte-à-faux et une limitation du port de charge de plus de 10 kg. Il convenait également de limiter les mouvements de genuflexion répétitifs et la marche en terrain accidenté, en lien avec un léger déconditionnement musculaire du

membre inférieur gauche. Pour le surplus, le Dr R. _____ a fait état de ce qui suit :

« 2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé :

Du point de vue objectif, on note la présence de gonalgies G [gauches] sans signes méniscaux ou tendineux et sans signe d'instabilité. On note surtout des douleurs à la palpation de l'insertion de la Patte d'Oie. Il est sec et calme. Il n'y a pas de signe d'épanchement. On note également un syndrome cervicobrachial et lombovertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen des différents groupes articulaires est par ailleurs rassurant. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique.

L'examen des épaules est également dans les normes, il n'y a pas de signe de conflit ou de tendinopathie. L'examen frappe cependant par la présence de 18/18 points d'insertion douloureuse faisant évoquer la présence d'un syndrome fibromyalgique avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Les douleurs du genou faisant partie d'un point d'insertion douloureux. [...]

3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique...):

La diminution des capacités fonctionnelles dues à la santé réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique surtout au niveau du genou gauche. En effet, le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout l'impotence fonctionnelle qui en découle. [...]

4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur :

Les motifs d'exclusions sont : les douleurs du genou G devenues chroniques ainsi que la présence de douleurs poly- et péri-articulaires imputables à un syndrome fibromyalgique faisant état d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Leurs ampleurs sont estimées à 90 % de la symptomatologie douloureuse. [...]

Les ressources personnelles dont dispose l'assurée sont relativement bonnes. Cependant, au vu de la chronicisation et de l'extension en tâche d'huile de la symptomatologie douloureuse, le pronostic est péjoré. »

Dans un avis du 14 février 2017, les Drs B. _____ et Q. _____, médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), se sont ralliés à l'appréciation du Dr R. _____ relative à une capacité résiduelle de travail de l'assurée de 90 % dans une activité adaptée, en raison d'une amyotrophie du membre inférieur gauche et de

la chronicisation des douleurs. Le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI a alors procédé, le 3 mai 2017, à l'évaluation du taux d'invalidité par comparaison de revenus. S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, il s'est fondé sur un revenu de 63'126 fr. tel que déclaré par l'employeur en 2013, et l'a indexé à 2014, pour aboutir à 63'378 fr. 50. Il a par ailleurs fixé à 48'413 fr. 70 le revenu que l'assurée pourrait réaliser dans une activité adaptée, en se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2014. Ce chiffre tenait compte d'une déduction de 10 % du revenu statistique pour prendre en considération les limitations fonctionnelles constatées ainsi que « [les] années de service ». Il était fondé sur une capacité de travail de 100 %, alors que le document du Service de réadaptation mentionnait une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, permettant d'éviter les marches prolongées en terrain accidenté, les montées et descentes régulières d'escaliers, les accroupissements, genuflexions et soulèvement de charges supérieures à 8 kg. Selon le Service de réadaptation, la comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 23,61 %.

Dans l'intervalle, E. _____ a demandé à son médecin-conseil, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de répondre à plusieurs questions sur la base du dossier. Le 30 mars 2017, le Dr J. _____ s'est déterminé comme suit :

« 1. Quelles sont les limitations fonctionnelles en lien de causalité vraisemblable avec l'accident nous concernant ?

Les limitations sont la marche en terrain irrégulier, sur des échelles, sur des plans inclinés, avec ou sans charge, les activités sur terrain plat, avec port de charge systématique, déambulation systématique.

2. Ces limitations se sont-elles modifiées/péjorées depuis l'expertise du Dr H. _____ ?

Non, il n'y a pas eu de changement.

3. Dans l'affirmative, de quelle manière ?

Si l'on reprend l'expertise exhaustive du Dr R. _____, rhumatologue, il apparaît qu'elle présente beaucoup de plaintes qui ne sont pas corrélées avec le status clinique. Le Dr R. _____ a posé une importante divergence entre les symptômes décrits, l'examen clinique et les examens paracliniques, le comportement de la personne tant lors de l'examen que dans les activités professionnelles, ménagères anamnestiques.

4. A la fin des mesures AI (30.04.16) existe-t-il une péjoration de l'état de santé en ce qui concerne exclusivement les suites de l'accident du 02.09.12 ?

Non, le cas est parfaitement stabilisé. Il y a eu l'ablation du granulome le 01.04.2016 par le Dr S._____, dont l'évolution a été favorable. On peut donc dire que le 30.04.2016 le cas est parfaitement stabilisé. Il n'y a pas de changement entre cette période et l'expertise du Dr R._____ qui a été faite le 16.12.2016.

Sur le plan thérapeutique, du Dafalgan pourrait être nécessaire à la demande, de même qu'éventuellement, une cure annuelle de 9 séances de physiothérapie peut être envisagée.

[...]

6. En tenant compte exclusivement des suites de l'accident, existe-t-il une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée ?

Non, dans le cadre d'une activité adaptée, la capacité de travail est totale.

Il n'y a pas eu de changement, les plaintes et le status sont les mêmes dans l'expertise du Dr H._____ que dans l'expertise du Dr R._____ concernant le genou. Il y a par contre des douleurs polyarticulaires et péri-articulaires qui sont clairement imputables à un syndrome fibromyalgique, faisant état d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il y a également des cervico-brachialgies et des lombalgies chroniques sans signe radiculaire et/ou irritatif.

Concernant la diminution de 10 % faite par le Dr R._____, cette éventuelle diminution de 10 % est en relation avec les diagnostics sans rapport avec l'événement, soit les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique et le diagnostic de cervico-brachialgies et lombalgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sans signe de discopathie.

7. Existe-t-il une diminution de rendement dans une activité adaptée ?

Non.

[...]

10. En tenant compte d'une aggravation prévisible, existe-t-il un droit à une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] ?

Non, pas pour l'instant mais réservée comme tout genou opéré à terme, 20 % d'AIC [atteinte à l'intégrité corporelle] pour dégradation future et arthrose future. »

Par décision du 4 avril 2017, E._____ a mis fin à la prise en charge du traitement médical avec effet au 30 avril 2016, hormis pour neuf séances de physiothérapie par année et du Dafalgan. Elle a nié le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a retenu que sans atteinte à la santé d'origine accidentelle, l'assurée aurait perçu un revenu annuel de 64'827 fr. 90 (revenu de 63'127 fr. en 2012, indexé à 2016). Celle-ci disposait encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et pourrait réaliser, selon l'ESS (niveau de qualification 2), un revenu annuel de 60'735 fr. 90. Cette activité devait permettre d'éviter la marche en terrain irrégulier, sur des échelles, sur des plans inclinés, sur un terrain plat avec port de charge systématique ou une déambulation systématique. La comparaison de ces revenus aboutissait à

un degré d'invalidité inférieur à 10 %, et ainsi à une absence de perte économique au sens de la loi sur l'assurance-accidents.

Par courrier du 1^{er} mai 2017, complété le 24 mai 2017, l'assurée s'est opposée à cette décision, en contestant notamment la capacité de travail retenue. Elle a également fait valoir que son revenu d'invalidité devait se fonder sur des activités simples et répétitives selon les données statistiques (niveau de qualification 1) et qu'il y avait lieu de procéder à un abattement.

Par décision sur opposition du 4 septembre 2017, E._____ a partiellement admis l'opposition et a alloué une rente fondée sur un taux d'invalidité de 15 %, dès le 1^{er} mai 2016 (cf. nouvelle décision du 14 septembre 2017). Pour fixer le revenu que l'assurée pouvait réaliser avec l'atteinte à la santé, elle s'est référée à l'ESS 2014, en admettant qu'il convenait de prendre en considération le salaire statistique pour des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1), dans la mesure où l'assurée ne disposait que d'une expérience dans son ancien travail d'aide de cuisine, qu'elle avait exercé depuis vingt ans pour le même employeur. E._____ a refusé de procéder à une déduction pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge ou du fait qu'elle avait précédemment effectué pendant vingt ans la même activité professionnelle auprès du même employeur. Elle a ainsi retenu un revenu de 54'919 fr. 20, indexé à 2016, compte tenu d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La comparaison de ce revenu avec celui réalisable sans atteinte à la santé de 64'827 fr. 90 aboutissait à un taux d'invalidité de 15 %. E._____ a par ailleurs maintenu son refus d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

B. Par acte du 9 octobre 2017, G._____, désormais représentée par Procap, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 35 %. Elle a soutenu qu'il fallait tenir compte d'une capacité de travail limitée à 90 % dans une activité adaptée, telle que retenue par le Dr R._____, et d'une déduction

de 15 % supplémentaire du revenu d'invalidé calculé sur la base de l'ESS. Cet abattement était justifié pour prendre en considération ses limitations fonctionnelles, son âge et le fait qu'elle avait été au service du même employeur pendant plus de vingt ans. Le revenu d'invalidé s'élevait ainsi à 42'005 fr. 55. La comparaison avec le revenu de valide de 64'827 fr. 90 mettait en évidence une perte économique correspondant à un degré d'invalidité de 35 %. La recourante a également conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 20 %, au vu de l'appréciation du Dr J._____. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

Dans sa réponse du 25 janvier 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a affirmé que le Dr R._____ avait retenu des facteurs étrangers à l'accident pour fixer la capacité de travail à 90 % seulement. En outre, les éléments dont se prévalait la recourante ne permettaient pas de justifier un abattement sur le revenu statistique. Enfin, le Dr J._____ avait expressément refusé une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

Par réplique du 19 mars 2018, la recourante a maintenu sa position. Elle a fait valoir que le Dr R._____ n'avait pas pris en compte des facteurs étrangers à l'accident.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le taux de la rente allouée à la recourante à compter du 1^{er} mai 2016, ainsi que sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. a) Les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Constitue un accident au sens de cette disposition 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).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 in initio LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, 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.

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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 l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Le droit aux prestations suppose encore qu'un lien de causalité adéquate soit établi entre l'événement dommageable de caractère 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, 129 V 402 consid. 2.2).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté que les seules atteintes à la santé dont l'intimée doit prendre en charge les suites sont les séquelles de l'accident du 2 septembre 2012 au genou gauche de la recourante.

Le rapport du Dr R._____ établit que seule une partie des gonalgies gauches persistantes chronifiées, avec des douleurs insertionnelles de la Patte d'Oie, est imputable à l'accident. Il explique que l'assurée présente par ailleurs, notamment, une sensibilité accrue à la douleur en raison d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent

fibromyalgique, avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur. Ce syndrome et ses conséquences ne sont pas à la charge de l'intimée, ce que l'assurée ne fait au demeurant pas valoir.

6. L'intimée se fonde sur l'expertise du Dr H.____ et l'avis de son médecin-conseil, le Dr J.____, pour constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La recourante se réfère pour sa part à l'avis du Dr R.____, lequel retient une capacité résiduelle de travail de 90 % dans une telle activité.

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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

b) En l'espèce, le Dr R. _____ a établi son rapport d'expertise du 16 décembre 2016 en pleine connaissance de l'anamnèse. Il a également détaillé les plaintes de l'assurée et les a prises en considération dans son appréciation. Son rapport contient en outre une description et une appréciation claires de la situation médicale. Il est non seulement plus développé que celui du 7 août 2014 du Dr H. _____, mais également plus récent. Contrairement à ce dernier, le Dr R. _____ a pu tenir compte de l'ablation d'un granulome d'os et de fibre synthétique effectuée en avril 2016. Par ailleurs, il a établi son rapport sur la base d'un examen bi-disciplinaire, ce qui permettait davantage à l'expert de faire la part des choses entre les douleurs liées à une surcharge psychique ou à un syndrome polyinsertionnel et celles qui résultent effectivement des atteintes au genou d'origine accidentelle. Il a ainsi retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux de status post-contusion osseuse et minime fracture non déplacée de la partie postérieure du plateau tibial interne le 2 septembre 2012, de gonalgies persistantes chronifiées, avec des douleurs insertionnelles de la Patte d'Oie et de status post-plastie du ligament croisé antérieur pour rupture post-traumatique le 6 février 2013, de status post-arthroscopie du genou gauche avec toilettage de plastie du ligament croisé antérieur et plastie de la Notch le 14 mars 2014, et de status post-excision d'un granulome en regard de l'insertion de la Patte d'Oie le 1^{er} avril 2016. Il a constaté une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, soit avec une limitation des mouvements en porte-à-faux, du port de charge de plus de 10 kg, des mouvements de genuflexion répétitifs et de la marche en terrain accidenté.

Le rapport du Dr J._____, qui répond de manière laconique aux questions posées par E._____, sans avoir procédé à un examen clinique, ne permet pas de s'écarter des constatations du Dr R._____. Contrairement à ce qu'affirment le Dr J._____ et l'intimée, le Dr R._____ a uniquement pris en considération les atteintes et la part des douleurs qu'il estimait séquellaires à l'accident pour fixer une capacité résiduelle de travail de 90 %. L'amyotrophie du membre inférieur gauche, relevée par les Drs B._____ et Q._____ comme l'un des éléments justifiant la diminution de 10 % de la capacité de travail retenue par le Dr R._____, fait partie de ces séquelles. L'intimée soutient à tort que l'ablation du granulome d'os et de fibre synthétique est un facteur étranger à l'accident. Par ailleurs, le Dr R._____ a expressément précisé que les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, ainsi que de cervicobrachialgies et lombalgies chroniques, n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Au final, il y a lieu de se rallier à l'appréciation du Dr R._____ et considérer que la recourante présente une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, ce en lien avec l'accident assuré.

7. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressée.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 LPG). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les

références citées, 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

En l'espèce, il convient de procéder à une comparaison de revenus pour l'année 2016.

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1, 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) En l'occurrence, on doit prendre en considération un revenu hypothétique sans invalidité de 63'127 fr., correspondant à celui réalisé par l'assurée en 2012 selon le document « évaluation du taux d'invalidité » établi par l'intimée. Ce revenu correspond d'ailleurs, à un franc près, à celui pris en compte par l'OAI dans son propre calcul et fondé sur les renseignements communiqués par l'ancien employeur de la recourante pour l'année 2013 (cf. calcul du Service de réadaptation de l'OAI du 3 mai 2017). Contrairement à ce qu'a retenu E._____, il n'y a pas lieu d'adapter ce montant à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2016. En effet, l'employeur a précisé à l'intimée, le 11 juillet 2016, que le salaire de la recourante était plafonné depuis longtemps au vu de la durée des rapports de travail, de sorte qu'il n'évoluait plus.

c) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiée

tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3, 126 V 75).

bb) En l'espèce, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, son revenu avec invalidité doit être déterminé sur la base des données de l'ESS. On peut se référer à l'ESS 2016, qui donne des renseignements sur la situation prévalant effectivement en 2016. Quand bien même l'intimée n'avait peut-être pas ces données à disposition lorsqu'elle a statué, elles correspondent à la réalité, alors qu'une adaptation des chiffres de l'ESS 2014 à l'évolution des salaires nominaux entre 2014 et 2016 est nettement plus approximative. Le salaire mensuel brut retenu par l'ESS 2016 pour les femmes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé s'élève à 4'363 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2016, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2016, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 4'548 fr. 45 par mois (4'363 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 54'581 fr. 15 par année.

La recourante s'étant vue reconnaître une capacité de travail de 90 %, ce revenu doit être réduit à 49'123 francs.

Il n'y a pas lieu d'admettre la déduction de 15 % demandée par l'assurée. On observera dans ce contexte que la diminution de la capacité de travail de 10 % attestée par le Dr R._____ prend déjà suffisamment en considération les limitations fonctionnelles de l'assurée. Les autres circonstances alléguées ne suffisent pas, à elles seules, à justifier un abattement. Il sied toutefois de relever que si aucune limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait été admise, une déduction globale de l'ordre de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée, en relation également avec le nombre d'années de service qu'elle avait effectué pour le même employeur avant la survenance de l'atteinte à la santé, entrerait sérieusement en considération.

d) La comparaison des revenus sans invalidité (63'127 fr.) et avec invalidité (49'123 fr.) aboutit à un degré d'invalidité de 22.18 %, arrondi à 22 %. La recourante a par conséquent droit à une rente d'invalidité de 22 %. Le début de la rente a été correctement fixé au 1^{er} mai 2016 (cf. art. 19 al. 1 LAA).

8. Il reste encore à examiner le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) 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. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29

consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure 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 et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_566/2017 précité, loc. cit.).

b) En l'espèce, le Dr H._____ a répondu à la question de savoir s'il existait une atteinte à l'intégrité en expliquant que « selon l'annexe 3 de l'OLAA et les tables de la CNA, il n'y [avait] pas eu d'atteinte durable et importante à l'intégrité corporelle à déplorer des suites de l'événement en cause ». Il a ajouté que le genou gauche avait une mobilité de 130-0-0 et qu'il n'y avait pas de phénomènes d'instabilité. Cette réponse est trop laconique pour permettre de statuer. Elle est à peine motivée et ne dit pas à quelle table de la CNA elle se réfère. Elle ne précise pas non plus si une aggravation prévisible sous forme d'arthrose est envisagée - mais niée - ou si le spécialiste s'est limité à évaluer la situation précisément au moment de l'expertise.

Pour sa part, le Dr J._____ n'a jamais examiné l'assurée et reprend manifestement l'avis du Dr H._____, en envisageant toutefois une péjoration future. A la question « en tenant compte d'une aggravation prévisible, existe-il un droit à une IPAI ? », il répond, tout aussi brièvement que son confrère, « non, pas pour l'instant mais réservée comme tout genou opéré à terme, 20 % d'AIC pour dégradation future et arthrose future ». Le Dr J._____ estime-t-il que la dégradation future surviendra de manière vraisemblablement prépondérante, sous la forme d'une arthrose entraînant une atteinte à l'intégrité de 20 %, ou est-il au contraire

d'avis qu'une telle atteinte est envisageable, mais à ce stade pas suffisamment probable pour pouvoir être tenue pour établie ? Sa réponse ne permet pas de le déterminer clairement. Quoiqu'il en soit, il ne pouvait pas, sans examen clinique et sans avoir eu à disposition le dossier radiographique de l'assurée, se prononcer de manière valable sur cette question. Les éléments au dossier ne sont donc pas suffisants pour permettre à la Cour de statuer en toute connaissance de cause sur le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans ces circonstances, il se justifie 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 selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'elle complète l'instruction sur ce point par une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Il incombera ensuite à l'intimée de statuer à nouveau sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

9. **a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 22 % à compter du 1^{er} mai 2016. Dite décision doit être annulée en ce qu'elle porte sur le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sur ce point, la cause est renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

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

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr., portés à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 4 septembre 2017 par E._____ est réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 22 % à compter du 1^{er} mai 2016.

- III. La décision sur opposition rendue le 4 septembre 2017 par E._____ est annulée en ce qu'elle porte sur le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

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

- V. E._____ versera à G._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour G._____)
- Me Didier Elsig (pour E._____)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :