

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 avril 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Louis Duc, avocat à
Château-d'Oex,

et

M._____, à Dübendorf (ZH), intimée.

Art. 4 et 61 let. c LPGA ; 6, 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 et 4 OLAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 12 décembre 1995 comme enseignante pour le compte de l' [...]. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de [...] SA (anciennement [...]), dont le partenaire pour la prise en charge des prestations de longue durée est M._____ (ci-après : M._____ ou l'intimée). Après avoir dispensé vingt périodes d'enseignement par semaine, elle était passée, depuis le 1^{er} août 2009, à vingt-et-une périodes hebdomadaires (soit une activité à 84 %).

Le 1^{er} octobre 2009, l'assurée a été victime d'une chute à vélo (dérapage sur du gravier) et s'est blessée au genou gauche.

Le 8 octobre 2009, elle a subi une intervention chirurgicale sous la forme d'une réduction ouverte et d'une ostéosynthèse d'une fracture bi-tubérosaite du plateau tibial gauche. [...] a pris le cas en charge.

Le 9 mars 2011, l'assurée a fait l'objet d'une nouvelle intervention (ablation du matériel d'ostéosynthèse [AMO]).

En raison d'une évolution défavorable, avec persistance d'une incongruence articulaire et des signes dégénératifs, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé la mise en place d'une prothèse du genou (rapport du 22 décembre 2011). Cette intervention (arthroplastie totale du genou gauche) a eu lieu le 14 août 2012, et a été prise en charge par l'assureur-accidents.

Interpellé sur les suites du geste chirurgical pratiqué à la mi-août 2012, le Dr R._____ a indiqué qu'au vu du contexte favorable, l'assurée était en mesure d'exercer son activité d'enseignante moyennant

toutefois un maximum de périodes sédentaires pour assurer une reprise immédiate au taux maximal. Ce médecin a constaté un arrêt de travail à 100 % depuis le 13 août 2012, une reprise à 50 % le 14 novembre 2012, à 75 % le 11 février 2013, puis à 100 % le 6 juillet 2013 (rapports des 31 mai et 7 août 2013).

De son côté, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté une totale incapacité de travail de l'intéressée du 21 décembre 2013 au 17 janvier 2014, de 50 % du 18 janvier au 20 mars 2014, puis à nouveau de 100 % du 21 mars au 30 novembre 2014 (certificats médicaux établis sur la période du 17 décembre 2013 au 30 octobre 2014).

Le 25 août 2014, l'assurée a démissionné de son poste d'enseignante de l'[...], avec effet au 30 novembre 2014, exposant que « des problèmes de santé » l'avaient « amené[e] à être en arrêt de travail depuis le 20 mars 2014 ».

Après avoir requis l'avis de son médecin-conseil (évaluation du 5 mai 2014 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et obtenu des renseignements complémentaires auprès du Dr R._____ (rapport du 6 juillet 2015), M._____ a, par décision du 21 juillet 2015, alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, tout en indiquant que les conditions pour l'octroi « d'autres prestations en espèces » n'étaient pas remplies en l'absence d'une nouvelle incapacité de travail ou d'une limitation durable de la capacité de gain résultant de l'événement du 1^{er} octobre 2009.

A l'appui de son opposition formée les 14 et 31 août 2015 contre cette décision, l'assurée a soulevé un certain nombre de critiques à l'encontre de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité évaluée à 20 %, et de l'incapacité de travail, respectivement la limitation de la capacité de gain, jugée nulle suite à l'accident d'octobre 2009.

Invité à expliquer les motifs pour lesquels il avait fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à un taux de 20 %, le Dr L. _____ a exposé ce qui suit aux termes d'un avis du 5 octobre 2015 :

Dans le dossier cité en référence, quel est votre avis médical, notamment suite à l'opposition de l'assurée et de l'avis médical du Dr R. _____ du 6 juillet 2015 (cas stabilisé ? Capacité physique d'effectuer son ancienne activité ? Nécessité d'une expertise ? Autres éléments ?).

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

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

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

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

Après avoir offert à l'assurée la faculté de s'exprimer, M. _____ a, par décision du 16 juin 2016, rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 21 juillet 2015, en tant qu'elle lui allouait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

B. Par acte du 11 juillet 2016, l'assurée a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La Cour de céans a, par arrêt du 6 janvier 2017 (CASSO AA 83/16 - 2/2017), admis le recours et annulé la décision sur opposition rendue le 16 juin 2016 par M. _____ en lui renvoyant la cause pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. En substance, le tribunal a estimé que l'opposition de l'assurée concernait également le refus de lui allouer d'autres prestations en espèces que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, notamment une rente, de sorte que cette question devait être examinée par l'assureur et que pour ce motif déjà, il se justifiait d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer la cause à M. _____ afin qu'elle statue également sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. S'agissant de l'indemnité pour

atteinte à l'intégrité, la Cour a constaté que l'appréciation de l'assureur reposait sur des principes erronés.

C. Reprenant l'instruction du cas, M._____ a confié au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expert certifié SIM (Swiss Insurance Medicine), le soin de procéder à une expertise orthopédique. Dans son rapport déposé le 21 juin 2017, l'expert a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de fracture comminutive type Schatzker IV du genou gauche, avec ostéosynthèse, et de prothèse totale du genou gauche pour ankylose douloureuse de ce genou. A la rubrique « Appréciation du cas et diagnostics » de son rapport, il a indiqué ce qui suit :

[...]

Rééducation intensive postopératoire afin de récupérer la flexion du genou gauche. L'évolution est globalement satisfaisante dans ce contexte, avec une bonne récupération de la mobilité puisqu'en date de l'expertise je constate une mobilité à pratiquement 120° pour un discret récurvatum de 5° à gauche, mesuré à 15° à droite. Le tracking rotulien est satisfaisant, la prothèse est stable dans le plan frontal, sagittal et rotatoire.

Il y a clairement une asymétrie rotatoire du squelette jambier avec une torsion tibiale externe aux environs de 115° à droite pour 100° à gauche, se traduisant par une marche avec un angle du pas à 0° voire quelque degré de rotation interne à gauche, pour 15° occasionnellement 20° à droite.

Il y a une bonne trophicité musculaire crurale et jambière même s'il existe clairement une importante amyotrophie résiduelle à gauche. A noter que l'assurée est très musclée au niveau de sa cuisse à droite.

L'assurée se déplace relativement aisément et rapidement dans le cabinet de consultation, dans le couloir en ligne droit[e] et lors des changements de direction. Se relève également aisément de la position assise.

A près de cinq ans de la mise en place de la prothèse totale du genou gauche, le bilan radiologique montre une prothèse correctement implantée, un interligne très discrètement oblique en charge, sans retentissement clinique et radiologique avec une absence de liseré péri-prothétique particulièrement au niveau tibial où était la fracture.

Il s'agit donc d'une excellente évolution sur le plan clinique et radiologique.

L'assuré[e] déclare une marche au-delà de 2h impossible en raison des douleurs et des difficultés lors de la marche dans les escaliers et une impossibilité à courir.

Il s'agit d'un résultat tout à fait normal d'une prothèse de genou. Je rappellerai[s] que si dans environ 90-95% des cas, le résultat prothétique du genou n'entraîne qu'exceptionnellement un genou oublié en raison d'une restriction de la flexion qui au mieux est aux environs des 120° et entraîne fréquemment des douleurs résiduelles antérieures dues à l'appareil extenseur limitant parfois le périmètre de la marche à plat mais de manière plus marquée en terrains déclives et dans les escaliers.

Chez Madame P. _____ on constate une légère dissymétrie rotatoire qui perturbe légèrement la marche et le déroulement du pas.

Il s'agit toutefois d'un bon résultat s'agissant d'un contexte post-traumatique qui a entraîné un dysmorphisme épiphysaire tibial et une perturbation du système ligamentaire.

Vis-à-vis de l'AIC [atteinte à l'intégrité corporelle], me référant aux tabelles SUVA LAA, le cas pouvant être considéré comme parfaitement stabilisé à une année de la mise en place de la prothèse totale du genou gauche, la rente AIC peut être fixée. Je rappellerais que la rente LAA est indépendante de l'âge, du sexe et de la profession effectuée.

En date de l'expertise, je constate une prothèse totale du genou avec un bon résultat fonctionnel. Il ne s'agit ni d'une résection, ni d'une arthrodeuse, ni d'une endoprothèse avec un mauvais résultat. Selon la tablelle 5.2 il s'agit donc d'une AIC équivalente à 20%.

Sur le plan de la capacité de travail, dans une activité adaptée, c'est-à-dire assise et semi-assise, avec port de charges occasionnel au maximum de 5kg, avec possibilité de se lever et de s'asseoir, de ne pas rester dans des positions identiques prolongées, la capacité de travail peut être fixée à 100%, mais avec une diminution du rendement liée à la gêne fonctionnelle aux déplacements.

Cette gêne fonctionnelle est modérée, et peut être estimée à 30 minutes par jour au sein de son activité professionnelle, 30 minutes correspondant à 2h30 par semaine, soit une capacité de travail pouvant être fixée à 40h par semaine. 40 heures sur 42 heures 30 minutes correspondent à une capacité de travail de 94%, soit une diminution de rendement de 6% correspondant à la gêne fonctionnelle sur le lieu de travail dans son activité d'enseignante.

En annexe, figurait notamment un rapport du 11 mai 2017 adressé à l'expert par le Dr Q. _____, dont on extrait ce qui suit :

Voici quelques éléments de réponse à votre courrier daté du 21 avril 2017.

Du 29 avril au 28 juin 2013, les arrêts de travail que je lui ai remis sont en lien avec une pneumonie et ses suites compliquées.

Son orthopédiste, selon les dires de Madame P._____, lui a délivré un certificat d'incapacité de travail à 50% jusqu'à fin juin 2013 en raison du traumatisme de son genou.

Du 4 octobre au 11 octobre 2013, l'incapacité de travail est en lien avec une exacerbation des douleurs du genou gauche traumatisé.

Du 13 novembre 2013 au 30 novembre 2014, l'incapacité de travail est en lien avec une surcharge accumulée dès la reprise du travail à 100% (de son contrat à 80%) à fin juin 2013. L'accident et le handicap fonctionnel de son genou ne lui ont plus permis d'utiliser ses « ressources de décompression » qui étaient, jusqu'à l'accident, la pratique régulière d'activités sportives et de marches dans la nature. A noter une période à 50% (de son 80%) du 18 janvier au 20 mars 2014 qui a péjoré la situation et nécessité une incapacité de travail entière depuis lors.

Pour conclure, il me semble important de préciser qu'à ce jour, cet accident a toujours un impact significatif sur l'existence de Madame P._____, tant sur le plan physique que psychique : ses gonalgies nécessitent plus de repos et une adaptation significative de ses activités quotidiennes avec les conséquences mentionnées ci-dessus.

Après avoir requis l'avis de son médecin-conseil (évaluation du 26 juin 2017 du Dr L._____), M._____ l'a communiqué, avec l'expertise précitée, à l'assurée. Au vu des critiques formulées par le conseil de cette dernière (courrier du 13 juillet 2017 de Me Jean-Louis Duc), M._____ a adressé un questionnaire complémentaire au Dr N._____ qui a répondu comme suit (complément d'expertise du 2 août 2017) :

Question 1 : L'estimation de la diminution de rendement de 6% correspond[ant] à la gêne fonctionnelle sur le lieu de travail tient-elle compte des particularités d'une activité d'enseignante qui n'est pas sédentaire et qui [ne s']exerce pas principalement en position assise ?

Il ne m'est pas possible de préciser plus la baisse de rendement si je n'ai pas un cahier des charges précis, explicite, et justifiant les périodes debout et assises. Dans une activité d'enseignante standard de mathématiques et de sciences, activité essentiellement sédentaire, la capacité de travail peut être considérée comme normale, sous réserve de la gêne fonctionnelle que j'avais définie soit une diminution de rendement de 30 minutes par jour.

Question 2 : Quel était le degré de gravité de l'arthrose avant l'implant ?

Sur la base des éléments précités j'estimerai l'AIC avant mise en place de l'implant à 15% selon les tables de la SUVA s'agissant d'une arthrose fémoro-tibiale d'importance moyenne à grave, soit entre le maximum de l'arthrose moyenne de 15% et le minimum de l'arthrose grave également 15%.

Concernant la fixation de l'atteinte à l'intégrité avant la mise en place de la prothèse il s'agit sur le plan médical d'une aberration ne tenant pas compte des mauvais résultats potentiels possibles d'une prothèse totale de genou classique après gonarthrose secondaire telle qu'infection, insuffisance majeure de l'appareil extenseur, laxité, etc., pouvant préjudicier le résultat fonctionnel et l'AIC.

Je rappellerais que c'est le médecin qui fixe l'AIC et non pas les services administratifs et que l'AIC doit être fixée lorsque le cas est stabilisé.

Avant l'intervention chirurgicale le cas n'est donc pas stabilisé puisqu'un geste opératoire va être effectué, geste opératoire dont on ne peut préjuger le résultat.

Question 3 : Maintenez-vous la perte d'intégrité estimée à 20% ? Veuillez argumenter l'état sur lequel le taux a été fixé ?

En date de l'expertise le cas est stabilisé et l'AIC est fixée à 20% (prothèse avec bon résultat) telle que je l'avais estimée dans mon expertise du 21 juin 2017.

Après avoir requis l'avis de son médecin-conseil (évaluation du 28 août 2017 du Dr L. _____), M. _____ a, par décision du 1^{er} septembre 2017, alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 20 %, tout en constatant qu'elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents au regard du taux d'invalidité de 6 % retenu.

Au vu de l'opposition formée le 15 septembre 2017 contre cette décision et la production d'un rapport d'étude ergonomique du poste d'enseignante de l'assurée consécutif à une visite du 9 septembre 2010, M. _____ a interpellé le Dr N. _____, lequel a répondu comme suit (courrier du 23 mars 2018) :

[...]

J'avais estimé une capacité de travail pouvant être fixée à 40h par semaine sur 42h par semaine, soit une diminution de rendement de 6%.

L'assurée ne travaillant en fait que 25h par semaine en plein, elle travaille déjà 25h sur 42h, soit 40% de moins qu'un horaire de travail standard et à donc largement le temps de se mettre dans une position idoine pour reposer son genou.

Après avoir recueilli les critiques de l'assurée sur l'instruction supplémentaire mise en œuvre (courriers des 10 avril et 1^{er} août 2018), M. _____ a, par décision du 23 août 2018, rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 1^{er} septembre 2017.

D. **a)** Par acte du 10 septembre 2018, P. _____, représentée par Me Jean-Louis Duc, a déféré la décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % au moins et à l'octroi d'une rente « que l'intimée devra fixer après avoir procédé à des mesures d'instruction complémentaires au sens des considérants ». En substance, elle estimait que les investigations sur le plan médical étaient lacunaires, dans la mesure où M. _____ n'avait pas tenu compte que sa profession d'enseignante ainsi que toute autre activité n'étaient plus exigibles au regard de ses douleurs persistantes et de son handicap. Elle requérait un complément d'instruction destiné à « revoir tant l'importance de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité que le taux d'invalidité à retenir dans la profession d'enseignante ou dans une autre activité exigible ».

b) Dans sa réponse du 27 septembre 2018, M. _____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

c) Au terme d'un second échange d'écritures des 3 et 16 octobre 2018, les parties ont maintenu leur position respective.

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. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement les taux à la base de ces prestations.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle 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]).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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) 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 LAA). Le

droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à 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, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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. 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier

l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

4. a) En ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité, la recourante conteste le point de vue de l'intimée, en tant que celle-ci se base sur l'évaluation médicale du Dr N._____, selon laquelle, la capacité de travail est totale dans la profession habituelle d'enseignante, avec une diminution de rendement de 6 % (à savoir, trente minutes par jour) liée à la gêne fonctionnelle dans les déplacements. De son côté, la recourante oppose le fait que son handicap et les douleurs dues à l'accident l'ont empêché de poursuivre son activité d'institutrice pour le compte de l'[...]; elle fait grief au Dr N._____ - et par suite au Dr L._____ (médecin-conseil de l'intimée) - de ne pas avoir examiné le caractère exigible de la poursuite de sa profession usuelle, voire d'une autre activité, au regard des exigences propres au poste d'enseignante, notamment l'impossibilité d'en alléger l'horaire (*in casu* trente minutes par jour).

b) Sur le plan médical, il est constant que la recourante présente un tableau clinique caractérisé par une atteinte à son genou gauche. Dans son rapport d'expertise du 21 juin 2017, le Dr N._____ a conclu que la recourante disposait, moyennant une diminution de rendement liée à la gêne fonctionnelle dans le cadre de ses déplacements, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir dans une activité assise ou semi-assise, avec port de charges occasionnel de maximum cinq kilos, avec possibilité de se lever et de s'asseoir, sans

maintien de position prolongée ; il a qualifié l'activité usuelle d'enseignante de compatible avec les limitations fonctionnelles mises en évidence. Cette appréciation est corroborée par le Dr R._____, lequel a, dans un rapport du 31 mai 2013 au directeur de l'établissement où la recourante enseignait, indiqué que « *sur le plan professionnel, à mon avis, Madame P._____ est tout à fait en mesure d'exercer une activité comparable à celle qu'elle avait au préalable [...]* ».

c) Rien au dossier ne permet de remettre en cause ce point de vue sur le plan médical. Certes, le Dr Q._____ a relevé que l'accident avait eu un impact significatif sur l'existence de sa patiente, tant sur le plan physique que psychique, et que les gonalgies nécessitaient plus de repos et une adaptation de ses activités quotidiennes. On ne trouve toutefois dans les explications données par ce médecin aucun élément objectif propre à remettre en cause le caractère exigible de l'activité habituelle d'enseignante.

d) Pour le reste, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas procédé à une comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGA), dès lors que la capacité résiduelle de travail retenue se révèle supérieure au taux auquel la recourante exerçait précédemment son activité professionnelle (taux d'activité de 84 %).

5. a) La recourante reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle elle a droit. Elle prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de « 40 % au moins ».

b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, *in* : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références 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 (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre

part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a).

Pour évaluer l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses, respectivement d'endoprothèses, il convient de se fonder sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise de moyens auxiliaires. Cette règle s'applique même si les prothèses ne sont pas mentionnées au chiffre 1, alinéa 4, de l'annexe 3 à l'OLAA. En effet, selon la jurisprudence, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise dans ces cas à compenser, du moins en partie, l'atteinte physique ou psychique en tant que telle, et non pas les conséquences de celle-ci sur les fonctions de la vie ou le mode de vie en général (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, p. 1001 n. 321 sv. ; TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 7.3 et les références). Selon la table 5 concernant les atteintes résultant d'arthroses avant l'implant, l'arthrose fémoro-tibiale moyenne correspond à une atteinte de 5 % à 15 % (colonne 2) et une arthrose fémoro-tibiale grave à une atteinte de 15 % à 30 % (colonne 3).

c) Pour le genou gauche, le Dr N. _____ a expliqué, dans son courrier du 2 août 2017, que l'atteinte à l'intégrité avant la mise en place de la prothèse s'élevait, s'agissant d'une arthrose fémoro-tibiale d'importance moyenne à grave, à 15 % selon la table 5 des atteintes à l'intégrité selon la LAA, soit entre le maximum de l'arthrose moyenne et le

minimum de l'arthrose grave. Aussi y a-t-il lieu de constater que l'intimée, en allouant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, a indemnisé de façon plus que correcte la recourante pour l'atteinte à son intégrité physique. Compte tenu de l'appréciation médicale claire du Dr N._____, il n'était pas nécessaire d'interpeller le Dr R._____.

d) Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération (TFA U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2).

L'estimation faite dans le cas d'espèce n'exclut donc pas une indemnisation complémentaire si, à l'avenir, l'atteinte venait à s'aggraver de façon importante et durable.

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 23 août 2018 par M._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Louis Duc (pour P._____),
- M._____,

- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :