

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 avril 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, av. à
Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4, 44 et 45 al. 1 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 24 al. 1 LAA ; 36 al. 1

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé à 50 % pour B._____, en qualité de caissière, dès le 4 septembre 2004. A ce titre, elle était assurée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Dans la première moitié de la décennie 1980-1990, l'assurée s'est accidentellement blessée au genou droit. A l'époque, elle n'était pas assurée à titre obligatoire contre les accidents. Le 11 septembre 2013, une prothèse totale de genou lui a été implantée en raison d'une arthrose post-traumatique. Dans l'intervalle, elle avait subi huit opérations du genou droit, notamment une plastie du ligament croisé antérieur et une ostéotomie de valgisation du tibia droit complétée, en mai 2011, par une résection du ménisque interne par arthroscopie (cf. rapport du 28 janvier 2015 de la Dre X._____, spécialiste en rhumatologie ; rapport du 17 juin 2016 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

A la suite de la pose de la prothèse, W._____ a présenté une incapacité de travail de plusieurs mois. Le 20 juillet 2014, alors qu'elle n'avait pas encore repris son activité professionnelle, elle a été griffée par un chat au niveau de son mollet droit, ce qui a provoqué une dermo-hypodermite de son membre inférieur droit et une arthrite septique du genou droit. L'assurée a été hospitalisée du 21 juillet au 7 août 2014 au service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital [...], où elle a subi une ponction intra-articulaire du genou droit et une arthrotomie pour lavage articulaire de la prothèse du genou, avec remplacement du polyéthylène pour sonication (protocoles opératoires des 21 et 30 juillet 2014). La CNA a pris en charge le cas.

Le 12 août 2015, l'ablation de la prothèse de genou, avec mise en place d'un spacer, a été pratiquée en raison d'une récurrence d'arthrose septique. Une nouvelle prothèse a été posée le 7 octobre 2015.

Entre-temps, l'employeur de l'assurée a résilié son contrat de travail avec effet au 31 octobre 2015.

Le 7 décembre 2015, le Dr G. _____ a exposé que des épisodes d'œdèmes contrariaient l'évolution de la rééducation. La capacité de travail ne pourrait pas être évaluée avant un délai de six mois. Dans un rapport du 4 mars 2016, il a fait état d'une évolution favorable, avec une mobilité à 100-0-0. La marche était possible, mais avec des cannes anglaises en raison de la persistance de douleurs péri-rotuliennes.

Par décision du 6 juillet 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assurée trois quarts de rente de l'assurance-invalidité, avec effet dès le 1^{er} octobre 2014. La prestation était fondée sur un taux d'invalidité de 61 %, établi selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assurée à l'exercice d'une activité lucrative était de 50 % (100 % d'invalidité, ramené à 50 % pour tenir compte du fait que cette activité n'aurait été exercée qu'à mi-temps sans atteinte à la santé). Les limitations pour les activités non lucratives étaient fixées à 10,5 % (limitations de 21,5 %, ramenées à 10,5 % pour tenir compte de l'activité lucrative qui aurait été exercée à mi-temps).

Dans un rapport du 2 août 2016, le Dr G. _____ a exposé qu'il avait revu sa patiente le 25 juillet 2016 en raison de douleurs de plus en plus importantes dans la jambe droite. Une scintigraphie osseuse confirmait un descellement de prothèse. La situation ne s'améliorerait pas sans intervention et il convenait d'éviter des dégâts osseux périprothétiques, qui pourraient survenir avec le temps. Après discussion avec ses confrères, et surtout l'assurance par un examen biologique qu'il n'y avait pas d'infection, la décision avait été prise de poser une nouvelle prothèse. L'intervention préconisée a eu lieu le 10 août 2016.

Les douleurs de genou ont persisté par la suite et l'assurée a continué à se déplacer avec des cannes. Elle a séjourné à la L. _____, du 20 juin au 26 juillet 2017. A l'entrée, elle a fait état de douleurs au repos à

1-2/10 pouvant augmenter à 6/10 lors de la physiothérapie. La douleur n'était pas localisable. Elle pouvait prendre tout le genou, irradier au niveau des cuisses et/ou de la cheville. L'assurée était réveillée la nuit par intermittence. Elle marchait avec deux cannes anglaises par peur de la chute, excepté à son domicile, et pouvait monter et descendre les escaliers, mais uniquement avec ses béquilles. La conduite en voiture était limitée à 20 km au maximum. Les activités quotidiennes étaient sédentaires, à la maison. L'assurée décrivait également des lâchages du genou droit avec une instabilité et des crampes aux ischio-jambiers, sans chutes. A l'examen clinique, le membre inférieur droit était augmenté de volume par un lymphœdème remontant de la cheville jusqu'à mi-cuisse. On constatait à la palpation du genou droit un petit épanchement intra-articulaire. L'amplitude était de 90°-0-0° en actif et de 100°-0-5° en passif, à droite, contre 130°-0-15° en passif à gauche. Les épreuves ligamentaires et rotuliennes étaient sans particularité. Sur le plan neurologique, une zone d'hypoesthésie à la piquûre en sous-patellaire, et une zone d'hypoesthésie au froid en regard du tibia allant à la mi-jambe et remontant sur le côté externe du genou, d'une longueur d'une vingtaine de centimètres, était constatée, de même qu'une zone d'allodynie à type de décharges électriques dans le territoire du nerf, augmentée par le frottement et les tapotements. Les tests musculaires étaient symétriques à 5/5, hormis pour le quadriceps droit, coté à M4+. A la sortie, l'évolution était jugée positive, avec notamment un sevrage de cannes en cours (la moitié de la journée, sur terrain plat régulier), une augmentation de l'équilibre et de la force, ainsi qu'une légère diminution des douleurs. L'ergothérapie avait notamment permis une évolution favorable de l'allodynie à la face médiale du genou droit ; une hypoesthésie persistait sous le genou, toutefois sans gêne fonctionnelle. La médication avait été modifiée, avec ajout de Dafalgan et diminution des inter-doses d'Oxynorm de 10 mg 3 x par jour à 5 mg 2 x par jour en réserve ; l'assurée n'en prenait d'ailleurs presque plus à la sortie. Outre ces médicaments, le traitement à la sortie comprenait notamment du Lyrica et de l'oxycontin. La poursuite d'une diminution très progressive des morphiniques était préconisée. Du point de vue des médecins de la L._____, les plaintes et limitations fonctionnelles présentées par l'assurée s'expliquaient

principalement par les lésions objectives constatées. Des facteurs contextuels influençaient toutefois négativement les aptitudes fonctionnelles qu'elle rapportait, à savoir la crainte d'une majoration de la douleur (en nette amélioration en cours de séjour), une catastrophisation, une sous-estimation de ses capacités fonctionnelles et une longue période sans travailler. La participation aux thérapies était qualifiée d'élevée et il n'y avait pas d'incohérences, hormis des résultats moins bon au questionnaire de sortie en dépit d'une nette amélioration clinique. La poursuite de la physiothérapie, trois fois par semaine, était préconisée, avec un sevrage de cannes qui pourrait permettre une amélioration de la qualité de vie de l'assurée. Une stabilisation de l'état de santé pouvait être attendue dans un délai de quatre mois. Des limitations fonctionnelles persisteraient toutefois définitivement pour les positions debout ou assise statiques prolongées, le port de charges légères uniquement, la montée ou la descente d'escaliers, les positions à genoux ou accroupie, ou encore la marche prolongée. Le pronostic de réinsertion était défavorable dans l'ancienne activité professionnelle, en raison des constatations médicales pendant le séjour ; il était en revanche favorable à moyen terme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. A la stabilisation de l'état de santé, « une capacité de travail dans une activité sédentaire essentiellement en position assise devrait pouvoir être retenue » (rapport du 8 août 2017 des Dres R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E._____, médecin généraliste).

Un rapport de la physiothérapeute T._____ était joint à celui décrit ci-avant. Il faisait état notamment d'une capacité de l'assurée à marcher une demi-journée à l'intérieur sans cannes, et trente minutes à l'extérieur sur terrains irréguliers. La marche toute la journée sans moyen auxiliaire était encore difficile en raison de la douleur et d'un déficit d'endurance musculaire. La mobilité active du genou droit était de 100°-0-0° et la mobilité passive de 110°-0-0°. Un rapport d'observation en ateliers professionnels était également annexé et faisait état d'une capacité à maintenir une position debout statique limitée à 10 minutes, et une position assise statique limitée à 20 minutes, après quoi l'assurée devait

bouger (rapport du Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et d'Y._____, maître socio-professionnel).

Le 2 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il maintenait sans changement les trois-quarts de rente dont elle était titulaire.

Le Dr S._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen clinique de l'assurée le 22 janvier 2018. Celle-ci lui a fait part de la persistance de douleurs pénibles et constantes, et du fait qu'elle continuait à utiliser deux cannes anglaises pour se déplacer à l'extérieur pour ne pas tomber. Elle peinait toujours à faire son ménage et préparait une cuisine « simplifiée » pour ne pas avoir à rester trop longtemps debout. Elle conduisait sa voiture sur de courts trajets. Elle prenait quotidiennement 2 x 20 mg d'Oxycontin, 2 à 3 x 10 mg d'Oxynorm et 2 x 50 mg de Lyrica, et poursuivait un traitement de physiothérapie à sec et en piscine trois fois par semaine ; elle faisait en outre du vélo d'appartement. A l'examen clinique, le Dr S._____ retrouvait une patiente en surpoids, un peu sur la réserve, qui marchait sans boiterie, avec une relative aisance. Les membres inférieurs étaient normo-axés, en léger valgus, avec une amyotrophie modérée de la cuisse droite contrastant avec une importante tuméfaction du reste du membre inférieur droit. Le genou droit était calme, nettement plus volumineux que le gauche, mais sans gros épanchement, hyperthermie ni autre signe réactif manifeste. Il restait un peu sensible à la palpation, mais la mobilisation se faisait tout à fait librement. Les téguments étaient de bonne qualité et les parties molles non indurées. L'extension était complète, alors que la flexion dépassait tout juste 90°. Il n'y avait pas de laxité anormale et le quadriceps avait un assez bon tonus, mais manquait de force ; il y avait un défaut d'extension active de quelques degrés lorsqu'on demandait à l'assurée de lever la jambe droite tendue. Il n'y avait pas d'inégalité de longueur des membres inférieurs. Sur le plan radiologique (radiographies du 5 juillet 2017), les éléments prothétiques étaient en place, avec un petit liseré entre le ciment et l'os. Le Dr S._____ ne voyait pas de nécessité au déplacement à l'aide de

cannes anglaises ni à la prise de morphiniques sur le long terme, mais l'assurée déclarait ne pas pouvoir s'en passer. Le médecin d'arrondissement considérait que la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la L._____. Il proposait de constater une atteinte à l'intégrité de 30 % en se référant à la table 5 des atteintes à l'intégrité établie par la CNA, tout en suggérant de réduire à 10 % l'atteinte indemnisée, pour tenir compte de l'état antérieur à l'accident.

Le 31 janvier 2018, la CNA a informé l'assurée du fait qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical le 31 mars 2018 au soir, au motif que son état de santé était stabilisé. Elle statuerait ultérieurement sur le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le 8 février 2018, elle a précisé qu'elle prendrait encore en charge, à l'avenir, les consultations et médicaments prescrits par le Centre [...] du M. _____ ainsi que deux séances hebdomadaires de physiothérapie jusqu'au 31 août 2018, puis une séance hebdomadaire dès le 1^{er} septembre 2018.

Par décision du 19 février 2018, la CNA a alloué à l'assurée une indemnité de 12'600 fr. correspondant à une atteinte à l'intégrité de 10 % (30 %, réduite à 10 % pour tenir compte de l'état antérieur) ; elle a en revanche nié le droit à une rente au motif que l'assurée pouvait encore réaliser un revenu de 52'000 fr. par an au moins, en dépit de son handicap. Cela correspondait au revenu qu'elle aurait pu réaliser sans atteinte à la santé, en travaillant à 100 %, comme caissière pour son ancien employeur. La CNA a établi le revenu qu'elle estimait encore raisonnablement exigible en se référant à cinq descriptions de postes de travail tirées de sa base de données interne (DPT) et qu'elle estimait adaptées aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la L._____.

Par actes des 8 mars et 28 mai 2018, Me Claudio Venturelli, agissant pour l'assurée, a fait opposition à cette décision. Il s'est référé à un rapport établi le 3 mai 2018 par le Dr N._____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, d'après lequel la capacité de travail de l'assurée était « quasi-nulle », quelle que soit l'activité professionnelle. Si toutefois une reprise professionnelle devait être envisagée, elle devrait être sédentaire, éventuellement à domicile, et tenir compte des limitations fonctionnelles déjà décrites par les médecins de la L._____. Il ajoutait que dans une telle activité, l'assurée pourrait travailler à « un taux aux alentours de 25 à 50 % », en précisant que cela devrait être nuancé en fonction de l'activité. Il précisait suivre l'assurée depuis janvier 2017, en remplacement du Dr G._____, parti à la retraite. Depuis le début de sa prise en charge, la situation globale était restée globalement « dans le statu quo », avec une patiente qui présentait toujours des douleurs et des difficultés dans ses déplacements. Ces difficultés persistantes rendaient difficilement envisageable la reprise d'une activité professionnelle, en dépit de l'amélioration observée à la suite d'une rééducation intensive à la L._____. Il avait revu l'assurée les 9 mars, 9 avril et 30 avril 2018, car elle déclarait souffrir d'une augmentation des douleurs en marchant durant le mois de février. Les différentes investigations radiologiques et scintigraphiques n'avaient pas mis en évidence d'indice de descellement de la prothèse ou d'une algoneurodystrophie, mais une augmentation des contraintes au niveau du compartiment interne, tant sur le versant tibial que fémoral, ainsi qu'une amyotrophie de la musculature. Cela pouvait expliquer les douleurs de l'assurée et la nécessité de se déplacer à l'aide de béquilles. Le Dr N._____ a également estimé à 50 à 75 % l'atteinte à l'intégrité et a suggéré qu'une « expertise externe » soit ordonnée.

Entre-temps, la CNA a obtenu, notamment, un rapport médical établi le 9 mars 2018 par le Dr N._____, faisant état d'une augmentation des douleurs de l'assurée ensuite d'un faux mouvement le 24 février 2018, avec un épanchement et une chaleur. A l'examen clinique, il constatait un épanchement intra-articulaire et un genou douloureux à la palpation dans la région du tendon patellaire et sur la surface interne et externe du genou. La cicatrice était hypersensible ; l'amplitude articulaire était complète en extension, de 100° en flexion, avec des douleurs. Un rapport de scintigraphie osseuse du 19 avril 2018 a également été produit.

Il faisait état d'un renforcement de fixation plus particulièrement marqué de l'os en contact avec le bord médial du plateau tibial interne prothétique en rapport avec un aspect sclérosé de la trame osseuse témoignant, en première intention, d'une surcharge avec augmentation des contraintes mécaniques. Une hyperactivité et hyperfixation modérées du bord postéro-interne du condyle fémoral interne témoignaient d'une tendinopathie d'insertion active sur la coque condylienne interne.

Le 30 octobre 2018, le Dr N. _____ a revu l'assurée, qui lui a indiqué avoir réduit sa médication, avec du Lyrica 50, 1 x le matin et 1 x le soir, et de l'Oxycontin 5, 1 x le matin et 1 x le soir. Elle se déplaçait toujours avec deux cannes. A l'examen clinique, le genou était calme, sans épanchement, mais des douleurs assez vives du plan interne (condyle fémoral et plateau tibial), ainsi que des tendons de la patte d'Oie. La mobilité était de 100° en flexion, douloureuse en fin de flexion. La reprise d'une activité professionnelle plutôt sédentaire, permettant l'alternance des positions debout et assise, sans genuflexion, position sur les genoux ni port de charge, paraissant envisageable « à un taux théorique entre 30 et 40 % avec un rendement de l'ordre de 50 à 75 % » (cf. rapport du 30 octobre 2018). Le Dr N. _____ a maintenu cette appréciation à la suite d'un nouvel examen le 9 avril 2019, lors duquel il a constaté pour l'essentiel un statu quo. La patiente lui a toutefois fait part du fait qu'elle avait pu stopper l'Oxycontin, mais continuait à prendre du Lyrica, 1 x le matin et 1 x le soir. Le bilan radiologique du jour montrait une prothèse qui restait en place (rapport du 9 avril 2019).

Le 28 juin 2019, la Dre Z. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin au Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, a pris position sur le dossier et estimé que l'assurée pouvait travailler à 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir semi-sédentaire, sans port de charges ni accroupissement et permettant l'alternance des positions assise et debout, avec des déplacements limités. La nécessité de se déplacer avec des cannes n'était pas explicable par les constatations des différents médecins consultés. En ce qui concernait l'atteinte à

l'intégrité, la Dre Z._____ a proposé de se référer à la table 2 des atteintes à l'intégrité, établie par la CNA (atteintes résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs). Constatant une flexion du genou déjà limitée à 120° avant l'accident assuré - et dont on pouvait admettre qu'elle serait restée stable sans cet accident -, et une flexion désormais limitée à 90°, une atteinte à l'intégrité de 10 % pouvait être constatée sur la base de cette table pour tenir compte de l'aggravation d'origine accidentelle.

Par décision sur opposition du 3 juillet 2019, la CNA a maintenu l'octroi d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 10 % et le refus d'une rente d'invalidité.

B. **a)** Par acte du 3 septembre 2019, W._____, représentée par Me Venturelli, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, en concluant, en substance, à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 10 % lui soient allouées, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a par ailleurs annoncé qu'elle produirait en procédure une expertise privée et a requis la suspension de la cause jusqu'au 31 janvier 2020, le temps qu'elle puisse être établie.

Le 26 septembre 2019, l'intimée a proposé le rejet du recours. Contestant la nécessité d'un complément d'instruction, elle a toutefois déclaré ne pas s'opposer, « par gain de paix », à la suspension de la cause pour permettre à la recourante de produire l'expertise privée annoncée.

Le 4 octobre 2019, le juge en charge de l'instruction de la cause a suspendu la cause jusqu'au 31 janvier 2020. A la demande de la recourante, il a ensuite prolongé la suspension jusqu'au 29 février 2020, puis jusqu'au 27 mars 2020 et, finalement, jusqu'au 5 juin 2020.

b) Le 14 avril 2020, la recourante a produit un rapport d'expertise établi le 7 avril 2020 par le Drs D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et K._____, médecin généraliste, respectivement professeur associé et médecin assistante au Département de [...] du M._____. Ces médecins décrivent comme suit la situation de la recourante au moment de l'expertise :

« Mme W._____ conserve des gonalgies d'allure mécanique, parfois insomniantes en lien avec les changements de position sur le lit, quotidiennes, d'intensité fluctuante entre 2/10 et 8/10 sur l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), qu'elle traite au besoin par du Dafalgan et des anti-inflammatoires non stéroïdiens avec peu de succès. Elle ne parvient pas à maintenir de manière prolongée une position assise et doit changer fréquemment de position, ce que nous objectivons durant cette expertise. Elle se déplace à l'aide de deux cannes anglaises à l'extérieur et arrive à effectuer les escaliers avec des pas alternés sous réserve de la présence des cannes. Les descentes sont mentionnées comme particulièrement pénibles. A domicile, elle utilise une canne et utilise les différents meubles présents comme support.

Les douleurs sont décrites comme étant localisées principalement en regard de la tubérosité tibiale antérieure et de la face latérale du genou, sous forme de « coup de poignard », sans caractère neuropathique anamnesticquement ni irradiation dans le reste de la jambe. Ces dernières sont associées à une impression que « quelque chose bouge dans le genou. »

Sur le plan de la médication, les Drs D._____ et K._____ ont noté que la prise chronique d'opiacés (Oxycodon/Oxynorm) avait pu être stoppée en 2019 après plusieurs années de consommation. Le traitement médicamenteux consistait actuellement en une prise occasionnelle d'antidouleurs (Dafalgan et anti-inflammatoires non stéroïdiens), à laquelle s'ajoutait de la Sertraline 1 x par jour le soir (traitement débuté il y avait plus de 15 ans). A l'examen clinique, ils observaient notamment que la recourante marchait avec une boiterie importante sans cannes. La boiterie se résolvait quasiment complètement lorsqu'elle utilisait ses deux cannes anglaises. Un œdème du membre inférieur droit remontant à mi-mollet était constaté, ainsi qu'une amyotrophie diffuse du membre inférieur droit, qu'ils évaluaient comme probablement sous-estimée dans le contexte d'un status post-plastie du ligament croisé antérieur gauche réalisé quatre mois auparavant. Un petit

épanchement intra-articulaire était constaté au niveau du genou droit et le rabot rotulien était douloureux. Le genou était stable dans le plan sagittal, mais il y avait une laxité interne dans le plan frontal, estimée à 5-10 mm. L'examen radiologique mettait notamment en évidence une ostéolyse autour de l'implant tibial, mais en l'absence de comparatif avec les anciens clichés, qui n'avaient pas pu être consultés, il n'était pas possible de se prononcer sur un éventuel descellement.

Répondant aux questions de Me Venturelli, les Drs D. _____ et K. _____ ont estimé que le status douloureux actuel était probablement d'origine mixte sur status post-multiples interventions chirurgicales, possibles lésions nerveuses, possible nouveau descellement de l'implant tibial et laxité interne de 5-10 mm. Il allait de soi que la stabilité de la prothèse pouvait directement influencer négativement les constatations et, partant, la capacité de travail de la recourante, qui était par ailleurs également affectée par les autres comorbidités (état anxio-dépressif et dorso-lombalgies). Sur le plan strictement somatique, la reprise d'une activité de caissière n'était pas exigible. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 à 60 %, sans montée ni descente d'escaliers, sans port de charges de plus de 5 à 10 kg ni travail en position à genoux ou accroupie, sans marche prolongée, permettant un changement fréquent de position (pas de travail en position assise ou debout statique), avec des pauses régulières une bonne accessibilité du lieu de travail sans usage des transports publics ni longs transports en véhicule privé, et permettant l'usage des cannes anglaises pour les déplacements. L'activité devait être compatible « avec la prise de Sertraline, d'antidouleurs et les gonalgies », qui pouvaient altérer la capacité de concentration de la recourante. Les cannes anglaises étaient nécessaires pour éviter une chute ou une boiterie trop marquée, le genou étant en effet relativement laxé en interne à l'examen clinique et la boiterie disparaissant presque lors de la marche avec des béquilles.

En ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité, les Drs D. _____ et K. _____ estimaient le taux d'atteinte à 40 %, correspondant à une « endoprothèse pour arthrose du genou avec résultats mauvais et laxité

surajoutée ». Ce taux était provisoire, car l'ostéolyse tibiale faisait craindre un nouveau descellement de l'implant, avec pour conséquence une possible nouvelle reprise chirurgicale ; un risque d'évolution négative existait donc.

Au vu de ce rapport d'expertise privée, Me Venturelli a conclu, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision sur opposition litigieuse en ce sens qu'« une demi-rente d'invalidité LAA » soit allouée à la recourante, ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 40 %. Il a également demandé que l'intimée soit condamnée au remboursement des frais d'expertise privée, d'un montant de 5399 fr. 65. A titre subsidiaire, il a requis l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

c) L'intimée s'est déterminée le 18 juin 2020 en maintenant sa proposition de rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, elle a produit une détermination de la Dre Z. _____ du 16 juin 2020.

La recourante a pris position sur cette détermination le 4 septembre 2020 et maintenu ses conclusions.

d) Le 21 janvier 2021, l'OAI a produit son dossier concernant la recourante, à la requête du juge en charge de l'instruction de la cause.

Il en ressort notamment que le Dr P. _____, médecin au Service médical régional (SMR), a estimé dans un avis sur dossier du 5 août 2020 qu'une diminution du temps de travail dans une activité adaptée, de l'ordre de 25 %, était justifiée en raison de l'inconfort et de la mauvaise tolérance des positions statiques ; il convenait également de prendre en considération une limitation de rendement de l'ordre de 25 %, dans une activité adaptée et indépendamment de la durée du travail, en raison de la nécessité d'un fréquent changement de positions. Le Dr P. _____ doutait par ailleurs que l'activité de caissière fût adaptée, mais laissait aux spécialistes en réadaptation le soin de se déterminer sur

ce point. Le 16 décembre 2020, le Dr P._____, après avoir pris connaissance en particulier de nouveaux rapports du Dr N._____, a observé que la suspicion de descellement de la prothèse, notamment évoquée par les Drs D._____ et K._____, n'avait pas été confirmée. Il relevait qu'en janvier 2020, l'extension du genou droit était complète et la flexion limitée à 110°. Il n'y avait pas d'épanchement. Une atrophie musculaire persistait. L'état du genou était stable. L'assurée n'avait plus besoin d'une médication antalgique régulière, hormis du Dafalgan. Elle restait gênée dans les escaliers et utilisait encore deux cannes pour se déplacer. D'autres atteintes à la santé, dont une plastie ligamentaire subie au genou gauche en 2019, n'engendraient pas de limitation supplémentaire par rapport à celles déjà causée par les atteintes au genou droit. Le Dr P._____ proposait finalement de constater l'absence d'amélioration notable de l'état de santé de l'assurée.

e) Informées de la production du dossier de l'OAI, les parties ne se sont plus déterminées.

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 droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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. Selon l'art. 4 LPGa, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) L'art. 36 al. 2 LAA prévoit par ailleurs que les rentes d'invalidité et les indemnités pour atteinte à l'intégrité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

4. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. 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 - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - 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 (art. 19 al. 1 LAA).

La détermination du taux d'invalidité correspond à une comparaison entre le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) et celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

b) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré. Le revenu sans invalidité obtenu par un assuré travaillant à temps partiel au moment de l'accident est pris en compte à raison de 100 % comme s'il avait une occupation à temps complet (ATF 119 V 475 consid. 2).

5. La recourante travaillait comme caissière, à mi-temps, pour le compte de B._____. Dès 2013, elle a présenté une incapacité de travail totale en raison d'atteintes à son genou droit. Ces atteintes, qui ont rendu nécessaire la pose d'une prothèse du genou droit, le 11 septembre 2013, résultaient d'un accident qui n'était pas assuré au titre de l'assurance-accidents obligatoire.

En juillet 2014, alors que la recourante n'avait pas encore repris le travail, une griffure de chat a provoqué une infection qui a rendu nécessaire le changement de la prothèse. L'intimée admet, à juste titre au vu du dossier, que cette griffure était un accident assuré ; elle admet, également à juste titre, que cet accident a laissé des séquelles durables pour lesquelles elle est en principe tenue de prester. Une réduction des prestations au sens de l'art. 36 al. 2 LAA entre toutefois en considération. Il sera revenu sur ce point après un examen du droit aux prestations comme tel.

6. a) L'intimée a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité au motif que cette dernière disposait encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dont elle souffre.

La recourante conteste disposer d'une capacité de travail supérieure à 50 % dans une activité adaptée et conteste la valeur probante des constatations des Drs S._____ et Z._____. Elle se réfère pour sa part aux avis des Drs N._____, D._____ et K._____, en précisant qu'une telle capacité de travail ne tient pas compte d'un éventuel nouveau descellement de prothèse.

b) L'hypothèse d'un nouveau descellement de prothèse doit être écartée. D'une part, les Dr D._____ et K._____ ne disposaient manifestement pas d'un dossier complet lorsqu'ils ont émis cette hypothèse, comme ils l'ont eux-mêmes admis. D'autre part, les autres rapports au dossier excluent une telle évolution, comme l'a souligné le Dr P._____ dans sa détermination du 16 décembre 2020.

Pour le surplus, tous les médecins ayant donné un avis sur le dossier s'accordent à admettre que la recourante doit éviter une activité professionnelle impliquant des positions assise ou debout prolongées, qu'elle doit donc pouvoir alterner les positions assise et debout, étant également admis que son activité professionnelle devrait être essentiellement sédentaire, sans longs déplacements, sans montées ni descentes d'escalier, ni position accroupie. Le port de charges supérieures à 5 kg doit également être évité.

Les Drs Z._____ et S._____ n'admettent pas la nécessité de se déplacer avec des cannes anglaises. Les médecins de la L._____ avaient par ailleurs préconisé un sevrage des cannes, qui était en train d'être mis en place à la fin du séjour dans cet établissement. Ce sevrage a toutefois échoué et la recourante, qui ne présentait plus de boiterie à l'examen clinique pratiqué le 22 janvier 2018, boitait au contraire lorsqu'elle marchait sans béquille devant les Drs D._____ et K._____. Une péjoration de son état de santé, postérieure à l'examen par le Dr S._____, ne peut être exclue, mais l'amélioration de l'amplitude articulaire en flexion et la diminution de la médication antalgique depuis lors - dans sa détermination du 16 décembre 2020, le Dr P._____ indique que l'assuré ne prend plus que du Dafalgan - permettent de

constater qu'une éventuelle péjoration n'a été que très temporaire. Cela étant, les médecins qui admettent la nécessité de poursuivre la marche avec des cannes semblent considérer qu'elle est nécessaire non pas pour soulager le genou droit à la marche, mais pour sécuriser la recourante et éviter une boiterie.

Au vu des avis très divergents des différents médecins sur ce point, un complément d'instruction sous forme d'expertise était nécessaire, conformément à l'art. 44 LPGA et comme le recommandait le Dr N._____. On observera dans ce contexte que les déterminations de la Dre Z._____ à ce propos ne revêtent qu'une faible valeur probante en l'absence de tout examen clinique de sa part. On peut, au demeurant, se demander si l'intimée n'a pas admis un peu tôt la stabilisation de l'état de santé de l'assurée, au vu de la recrudescence des douleurs au printemps 2018 et d'une scintigraphie osseuse du 19 avril 2018 semblant accréditer une augmentation des contraintes mécaniques et une tendinopathie d'insertion active sur la coque condylienne interne. Cette question peut demeurer ouverte au vu de ce qui suit.

En ce qui concerne le temps de travail et le rendement admissible, le Dr N._____ admet un seuil d'exigibilité particulièrement bas, sans toutefois motiver suffisamment cette appréciation pour que l'on puisse fonder sur elle le constat d'une telle incapacité de travail. Les Drs D._____ et K._____ admettent pour leur part un seuil plus élevé, qu'ils fixent à 50 à 60 % ; mais eux non plus ne motivent pas suffisamment cette appréciation. Leur différence d'appréciation par rapport à celle des Drs S._____ et Z._____ ne s'explique toutefois manifestement pas par la seule prise en considération d'un traitement de Sertraline, pour une symptomatologie dépressive sans rapport avec l'accident. Le Dr P._____ a pour sa part admis une limitation du temps de travail à 75 % d'un temps complet, en précisant qu'une limitation supplémentaire de rendement, de l'ordre de 25 % devrait être admise. Il a fondé ce constat sur la nécessité de faire des pauses et d'alterner les positions assise et debout régulièrement ; la limitation du temps de travail était par ailleurs liée à l'inconfort et à la mauvaise tolérance des positions

assises statiques. Les médecins de la L. _____ ont admis qu'une reprise du travail dans une activité adaptée serait exigible, mais sans se déterminer sur le taux d'activité. Ils ont observé en atelier la nécessité pour la recourante de se lever après vingt minutes lorsqu'elle travaillait en position assise, mais également qu'elle présentait un bon rendement sur deux heures. Il paraît néanmoins difficile d'en extrapoler que la recourante peut travailler la journée entière à ce rythme, sans limitation de rendement, ce que les médecins de la L. _____ se sont abstenus de faire.

Au final, si le cumul d'une diminution du temps de travail de 25 % et d'une diminution de rendement de 25 % déterminées par le Dr P. _____ peut paraître très large, il semble également très discutable, à l'inverse, de ne tenir aucun compte de cette appréciation et de ne constater ni diminution du temps de travail, ni diminution de rendement, comme le fait l'intimée. Les Drs S. _____ et Z. _____ ne discutent pas ce point de manière véritablement argumentée, se bornant pour l'essentiel à constater l'absence de toute diminution de la capacité de rendement ou du temps de travail. A cet égard, la seule référence, par la Dre Z. _____, à l'obligation des employeurs d'accorder une pause toutes les deux heures à leurs employés, est manifestement insuffisante. Une diminution de rendement pour tenir compte de la nécessité d'alterner les positions, et vraisemblablement de se dégourdir la jambe droite beaucoup plus fréquemment que toutes les deux heures, devrait ainsi être sérieusement envisagée et discutée, non seulement sur la seule base de la lecture du dossier, mais également d'un examen clinique, ce qui n'a pas été fait. Il en va de même d'une éventuelle diminution du temps de travail pour tenir compte de l'inconfort et de l'intolérance à la position assise statique, quoique les conséquences de cette intolérance devraient pouvoir être relativisées pour un poste de travail adapté permettant un changement très régulier de position. Enfin, on doit tout de même s'étonner, dans un dossier tel que celui de la recourante et au vu des divergences d'appréciation majeures entre le Dr N. _____, d'une part, et le Dr S. _____, d'autre part, concernant la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, que l'intimée se soit ensuite limitée à une prise de position sur dossier de son service de médecine des assurances avant

de statuer. Une expertise ordonnée conformément à l'art. 44 LPGA était nécessaire. Le rapport des Drs D._____ et K._____ produit par la recourante, dont les constatations divergent également de celles des Drs S._____ et Z._____, tout comme celles des Drs P._____ et N._____, confirme davantage encore la nécessité d'une telle expertise et le constat d'une lacune d'instruction. L'expert pourra par ailleurs être invité à se prononcer directement sur l'exigibilité des emplois figurant dans les descriptions de postes de travail (DPT), sur lesquelles l'intimée a fondé son évaluation du revenu d'invalidité.

Vu ce qui précède, la cause sera retournée à l'intimée pour instruction complémentaire conformément aux considérants, puis nouvelle décision sur le droit à la rente. Un tel renvoi se justifie d'autant plus en l'espèce que, si l'instruction devait confirmer une incapacité de travail partielle et une invalidité fondant le droit à une rente, il appartiendrait encore à l'intimée d'examiner la question d'une éventuelle réduction des prestations en application de l'art. 36 al. 2 LAA, ce qu'elle n'a pas fait à ce stade. L'expert à désigner pourrait également répondre à d'éventuelles questions à ce propos, si nécessaire.

7. a) L'intimé a fixé à 10 % le taux de l'atteinte à l'intégrité résultant de l'accident assuré. La recourante conclut pour sa part à l'octroi d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 40 % en se référant aux constatations des Drs D._____ et K._____.

b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). Le ch. 2 de l'annexe 3 OLAA dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

c) Les Drs D._____ et K._____ ont fixé l'atteinte à l'intégrité de la recourante à 40 %, en prenant en considération une gonarthrose secondaire post-traumatique droite aboutissant à une arthroplastie totale du genou d'évolution défavorable avec multiples reprises et laxité résiduelles. Ils ont exposé qu'une telle situation correspondait, selon la table 5 des atteintes à l'intégrité établie par la CNA (atteintes résultant d'arthrose), à une atteinte de 40 % (endoprothèse pour arthrose du genou avec résultats mauvais et laxité surajoutée). En procédant de la sorte, ils ont toutefois essentiellement pris en considération les conséquences de l'accident non assuré dont la

recourante a été victime au début de la décennie 1980-1990. Cette atteinte a conduit à la pose d'une prothèse de genou droit avant l'accident assuré. La CNA ne peut pas être tenue d'indemniser ce dommage, mais uniquement l'aggravation qui a résulté de l'accident survenu en juillet 2014. La même critique peut être adressée à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité de la recourante par le Dr N._____, qui est au demeurant manifestement excessive puisqu'une atteinte de 50 % correspond à l'amputation complète de la jambe au-dessus du genou (annexe 3 OLAA et table 4 relative aux atteintes à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres inférieurs).

Pour sa part, la Dre Z._____ a observé que la recourante disposait d'une mobilité articulaire en flexion du genou droit de 120° immédiatement avant l'accident assuré ; cette mobilité avait été réduite à 90° en raison de l'accident, selon les constatations du Dr S._____ du 22 janvier 2018. Se référant à la table 2 des atteintes à l'intégrité (atteintes résultants de troubles fonctionnels des membres inférieurs), elle a proposé de fixer à 10 % l'atteinte subie par la recourante, pour un genou mobile entre 0 et 90 °. Cette appréciation est convaincante et doit être suivie. On observera, dans ce contexte, que le genou droit de la recourante semble avoir depuis lors retrouvé une meilleure mobilité (110° d'après la détermination du 21 janvier 2021 du Dr P._____, ce qui se rapproche fortement de la mobilité antérieure à l'accident). L'atteinte à l'intégrité causée par l'accident assuré n'a donc pas été sous-évaluée par l'intimée. Le recours est mal fondé sur ce point.

8. a) Vu ce qui précède, les conclusions de la recourante relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sont rejetées. Celles relatives au droit à la rente sont admises, en ce sens que la décisions litigieuse est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Dans la mesure où la recourante obtient partiellement gain de cause, elle peut prétendre des dépens partiels, que l'on fixera à 2/3 des dépens complets, soit un montant de 2600 fr., débours forfaitaires et TVA

compris (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 sv. TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

La recourante demande par ailleurs la condamnation de l'intimée au remboursement de ses frais d'expertise privée. La jurisprudence admet un tel remboursement lorsque l'expertise a constitué un complément d'instruction nécessaire pour pallier aux lacunes de l'instruction par l'autorité intimée, en violation de son obligation d'instruire la cause d'office et à ses frais, conformément aux art. 43 al. 1 et 45 al. 1 LPGA. Lorsque l'expertise est produite pendant la procédure de recours et qu'elle était nécessaire pour statuer, ces frais peuvent être mis à la charge de l'autorité intimée sous forme de débours (cf. ATF 115 V 62).

En l'espèce, l'expertise privée produite par la recourante était effectivement nécessaire, en raison des lacunes de l'instruction menée par l'intimée. Le fait que les constatations des Drs D._____ et K._____ n'aient finalement pas eu la valeur probante suffisante pour remédier à ces lacunes ne justifie pas de laisser les frais d'expertise, d'un montant de 5'399 fr. 65, à la charge de la recourante. Ces frais sont par ailleurs exceptionnels au sens de l'art. 11 al. 3 TFJDA, et il convient de les ajouter aux débours forfaitaires prévus par cette disposition. Cela porte les dépens totaux à 7999 fr. 65, que l'on arrondira à 8000 francs.

c) La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020).

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

- I. Le recours est rejeté en tant qu'il porte sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ; il est admis en tant qu'il porte sur le droit à une rente d'invalidité.

II. La décision sur opposition rendue le 3 juillet 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée en tant qu'elle porte sur le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

III. La décision sur opposition rendue le 3 juillet 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit à la rente.

IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

V. L'intimée versera à W._____ une indemnité de dépens de 8000 fr. (huit mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour W._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :