

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 janvier 2024

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Christophe
Oberson, avocat à Lausanne,

et

G._____ **GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, à Lausanne,
intimée.

Art. 6 al. 1 et 18 s. LAA ; 16 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait à 90 % (37,35 heures par semaine) comme aide animatrice pour le compte de la Fondation P._____. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de G._____ Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la G._____ ou l'intimée).

Le 12 septembre 2013, elle a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'elle circulait au guidon d'un scooter, une voiture a reculé devant elle ; cette manœuvre l'a obligée à faire un freinage d'urgence, ce qui a entraîné sa chute. Souffrant d'une fracture du condyle interne du genou gauche avec dissection de l'artère fémorale superficielle gauche, l'assurée a subi de multiples opérations orthopédiques et angiologiques.

La G._____ a pris en charge le cas.

L'évolution s'est caractérisée par la persistance de douleurs au genou et de douleurs neuropathiques post-traumatiques au membre inférieur gauche dans le territoire du nerf saphène (rapports des 8 novembre 2016 et 4 avril 2017 du Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie).

Lors d'un entretien à domicile avec une case manager de la G._____ le 4 avril 2019, l'assurée a notamment déclaré qu'elle avait bénéficié en décembre 2017 de l'implant d'une demi-prothèse (ou prothèse unicompartmentale [PUC]). Au vu des douleurs et limitations à la suite de cet implant, elle ne pouvait exclure de devoir se soumettre à une nouvelle opération, voire même à l'implant d'une prothèse totale, ce qui l'effrayait à son jeune âge. Elle retravaillait à 30 % depuis le 1^{er} mars 2017 dans sa profession habituelle d'aide-animatrice qui avait été adaptée (horaire de travail aménagé, aide collègues pour certains travaux et

dispense des tâches lourdes et pénibles). La prise en charge multidisciplinaire se poursuivait.

Dans le cadre du suivi de l'assurée par le Centre d'antalgie du CHUV, le Dr B._____ a décrit une évolution fluctuante mais sans amélioration, et qui nécessitait toujours un suivi assez resserré. Les médicaments étaient mal supportés et/ou inefficaces, et une reprise de la chirurgie était en discussion. Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs à la marche, des troubles du sommeil et une impossibilité à tenir certaines positions. Une augmentation du taux de travail dans l'activité habituelle était exclue compte tenu des restrictions précitées et de l'absence d'une franche amélioration de la situation du genou. Selon ce médecin, le pourcentage de travail dans une activité adaptée pouvait être supérieur à 30 % ; un emploi à plein temps était toutefois peu envisageable au vu des douleurs présentes au repos, quelle que soit l'activité (rapport du 25 juin 2019).

Le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la G._____, a examiné l'assurée le 13 septembre 2019. Il a retenu que S._____ se plaignait depuis 2015 de douleurs de la face interne de la cuisse gauche prenant naissance au niveau de la cicatrice et du creux poplité dans sa partie interne et antérieure, irradiant jusqu'au niveau de la malléole interne avec des douleurs en augmentation au repos, diminuant en position debout dans un premier temps mais en augmentation à la station debout prolongée. L'hypersensibilité des cicatrices était assez révélatrice d'une situation cristallisée autour d'un syndrome douloureux chronique. Compte tenu de la perspective d'une nouvelle opération du genou gauche évoquée par le Dr B._____, le Dr O._____ était pour sa part d'avis qu'il convenait d'éviter de nouveaux traitements médicaux agressifs et d'adopter une attitude conservatrice, à savoir une prise en charge quotidienne par des auto-exercices de massages des différentes cicatrices afin de les désensibiliser et de les intégrer (rapport du Dr O._____ du 13 septembre 2019).

Dans un rapport du 11 octobre 2019, le Prof. C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu aux questions adressées dans l'intervalle par le Dr O._____. Compte tenu d'une décompensation arthrosique des compartiments fémoro-tibial latéral et fémoro-tibial patellaire sur prothèse unicompartimentale interne du genou gauche qui s'accompagnait de lésions d'hyper-contraintes au niveau des implants de cette prothèse unicompartimentale, l'assurée présentait une incapacité de travail totale en toute activité. Elle devait subir prochainement une intervention lourde à savoir une reprise de sa prothèse unicompartimentale interne du genou gauche par une prothèse totale.

Le 26 novembre 2019, S._____ a subi une intervention chirurgicale pour l'ablation de la prothèse unicompartimentale et la pose d'une prothèse totale du genou gauche, laquelle s'est déroulée à l'Hôpital orthopédique du CHUV à Lausanne.

A l'invitation de la G._____, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pris connaissance du dossier médical de l'assurée. Dans son rapport du 18 décembre 2019, ce médecin a estimé que la poursuite de l'incapacité de travail de l'assurée n'était plus en rapport avec les séquelles de l'accident. Se référant à l'avis du Dr O._____ du 13 septembre 2019, il a ajouté que l'évolution depuis la pose de la prothèse unicompartimentale devait objectivement être considérée comme favorable et estimé qu'il n'y avait aucune raison d'envisager la conversion en une prothèse totale du genou.

La G._____ a confié la réalisation d'une expertise neurologique au Dr T._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 30 avril 2020, ce médecin a retenu une neuropathie traumatique du tronc SPE (sciatique poplitée externe) et SPI (sciatique poplitée interne) et du nerf saphène interne gauche. Cette atteinte se manifestait par une altération de la sensibilité superficielle dans le territoire du nerf saphène interne gauche avec une composante douloureuse. En l'absence de net déficit moteur, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles objectives mais

une fatigabilité et une baisse de rendement qui devaient être prises en compte en lien avec la douleur chronique et la prise de médicaments.

La G. _____ a confié également la réalisation d'une expertise orthopédique au Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 2 août 2020, ce médecin a posé les diagnostics suivants :

- Status 7 ans après fracture complexe du condyle fémoral interne et plaie poplitée délabrante, avec section des artères poplitée et fémorale superficielle, au genou gauche.
- Status 7 ans après réparation des lésions artérielles, y compris par pontage veineux (prélevé à la racine de la cuisse droite) et ostéosynthèse du condyle fémoral interne.
- Douleurs neuropathiques secondaires en lien avec une lésion du nerf saphène interne et du tronc péronier externes gauches.
- Gonarthrose gauche, essentiellement ou exclusivement post-fracturaire, et rapidement évolutive.
- Status plus de 5 ans après arthroscopie du genou gauche, toilette chondrale du compartiment interne, puis AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse].
- Status 2 ans et ½ après héli-arthroplastie interne du genou gauche.
- Status 7 mois après changement de prothèse, au profit d'une prothèse totale, du genou gauche.
- Possible entame d'une arthropathie dégénérative (compartiment interne) du genou droit.

En guise de conclusions, ce médecin a indiqué qu'une stabilisation du cas pourrait être attendue, selon l'évolution, dans un délai de douze à seize mois post-opératoire (post-prothèse totale du genou) et en fonction du résultat d'une infiltration-test proposée (infiltration test de la cicatrice interne du genou possiblement suivie d'un complément chirurgical [excision d'un supputé névrome]). Il s'est en outre exprimé comme il suit :

[...] En tenant compte de l'ensemble de ces éléments, une reprise du travail dans le métier d'animatrice paraît sans autre possible. Je proposerai un taux initial de 30% (3 matinées par semaine),

susceptible d'être porté à 50% (5 matinées par semaine) dans un délai de 1-2 mois, encore une fois en fonction des répercussions de cette activité sur le lymphœdème.

En cas de stabilité de ce lymphœdème, la CT [capacité de travail] pourra être augmentée encore, pour atteindre un taux de l'ordre de 70-80%. L'incapacité résiduelle, possiblement/probablement durable, pouvant se justifier en cas de stations debout prolongées, avec les limitations qu'implique ce status pour l'agenouillement, ou en cas d'un concours régulier que pourrait apporter l'assurée, ex. pour l'installation ou les déplacements de certains résidents.

Dans une activité exercée préférentiellement en position assise, laissant la possibilité de l'alternance assis/debout (pour dérouiller le genou), et quelques déplacements au sein d'une entreprise (pour tenter de pallier du même coup le lymphœdème), ex. certains postes de secrétariat, voire un poste de réceptionniste/hôtesse d'accueil ou de téléphoniste, la capacité de travail est d'ores et déjà de 50%. Un plein rendement sera ensuite raisonnablement exigible, éventuellement par paliers intermédiaires, dans un délai de 3-4 mois.

Les charges qui peuvent être portées, sur quelques dizaines de mètres, ne doivent pas dépasser les 7,5-10 kg. Il est conseillé d'éviter le plus possible l'accroupissement/l'agenouillement, la marche sur terrain inégal, les positions sur le plan instable (ex. échelle).

Le 29 octobre 2020, la G. _____ a versé au dossier un rapport d'expertise rhumatologique mise en œuvre par l'assureur perte de gain maladie de l'assurée ([...] Assurances SA). A la suite de l'examen clinique qu'il a réalisé le 1^{er} juillet 2020, le Dr X. _____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué des gonalgies internes sur ligamentopathie et ligament latéral interne (probable bursite ansérine et insertionite de la patte d'oie) se répercutant sur la capacité de travail. Au vu des lésions encore présentes au genou gauche, ce médecin a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 60 % dans une activité adaptée au jour de l'expertise, laquelle pourrait être augmentée de 20 % par mois. Les limitations fonctionnelles étaient pas de positions debout ou assises prolongées, pas de ports de charge répétitifs en porte-à-faux au-delà de cinq à dix kilos, pas de mouvements de genuflexion répétitifs, pas de montée ou de descente de plan incliné, pas de déplacements en terrains accidentés.

Par décision du 30 octobre 2020, la G. _____ a, en se basant sur le rapport d'expertise du Dr L. _____, mis fin au droit à l'indemnité

journalière et aux prestations de soins avec effet au 30 avril 2021. Elle a par ailleurs refusé d'allouer à l'assurée une rente d'invalidité de l'assurance-accidents compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 10 %, tout en lui reconnaissant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

Le 27 novembre 2020, l'assurée, représentée par Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, a signifié à la G. _____ son désaccord quant à l'arrêt des prestations provisoires et au refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

La G. _____ a complété le dossier médical et recueilli une prise de position de la part du Dr O. _____, lequel a indiqué, dans une prise de position du 14 octobre 2021, d'une part, que l'état de santé de l'assurée devait être considéré comme stabilisé au plus tard le 30 avril 2021 et, d'autre part, qu'aucun traitement ne pouvait améliorer les plaintes liées au lymphœdème si ce n'était le port de bas de contention probablement à vie.

Par décision sur opposition du 8 mars 2022, la G. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée.

B. Dans l'intervalle, S. _____ a déposé le 17 décembre 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

C. **a)** Par acte du 5 avril 2022, S. _____, désormais représentée par Me Jean-Christophe Oberson, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 8 mars 2022, concluant, sous suite de dépens, principalement à son annulation et au versement par la G. _____ des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2021 ; subsidiairement au versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ; encore plus subsidiairement au renvoi du dossier à la G. _____ pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle demandait par ailleurs la prise en charge par la G. _____ des frais de

traitements médicaux au-delà du 30 avril 2021. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer notamment la baisse de rendement consécutive à l'accident.

b) Dans sa réponse du 6 mai 2022, la G. _____ a conclu au rejet du recours.

c) A l'appui de sa réplique du 1^{er} septembre 2022, l'assurée a fait verser à la procédure un rapport d'expertise pluridisciplinaire (neurologie, rhumatologie et psychiatrie) réalisée par le K. _____ (K. _____) dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité.

d) Dans sa duplique du 21 septembre 2022, la G. _____ a maintenu sa position.

e) Par courrier du 17 février 2023, les parties ont été informées que le dossier de l'assurance-invalidité avait été versé à la procédure et qu'il était consultable auprès du greffe du tribunal jusqu'au 20 mars 2023, avec la faculté de déposer leurs déterminations éventuelles.

f) Dans ses déterminations du 20 mars 2023, l'assurée s'est référée à sa réplique du 1^{er} septembre 2022.

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 la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité (à l'exclusion du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité), singulièrement la question de savoir si la situation de la recourante peut être considérée comme étant suffisamment stabilisée pour établir les séquelles lésionnelles.

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.

b) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente

comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

c) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), 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.

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA

comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 la personne assurée - 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_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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).

4. Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. En l'occurrence, la recourante présente, à la suite de son accident, des séquelles à sa jambe gauche, respectivement à son genou gauche sous la forme, d'une part, de gonalgies et, d'autre part, d'une neuropathie traumatique du tronc sciatique (nerf poplité externe et nerf poplité interne) et du nerf saphène interne gauche (avec altération de la sensibilité superficielle dans le territoire du nerf saphène interne gauche avec composante douloureuse).

a) L'intimée n'a pas violé le droit fédéral en considérant que l'état de santé de la recourante était stabilisé et qu'il pouvait être mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2021. Il ne ressort en effet pas des rapports médicaux versés au dossier qu'il y avait lieu d'attendre de la poursuite des traitements une sensible amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante.

aa) Sur le plan neurologique, la Dre M. _____ a relevé, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire réalisée pour le compte de l'assurance-invalidité, que la recourante présentait une atteinte du nerf saphène, une atteinte partielle principalement motrice du nerf sciatique poplité externe (SPE) gauche et une atteinte partielle principalement sensitive du nerf sciatique poplité interne (SPI) gauche. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux douleurs qui, malgré les traitements en cours, restaient importantes ainsi qu'à la fatigue consécutive aux douleurs chroniques et aux médicaments antalgiques. Cela étant, la prise en charge des douleurs neurogènes était optimale. La recourante était suivie très régulièrement par le Dr B. _____, spécialiste au Centre d'antalgie du CHUV ; elle était collaborante. Elle avait bénéficié des traitements habituels reconnus dans le traitement des douleurs neurogènes, à savoir les traitements de fond de certains anti-dépresseurs à visée antalgique (tels que l'amitriptyline ou la duloxétine) et antiépileptique (tel que la prégabaline), qui avaient été correctement essayés mais mal tolérés. Devant l'échec des traitements médicamenteux, des traitements plus invasifs avaient été tentés. Elle avait ainsi bénéficié d'une neurolyse du

nerf saphène le 10 mai 2016 avec effet transitoire, puis de nombreuses infiltrations pour blocs au niveau du nerf géniculé et du nerf saphène. L'antalgie actuelle associait ces blocs répétés chaque deux à trois mois et un traitement de tapentadol (Palexia), analgésique opiacé qui agissait à la fois sur la composante neurogène et nociceptive des douleurs. Malgré ce traitement, les douleurs neurogènes de la recourante restaient présentes et permanentes, avec une intensité variable, forte en fin de journée et durant la nuit, et donc avec des répercussions sur la qualité du sommeil. Les douleurs étaient plus intenses les lendemains des journées où la recourante avait été plus active, notamment les lendemains des jours de travail. D'autres traitements existaient parmi les anti-dépresseurs connus pour atténuer les douleurs neurogènes, par exemple la venlafaxine ou la mirtazapine ou parmi les antiépileptiques la gabapentine ou la carbamazépine. Toutefois, compte tenu du peu de réponse favorable aux traitements antérieurs qui étaient les traitements classiques des douleurs neurogènes, les chances d'améliorer les douleurs neurogènes de façon suffisante à améliorer la capacité de travail étaient faibles.

bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr A. _____ a, pour sa part, relevé que la recourante présentait des gonalgies gauches chroniques prédominant dans le compartiment antérieur. L'évolution des derniers mois parlait contre la possibilité d'amélioration de la capacité de travail. Cet expert considérait toutefois que la poursuite, par périodes, d'une approche en physiothérapie basée sur des drainages lymphatiques pour le lymphœdème du membre inférieur gauche restait indiquée. De même, sur le plan ostéoarticulaire, un traitement de réadaptation pouvait permettre, à court terme, de diminuer les contraintes mécaniques au niveau du genou par un assouplissement des tensions musculaires au niveau de l'hémi-bassin gauche et de la cuisse gauche de la recourante (schéma de huit à dix séances à une fréquence de deux séances par semaine).

cc) Le fait que la recourante se voit prescrire de la physiothérapie et des traitements antalgiques ne remet pas en question la stabilisation de l'état de santé, dès lors que, selon la jurisprudence, la

prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état de santé stabilisé (TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence).

b) Aussi convient-il d'examiner si la recourante peut prétendre, compte tenu des séquelles qu'elle présente, à une rente de l'assurance-accidents.

aa) En ce qui concerne la problématique du genou droit, force est de constater que les Drs L._____, A._____, et X._____ s'accordent à retenir que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de stations assises/debout prolongées, pas de position sur plan instable, pas de port de charge supérieure à 7,5 - 10 kilos sur quelques dizaines de mètres, pas de ports de charge répétitifs en porte-à-faux au-delà de 5 - 10 kilos, pas de genuflexions répétitives, pas d'accroupissement/agenouillement, pas de montée/descente de plan incliné ou d'escaliers, et pas de déplacements en terrain accidenté).

bb) En ce qui concerne la neuropathie traumatique, il convient de constater que les avis divergent au sujet de l'influence des douleurs et de la fatigue engendrée par cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante.

aaa) Selon le Dr L._____, les douleurs neuropathiques ne devaient pas influencer significativement l'appréciation de la capacité de travail. La notion « possible » d'une fatigabilité exagérée en lien avec la symptomatologie douloureuse devait en effet être relativisée au regard du schéma/dosage pharmacologique, si bien que son influence sur la capacité de travail serait très probablement restreinte. Cela étant, le point de vue du Dr L._____ ne saurait être retenu, dans la mesure où, d'une part, les perspectives d'évolution décrites par ce médecin (expertise p. 20) sont formulées en termes conditionnels et n'ont pas été corroborées par les faits et où, d'autre part, ce médecin n'a pas tenu compte de la diminution de rendement, laquelle était pourtant admise par le Dr T._____.

bbb) Dans son expertise, le Dr T._____ note l'existence d'une neuropathie traumatique du tronc SPE (sciatique poplité externe) et SPI (sciatique poplité interne) et du nerf saphène interne gauche, laquelle se manifestait surtout, cliniquement, par une altération de la sensibilité superficielle dans le territoire du nerf saphène interne gauche avec composante douloureuse. Il ne retient pas de limitations fonctionnelles objectives en l'absence de net déficit moteur mais une fatigabilité et une baisse de rendement (non chiffrée) en lien avec la douleur chronique et la prise de médicaments.

ccc) De son côté, la Dre M._____ estime que, sur le plan purement neurologique, les lésions à l'origine des douleurs neurogènes sont présentes depuis l'accident, sans modification. Elle partage l'analyse effectuée par le Dr T._____ en retenant, comme limitations fonctionnelles, les douleurs neurogènes importantes et la fatigabilité consécutive aux douleurs chroniques et aux traitements antalgiques. Elle retient une capacité résiduelle de travail de 40 % (deux journées de huit heures ou quatre matinées de quatre heures) dans toute activité, étant précisé que l'activité actuelle est adaptée aux limitations fonctionnelles (alternance des jours de travail et de repos, positions variées sans position assise maintenue plus de trente minutes avec possibilité de bouger en cas de besoin).

ddd) Aussi bien le Dr T._____ que la Dre M._____ ont admis qu'il y avait lieu de tenir compte, à propos de la capacité de travail de la recourante, d'une fatigabilité, d'une baisse de rendement liée à la douleur chronique ainsi que de la prise de médicaments, laquelle était susceptible d'aggraver la fatigabilité. Il convient de constater que seule en définitive la Dre M._____ a chiffré la diminution de rendement subie par la recourante, en l'évaluant à 60 % (à l'instar du Dr B._____, médecin traitant). Il n'y a pas lieu, faute d'éléments contraires, de remettre en cause cette appréciation, laquelle a d'ailleurs été reprise par l'assurance-invalidité (avis SMR du 2 novembre 2022).

c) Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise telle que sollicitée par la recourante serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) Lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, selon les constatations de la Dre M._____, l'activité habituelle de la recourante est une activité adaptée à son état de santé déficient. Le taux d'invalidité se confond donc avec celui de l'incapacité de travail de 60 % chiffrée par la Dre M._____.

7. En ce qui concerne pour finir la question du droit au traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions prévues par l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. Toutefois, la présente procédure n'est pas le lieu pour examiner plus concrètement cette question, faute de décision individuelle et concrète rendue à ce propos. Il n'en demeure pas moins au vu du dossier, qu'il appartiendra à l'intimée d'examiner, notamment, si, en raison du lymphœdème, une prise en charge de séances de physiothérapie et de bas de contention ne se justifie pas au titre de l'art. 21 al. 1 let. c LAA.

8. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente

d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 60 % à compter du 1^{er} mai 2021.

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

c) Vu le sort de ses conclusions, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 8 mars 2022 par G._____ Générale Compagnie d'Assurances SA est réformée, en ce sens que S._____ a droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 60 % à compter du 1^{er} mai 2021.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. G._____ Générale Compagnie d'Assurances SA versera à S._____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre 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-Christophe Oberson (pour S. _____),
- G. _____ Générale Compagnie d'Assurances SA,
- 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 :