

VD_FINDINFO AA 82/08 - 138/2010 vom 13. Dezember 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_82_08_-_138_2010

FR: VD_FINDINFO AA 82/08 - 138/2010 du 13 décembre 2010

IT: VD_FINDINFO AA 82/08 - 138/2010 del 13 dicembre 2010

Regeste

ACCIDENT, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, CAUSALITÉ NATURELLE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 10 al. 1 LAA, 16 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 LPGA, 36 al. 1 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.12.2010 AA 82/08 - 138/2010

ACCIDENT, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, CAUSALITÉ NATURELLE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 10 al. 1 LAA, 16 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 LPGA, 36 al. 1 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 82/08 - 138/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 13 décembre 2010

Présidence de M. Dind et Mme Lanz Pleines Greffière : Mme Di Ferro Demierre Juges : Mme Pasche ***** Cause pendante entre : X. _____, à Ste-Croix, recourante, représentée par Me Monica Kohler, avocate à Genève, et Compagnie d'Assurances C. _____, Service juridique, à Bottmingen, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 16, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA; 6 LPGA; 36 al. 1 OLAA et Annexe 3 OLAA E n f a i t : A. X. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1971, était employée en qualité de [...] auprès du [...] et était à ce titre assurée en assurance-accidents LAA auprès de la Compagnie d'Assurances C. _____ (ci-après: la Compagnie d'Assurances C. _____). Selon la déclaration d'accident LAA du 3 juillet 1997, l'assurée circulait le 3 juin 1997 à 17h00 au guidon de sa moto en direction de la [...] lorsqu'une voiture qui sortait d'une place de parking sur sa gauche lui a coupé la route. Elle a été atteinte au tibia péroné gauche. Le même jour, elle a été opérée par le Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a diagnostiqué une fracture ouverte stade II de la jambe gauche et a procédé à un enclouage centromédullaire par clou plein verrouillé. Le cas a été pris en charge par la Compagnie d'Assurances C. _____. Dans son rapport médical initial LAA du 3 septembre 1997, le Dr Q. _____, chirurgien orthopédique FMH traitant, a constaté un défaut cutané avec fracture stade II tibia péroné à gauche. Par certificat médical du 3 novembre 1997, ce praticien a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 100% depuis le 3 juin 1997 pour une durée encore indéterminée. Dans un rapport médical du 14 novembre 1997, le Dr Q. _____ a relevé que cinq mois après la fracture ouverte stade II de la jambe gauche, il n'y avait pas de consolidation de la fracture du tibia, l'assurée présentant une boiterie à la marche et une douleur à la charge du membre inférieur gauche. Il observait que compte tenu de la difficulté de sa patiente à se

déplacer avec deux cannes et une attelle, une reprise du travail n'était pas envisageable. Par certificat d'incapacité de travail du 20 janvier 1998, le Dr Q._____ a certifié que l'incapacité de travail de 100% de sa patiente se poursuivait. Par courrier du 28 janvier 1998, l' [...] a informé la Compagnie d'Assurances C._____ que l'assurée avait donné sa démission avec effet au 31 décembre 1997. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 2 février 1998, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution était très lentement favorable, que la patiente marchait en charge partielle et qu'il était trop tôt pour qu'elle reprenne le travail. Dans ses rapports médicaux intermédiaires LAA des 6 et 27 avril 1998, le Dr Q._____ a relevé que l'évolution était lentement favorable, précisant dans son rapport du 27 avril 1998 que l'assurée pourrait éventuellement reprendre le travail partiellement un an après l'opération. Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 21 juin 1998, le Dr Q._____ a à nouveau relevé que l'évolution était lentement favorable, constatant la persistance de la boiterie et du défaut osseux de la fracture. Au mois d'août 1998, l'assurée s'est blessée au niveau du pied droit et un plâtre a été mis en place pour une période d'un mois. La Compagnie d'Assurances C._____ a confié un mandat d'expertise au Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier, après avoir entendu et examiné l'assurée le 16 septembre 1998, a rendu son rapport d'expertise médicale le 29 septembre 1998. Il y a posé les diagnostics d'ancienne fracture ouverte stade II de la jambe gauche, d'état après enclouage médullaire du tibia gauche et de probable fracture de métatarsiens du pied droit. Sous la rubrique «discussion» de son rapport, l'expert a relevé ce qui suit: «Il me semble qu'un événement a joué un rôle important dans l'évolution du cas de Madame X._____. Apparemment, elle a été obligée de donner son congé dans son poste à l' [...] en décembre 97. Dès lors, la discussion par rapport à une reprise du travail a dû devenir théorique, son médecin traitant la protégeant contre une situation qu'il devait juger incorrecte. En principe, sauf complication, il n'y a pas d'objection théorique à la reprise de travail dans un bureau même si le patient est en appui partiel. Ceci ne peut se faire toutefois que dans un milieu professionnel dont l'ambiance est favorable. Il y avait donc très probablement une capacité de travail existant chez cette dame avant le mois d'août 98. Ceci peut être suspecté mais ne peut pas être affirmé de manière formelle. A la suite de l'accident d'août 98, les mêmes remarques peuvent être faites. Toutefois, dans une perspective d'aptitude au placement, il est difficile d'admettre que le porteur d'un plâtre soit apte au placement dans l'environnement socio-économique actuel. Actuellement, jusqu'à l'ablation du plâtre en tout cas, l'incapacité de travail est complète.» L'expert K._____ a en outre répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées: «5) Vos constatations objectives expliquent-elles les plaintes de la patiente? Au niveau du membre inférieur gauche, la fracture est solide. Les plaintes sont essentiellement subjectives. Elles ne sont pas exagérées par rapport à ce qui peut se passer dans les cas de gravité identique. Au niveau du membre inférieur gauche [recte: droite], Madame X._____ est actuellement en traitement et porte un plâtre de jambe. 6) Mesures thérapeutiques à charge de l'assureur accidents LAA si le traitement des suites de l'événement accidentel n'est pas terminé et, dans cette même hypothèse, durée présumable de celles-ci? Au niveau du membre inférieur gauche, il n'y a pas de traitement à l'heure actuelle. Les mesures thérapeutiques encore à votre charge seront constituées par l'ablation du matériel et par la correction de cicatrices inesthétiques (notamment la cicatrice postérieure de la jambe gauche). Cette ablation de matériel comporte une incapacité de travail maximale de 4 semaines en l'absence de complication importantes. 7) Madame X._____ présente-t-elle une incapacité de travail? Si oui, une reprise même partielle, peut-elle être envisagée? Oui. Voir remarque de la discussion. La

situation est différente si l'on considère une employée de bureau ou une demandeur d'emploi. Je pense qu'actuellement, la recherche d'emploi ne peut être faite d'une manière efficace lorsqu'une immobilisation plâtrée est nécessaire ainsi que l'utilisation d'une canne. Par rapport à ceci, il y a donc, à l'heure actuelle, une incapacité théorique de travail. Par contre, si Madame X. _____ était employée, on peut considérer qu'il y aurait actuellement une capacité de travail partielle. Dans un environnement de travail adéquat, il est en effet possible que quelqu'un travaille à temps partiel tout en étant porteur d'un plâtre de jambe. 8) Avez-vous constaté un état antérieur ou étranger à l'accident incriminé ? Dans l'affirmative, quelle est l'importance de sa participation en pour-cent dans l'incapacité de gain? Non. 9) Vos commentaires et suggestions seront évidemment très appréciés. Les commentaires ci-dessus concernant l'incapacité de travail sont basés sur les déclarations de la patiente. Il serait toutefois bon de vérifier si la situation était vraiment celle qui est décrite auprès de l'employeur. Par ailleurs, s'il se vérifie que Madame X. _____ a quitté son emploi au 31.12.97, l'expertise aurait dû avoir lieu dans le courant janvier 98. Il est, en effet, probable qu'une capacité de travail partielle voire complète ait existé entre cette date et celle de l'examen. A posteriori, ceci est malheureusement impossible à établir.» Dans son complément d'expertise du 12 octobre 1998, le Dr K. _____ a encore relevé ce qui suit: «J'ai reçu les radiographies concernant l'accident du 20.8.98. Il s'agit de la blessure du pied droit. Sur des radiographies datant du 20.8.98, il est possible de voir une fracture déplacée des troisième et quatrième têtes métatarsiennes droites. Il y a une suspicion de fracture de la deuxième tête métatarsienne mais non confirmée sur les clichés à disposition. Les fractures ont été réduites. Sur un cliché de contrôle datant du 8.9.98, les fractures apparaissent être en bonne position. Comme je l'ai mentionné sur le texte précédent, il est actuellement nécessaire de suivre attentivement l'évolution de la fracture au niveau du pied droit car une reprise de travail rapide devrait être possible, de manière théorique par rapport à une profession d'employée de bureau. Ceci devrait être discuté assez rapidement après l'ablation du plâtre.» Dans son rapport médical du 12 octobre 1998, le Dr Q. _____ a noté ce qui suit: «Jambe droite [recte: gauche]: reprise à 100%. Fracture métatarsienne 2-3-4 à droite: reprise à 50% à prévoir fin octobre 98.» Par courrier du 30 novembre 1998, l'assurée, par son précédent conseil, a expliqué qu'elle serait selon toute vraisemblance capable de travailler à 100% à compter du 15 décembre 1998. Elle a encore exposé qu'elle habitait désormais en Espagne où elle avait déménagé et où elle comptait travailler à l'avenir, précisant qu'elle souhaitait poursuivre son traitement en Suisse et demandait la prise en charge des frais de déplacement y relatifs ainsi que celle liée à l'enlèvement de son matériel d'ostéosynthèse. Le 18 décembre 1998, le Dr Q. _____ a indiqué ce qui suit à la Compagnie d'Assurances C. _____: «Accident du 03.06.1997 No 11.97.91954-8 → Incapacité de travail à 100% dès le 03.06.97, encore en cours → 2ème accident Accident du 20.08.1998, No 11.98.91236 → Incapacité de travail à 100% du 20.08.1998, à 50% du 23.11.1998 et reprise de travail à 100% dès le 14.12.1998: pour les deux accidents.» Par courrier du 8 janvier 1999, la Compagnie d'Assurances C. _____ a fait savoir au précédent conseil de l'assurée qu'elle ne prendrait pas en charge les frais de déplacement de celle-ci d'Espagne en Suisse, mais les frais liés à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 24 août 1999, le Dr Q. _____ a relevé qu'au 11 juin 1999, l'évolution était en ordre au status mais que le matériel gênait et que la cicatrice était chéloïdienne. Il proposait l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en automne et la reprise de la cicatrice. Il confirmait que le travail pouvait être repris à 50% dès le 23 novembre 1998 et à 100% dès le 14 décembre 1998. Par fax du 25 novembre 1999 au

précédent conseil de l'assurée, la Compagnie d'Assurances C. _____ a confirmé qu'elle prendrait en charge les frais relatifs à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse qui aurait lieu le 30 novembre 1999. Dans un courrier du 20 décembre 1999 à la Compagnie d'Assurances C. _____, le Dr T. _____ a diagnostiqué des cicatrices multiples au niveau de la jambe gauche et a proposé que la cicatrice en regard du tendon d'Achille soit révisée par une excision/suture. Selon décompte du 8 janvier 1999, la Compagnie d'Assurances C. _____ a versé des indemnités journalières à l'assurée jusqu'au 13 décembre 1998. Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 17 janvier 2000, le Dr Q. _____ a noté ce qui suit s'agissant de l'évolution de l'assurée: «Au 21.12.99: status après ablation du clou centromédullaire verrouillé du tibia G, et reprise de cicatrice le 30.11.99.» Il a indiqué que le travail pouvait être repris à 50% dès le 11 décembre 1999 et à 100% dès le 3 janvier 2000. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 29 mai 2000, la Dresse F. _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, a indiqué que du point de vue cicatriciel, l'évolution était bonne, précisant que les cicatrices constituaient un dommage permanent. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 24 août 2000, le Dr Q. _____ a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était de 100% dès le 3 janvier 2000. Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 8 mars 2001, ce médecin a observé que sa patiente présentait des douleurs occasionnelles de l'insertion des adducteurs, le status étant sinon en ordre, et a noté que les cicatrices et des douleurs occasionnelles étaient constitutives d'un dommage permanent. Par courrier du 21 mars 2001, la Compagnie d'Assurances C. _____ a interpellé l'assurée afin de savoir si elle possédait au moment de l'opération du 30 novembre 1999 une activité salariée ou bénéficiait d'indemnités de l'assurance-chômage. Celle-ci n'a pas donné suite à cette correspondance. Par courrier du 9 octobre 2002, l'assurée, par son précédent conseil, a sollicité auprès de la Compagnie d'Assurances C. _____ la mise en œuvre d'une expertise, en indiquant subir une gêne constante au niveau de sa jambe gauche et en faisant valoir qu'il subsistait au plan anatomique une atteinte à l'intégrité physique justifiant la mise sur pied d'une expertise. Elle suggérait comme expert le Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le 14 octobre 2002, la Compagnie d'Assurances C. _____ a donné suite à la requête de l'assurée et a mandaté en qualité d'expert le Dr M. _____, afin qu'il décrive le déficit consécutif à l'événement dommageable et apprécie le taux d'atteinte à l'intégrité. L'expert M. _____ a rendu son rapport d'expertise médicale le 16 décembre 2002. Il y a notamment relevé que l'assurée avait passé de fin 1997 à fin 1999 en Espagne dans sa famille et y avait fait sa rééducation. Depuis janvier 2000, elle travaillait au [...]. L'expert a résumé l'examen clinique de l'assurée pratiqué le 19 novembre 2002 en ces termes: «En résumé clinique, j'ai donc constaté une anesthésie cutanée au voisinage de la cicatrice au niveau du genou, une sensibilité à la percussion du tibia, une sensibilité du corps graisseux de Hoffa et de l'insertion du tendon rotulien sur la tubérosité du tibia (orifice d'insertion du clou centromédullaire), une probable hernie musculaire para-tibienne externe et un petit dommage esthétique dû aux cicatrices. Cependant la récupération fonctionnelle au niveau de la jambe gauche me paraît pratiquement complète.» L'expert a relevé ce qui suit s'agissant du scanner de la hanche gauche de l'assurée: «Les coupes au scanner, de même que les reconstructions coronales montrent de petites réactions ostéophytaires traduisant une coxarthrose tout à fait débutante avec un contour osseux de la tête fémorale conservé et une structure de la tête fémorale homogène. La conclusion du radiologue est une ébauche de coxarthrose gauche avec notamment une réaction ostéophytair marginale

postéro-inférieure de la tête fémorale. Il s'agit donc ici, grâce à ces examens radiologiques du 28 novembre 2002, avec certitude d'une herniation musculaire au niveau des muscles de la jambe gauche et une ébauche de coxarthrose gauche débutante sur la face intérieure et plutôt postérieure de la tête fémorale gauche.» L'expert M. _____ a posé les diagnostics suivants: «• Status après fracture ouverte stade II diaphysaire des tibia et péroné gauche. • Status après fracture des têtes métatarsiennes 2, 3 et 4 du pied droit • Hernie musculaire de la jambe gauche • Ebauche d'un début de coxarthrose gauche.» Il a en outre relevé ce qui suit sous la rubrique «discussion» de son rapport: «A l'âge de 26 ans, le 3 juin 1997, Mme X. _____ à l'époque Mlle [...], qui était en bon état général, a donc eu un accident de la circulation alors qu'elle conduisait une moto. Il en est résulté une plaie à la face antérieure du genou gauche, une fracture ouverte du tibia gauche et une fracture ouverte à deux étages du péroné gauche. La patiente a été prise en charge le jour même à l' [...] et opérée dans la soirée par réduction sanglante et ostéosynthèse de la fracture du tibia par clou centromédullaire verrouillé proximement et distalement. Comme c'est habituellement le cas lors de fractures ouvertes, la consolidation a été assez longue, nettement plus prolongée que normalement, et ceci n'est pas étonnant. Après sa rééducation, la patiente a pu reprendre un travail à 100% à partir du début 2000, c'est à dire 2 ans et demi après son accident. Cliniquement la récupération fonctionnelle après cette fracture de la jambe gauche peut être considérée comme pratiquement complète. En effet, la récupération musculaire est bonne puisque les périmètres sont identiques au niveau des cuisses et des mollets, puisque la mobilité des deux genoux et des deux chevilles est symétrique. Il reste cependant des douleurs au niveau du genou, surtout à la face antérieure; ces douleurs sont dues, très vraisemblablement, à la cicatrice laissée par la voie d'abord pour insérer et procéder à l'ablation du clou centromédullaire verrouillé. Il reste également cette sensibilité à la percussion du tibia et aux changements de temps. Enfin, il reste cette voussure sur la face antéro—externe de la jambe, due à la hernie musculaire. En effet, l'aponévrose des muscles a été lésée au moment de la fracture et ne s'est pas cicatrisée en bonne position. A certains mouvements, la musculature antéro-externe de la jambe fait hernie à travers cette brèche de l'aponévrose. Enfin, il reste des cicatrices peu esthétiques, surtout à la face postérieure de la cheville, au niveau du tendon d'Achille. Reste ce début de coxarthrose gauche. Il ne s'agit que d'un début, discret actuellement, cependant mis en évidence par cette légère limitation de la rotation interne de la hanche gauche par rapport à la droite, et mise également en évidence par l'examen au scanner pratiqué récemment. Les premières manifestations sont décrites par la patiente au niveau de l'année 2000, au moment où elle a commencé à travailler à 100%. La première mention de ces douleurs se trouve dans le certificat du Dr Q. _____ le 8 mars 2001. Il n'y a aucune mention antérieurement. Mme X. _____, qui a donc été victime d'un accident de la circulation, occasionné par un automobiliste responsable, rend l'accident également responsable de ce début de coxarthrose gauche. Pour me faire une idée plus précise d'une éventuelle origine traumatique à ce début de coxarthrose gauche, j'ai été personnellement consulter le dossier de l' [...] au moment de l'admission de Mme X. _____ le 3 juin 1997. Le status d'entrée que j'ai pu consulter, sur la feuille des urgences, mentionne une jambe gauche déformée, douloureuse, avec des plaies. Il s'était agi de plaies au niveau des fractures et d'une assez grande plaie pré-rotulienne gauche. Aucune mention d'une éraflure, d'un hématome ou d'un signe de contusion n'est décrit au niveau du haut de la cuisse gauche. Avant son transfert à la clinique [...], le 5 juin 1997, dans le dossier de l'hôpital cantonal, se trouve un schéma corporel imprimé permettant au personnel soignant d'indiquer graphiquement les régions

douloureuses. Sur ce schéma, seule la jambe gauche, entre le genou et le pied, était indiquée comme douloureuse. Il n'y a aucune mention dans ce dossier, dans la description des suites, mentionnant la région de la hanche gauche. Je n'ai donc pas de notions que la patiente ait eu une contusion de la hanche gauche lors de son accident. Il est cependant tout à fait possible que la patiente ait chuté sur le côté gauche, et que, la déformation et les douleurs qu'elle ressentait au niveau de sa jambe gauche soient passées au premier plan, et qu'elles n'aient pas été mentionnées lors de son entrée à l'hôpital. Il est également curieux de constater que, au cours de toute sa rééducation, alors que la patiente marchait avec un plâtre à son pied droit à la suite de ses fractures des orteils, elle ne se soit pas plainte de sa hanche gauche. C'est seulement à la fin de l'année 99, donc 2 ans et demi après l'accident, que la patiente a commencé à se plaindre de douleurs dans son pli inguinal gauche, et ceci a vraisemblablement déterminé le Dr Q. _____ à faire cette radiographie du bassin de décembre 1999. Sur cette radiographie, j'ai donc constaté une petite asymétrie au niveau de la hanche gauche par rapport à la hanche droite, ce qui m'a motivé pour préciser l'état de cette hanche, et ce qui a permis de déceler un petit début de coxarthrose gauche. Ce petit début était donc probablement déjà présent à fin 1999. Il ne s'était pas manifesté, d'aucune manière, avant la fin de l'année 1999. De la sorte, compte tenu de mes investigations, tout à fait objectivement, je ne peux pas trouver une relation de causalité ni certaine ni probable entre ce petit début de coxarthrose gauche et l'accident du 3 juin 1997. La relation de causalité me paraît tout juste possible; elle n'est, à mon avis, que seulement possible étant donné les éléments que j'ai relevé plus haut. On peut donc dire, avec vraisemblance, que l'accident du 3 juin 1997 a laissé peu de séquelles après cette fracture ouverte de la jambe gauche. Pour répondre à vos questions : Je pense donc avoir décrit en détail et avec toute la précision souhaitable, le déficit consécutif à l'événement dommageable. L'aspect esthétique peut justifier un avis spécialisé de la part d'un spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, pour savoir si l'aspect cicatriciel peut être corrigé. Mme X. _____ n'est pas non plus satisfaite de l'aspect esthétique engendré par cette hernie musculaire. Dans ces conditions il est médicalement possible de réparer cette hernie musculaire en procédant à une suture, éventuellement à une greffe de fascia-lata, au niveau de cette aponévrose qui s'est mal cicatrisée. Dans les conditions où se trouve actuellement la patiente, il est difficile de fixer un taux d'atteinte à l'intégrité selon l'annexe 3 OLAA et selon les tables de la division médicale de la Caisse Nationale. Par analogie avec ces différentes tables, il me paraît justifié d'estimer l'atteinte à l'intégrité résultant des séquelles de cette fracture ouverte de la jambe gauche, à 8%, et ceci compte tenu de l'aspect esthétique, de cette hernie musculaire, de ces douleurs résiduelles gênantes à la face antérieure du genou gauche.» L'assurée, par son précédent conseil, a adressé ses observations relatives au rapport de l'expert M. _____ le 10 avril 2003 à la Compagnie d'Assurances C. _____, en indiquant qu'elle le contestait, notamment s'agissant de la question de la relation de causalité entre l'arthrose et l'accident, estimant que c'était en raison de l'accident que l'arthrose s'était développée. Par courrier du 15 décembre 2004, la Compagnie d'Assurances C. _____ a informé l'assurée, par son conseil, qu'il lui était loisible de demander une contre-expertise médicale à ses frais si elle ne partageait pas les observations du Dr M. _____, médecin qu'elle avait au demeurant choisi pour procéder à l'examen. A l'inverse, si elle acceptait le versement de 7'776 fr. correspondant à une atteinte à l'intégrité de 8%, la Compagnie d'Assurances C. _____ effectuerait le versement sur un compte de son choix. Par courriers des 11 août, 11 octobre et 11 novembre 2005, des 30 mars et 3 mai 2006, la Compagnie d'Assurances C. _____ a constaté que l'assurée, par son conseil,

n'avait pas indiqué si elle acceptait le taux de 8% retenu pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'a priée d'y donner suite. Dans une lettre du 22 mai 2006 à la G. _____, l'assurée, par son précédent conseil, a indiqué que le taux de 8% était insuffisant et la priait de rendre une décision formelle susceptible de recours. Par décision du 30 mai 2006, la Compagnie d'Assurances C. _____ a relevé qu'il ressortait des conclusions du Dr M. _____ qu'il n'y avait plus de mesures thérapeutiques à charge de l'assurance-accidents LAA à l'exception d'un avis spécialisé en chirurgie plastique et reconstructive pour savoir si l'aspect cicatriciel pouvait être corrigé, l'expert ayant également fait mention de la réparation chirurgicale de la hernie musculaire. Dans ce contexte, la Compagnie d'Assurances C. _____ prendrait en charge les frais du traitement médical préconisé par l'expert, tout autre traitement devant faire l'objet d'une demande à ses services. S'agissant des troubles arthrosiques à la hanche, ils n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident et les frais médicaux découlant de cette pathologie étaient à charge de l'assurance-maladie. La Compagnie d'Assurances C. _____ a encore relevé quant aux indemnités journalières pour incapacité de travail qu'elles avaient été indemnisées dans leur ensemble. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Compagnie d'Assurances C. _____ a observé que selon l'expertise du Dr M. _____, les atteintes à la santé justifiaient un pourcentage de 8% en raison des séquelles de la fracture ouverte de la jambe gauche et en tenant compte de l'aspect esthétique, de la hernie musculaire et des douleurs résiduelles gênantes à la face antérieure du genou gauche. Il en résultait une allocation unique de 7'776 fr. (8% du gain annuel maximum assurable de 97'200 francs). Par écriture du 27 juin 2006, complétée le 31 juillet 2006, l'assurée, représentée par son nouveau conseil, a formé opposition à l'encontre de cette décision du 30 mai 2006. Elle a notamment fait valoir qu'elle contestait que les troubles arthrosiques ne soient pas dus à l'accident et que son incapacité de travail ait été indemnisée dans son ensemble dès lors que l'indemnité journalière avait cessé alors qu'elle n'était toujours pas en mesure de reprendre son travail et que le taux d'atteinte à l'intégrité de 8% ne tenait pas suffisamment compte du fait qu'elle était toujours gênée par des douleurs ni ne tenait compte de l'arthrose au niveau de la hanche. Elle concluait à l'annulation de la décision du 30 mai 2006 et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, qu'il soit constaté que la coxarthrose gauche qu'elle présentait était en lien de causalité directe avec son accident, et que les frais médicaux en relation avec l'arthrose soient pris en charge par la Compagnie d'Assurances C. _____, tous autres frais en relation avec ses problèmes de santé étant également pris en charge par cette assurance. Elle concluait également à ce qu'une incapacité de travail lui soit reconnue pendant une année supplémentaire à 100% ou à défaut pendant la durée et au taux que l'expert nommerait, le taux d'atteinte à l'intégrité étant arrêté à 45% ou au taux que l'expert nommerait. La Dresse W. _____, radiologue, a effectué le 30 octobre 2006 un Rx du bassin et des hanches de l'assurée. Dans son rapport du 1er novembre 2006 au Dr Q. _____, elle a conclu à la présence d'une coxarthrose gauche modérée. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 11 décembre 2006, le Dr Q. _____ a indiqué qu'à 7 ans de l'AMO, l'assurée présentait des douleurs en flexion hanche gauche et rotation interne et une amyotrophie. Il était d'avis que sa patiente pouvait travailler à 100% depuis le 3 janvier 2000. Dans un rapport médical du 15 mai 2007 adressé à l'avocate de l'assurée, le Dr Q. _____ a relevé ce qui suit: «Lors d'une consultation du 3 janvier 2007, la patiente présente des douleurs à la hanche droite, d'apparition progressive, sans notion de nouveau traumatisme. Cliniquement, on note une limitation de rotation interne et de flexion de la hanche gauche.

Suspectant une coxarthrose gauche débutante, j'ai demandé des radiographies du bassin le 30 octobre 2006, qui confirme une coxarthrose gauche modérée. Cette lésion dégénérative découle certainement des suites de l'accident de 1997, étant donné que la hanche contro-latérale est parfaitement asymptomatique et normale radiologiquement.

Actuellement, des exercices de stretching sont indiqués, mais il faudra peut-être envisager la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche dans le futur, si l'évolution s'avère négative.» Par décision sur opposition du 11 janvier 2008, la Compagnie d'Assurances C._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre la décision du 30 mai 2006. En droit, cette décision sur opposition a retenu en substance ce qui suit: «3.1. En L'espèce, l'assurée a été l'objet de deux expertises médicales, l'une diligentée en septembre 1998 auprès du Dr K._____ et l'autre diligentée à sa demande auprès du Dr M._____, en novembre et décembre 2002. Est surtout décisive l'expertise du Dr M._____, proche du moment déterminant et portant sur tous les objets litigieux. Qui plus est, cette expertise s'inscrit dans le prolongement de celle rédigée par le Dr K._____ en 1998 déjà, et dont l'assurée n'avait apparemment plus aucun souvenir. Force est de constater, à la lecture du rapport d'expertise du Dr M._____, que les pièces médicales et administratives consultées font l'objet d'une longue et minutieuse énumération, complétée par une synthèse pertinente. Ledit rapport a en outre été établi après un examen clinique de l'assurée, après la mise en oeuvre d'une échographie du tibia gauche, d'une nouvelle radiographie du bassin et d'un scanner de la hanche gauche, ainsi qu'après une analyse attentive des dossiers médicaux de la cause. L'expert s'est même rendu à l' [...] pour consulter le dossier initial et original relatif à l'hospitalisation de l'assurée. La description du status médical et l'appréciation du cas opérées par l'expert sont claires. Par ailleurs, l'expert a également pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée, comme c'est le cas par exemple de la mention par celle-ci de l'apparition d'une «douleur dans le pli de l'aîne gauche», «depuis le début de 2000» (p. 5), de sorte que ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Au surplus, aucun motif sérieux ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation de l'expert, tout comme de celle du Dr K._____, pas plus qu'il n'existe de raison de mettre en doute le fondement et la pertinence des conclusions émises par les autres spécialistes consultés. En résumé, il peut être admis que les conclusions de l'expert sont cohérentes, convaincantes et procèdent d'une analyse complète du cas de l'assurée, dite analyse étant en outre conforme aux principes jurisprudentiels en vigueur permettant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale. 3.2. Plus particulièrement les griefs faits par Me Bergmann (courrier du 19 avril 2003) à l'encontre de l'expertise du Dr K._____ ne résistent pas à l'examen. Les remarques suivantes s'imposent sur les griefs de Me Bergmann: • La coquille du Dr M._____ (p. 1) concernant la date de l'accident de l'assurée s'explique par une confusion avec la date de naissance de cette dernière; cette erreur n'ayant pas été reproduite dans les pages ultérieures de l'expertise et n'ayant en rien influencé le raisonnement de l'expert, elle se révèle comme totalement Insignifiante. • C'est à tort que Me Bergmann indique que le Dr M._____ faisait état d'un précédent rapport d'expertise inexistant ou réalisé par un expert (Dr K._____) qui n'aurait jamais examiné l'assurée. La lecture de ce précédent rapport d'expertise daté du 29 septembre 1998 ne peut qu'être recommandée à l'opposante. • Les affirmations du Dr M._____ relatives au «congé» donné par l'assurée pour la fin décembre 1997 trouvent leur fondement dans le courrier de l' [...] daté du 28 janvier 1998. • Il est inexact de prétendre que le Dr M._____ considérait que la première mention de «douleur à la racine de la cuisse gauche» de l'assurée remontait au 18 décembre

2000 seulement puisque celui-ci fait état dans son expertise des radiographies du bassin effectuées en décembre 1999 ainsi que des déclarations de l'assurée mentionnant l'apparition d'une «douleur dans le pli de l'aîne gauche», «depuis le début de 2000» (p. 5). • Aucun élément contraire ne permet de conclure que c'est à tort que le Dr M. _____ a retenu une absence de «craquements» chez l'assurée. • De même, rien ne permet de démontrer que ce serait également de manière erronée que l'expert aurait retenu que «la cheville gauche n'est pas enflée». De plus, l'influence de cet élément sur le sort de la présente cause apparaît négligeable, comme c'est le cas des «craquements » précités. • En outre, l'absence de «particularités au niveau du bassin», signalée par le Dr M. _____, ne permet pas d'exclure, comme le souhaite Me Bergmann, que la coxarthrose se soit développée seulement ces dernières années et sans aucun rapport avec l'accident incriminé, du moins à l'aune de la vraisemblance prépondérante. La dernière IRM du bassin effectuée en octobre 2006 par le Dr W. _____ a, d'ailleurs, permis de confirmer que la coxarthrose de l'assurée n'était que «modérée», encore à ce jour. Au vu de ce qui précède, il ne se justifie pas de diligenter la troisième expertise requise par l'assurée, ce d'autant plus que c'est son précédent mandataire, Me Bergmann, qui avait insisté pour que la deuxième expertise soit confiée au Dr M. _____. Me Kohler, la nouvelle avocate de l'assurée, n'apporte pas d'arguments supplémentaires plaidant en faveur d'une nouvelle expertise; le fait de reprocher à l'expert d'avoir «frileusement» (courrier du 31 juillet 2006, p. 5) considéré que le rapport de causalité entre l'accident incriminé et la coxarthrose n'était que «tout juste possible » ne suffit pas à entamer la pertinence des conclusions de l'expert. Par ailleurs, il est constaté que l'opposant n'a pas fait usage de la possibilité qu'elle avait de déposer en la cause une contre-expertise ou de nouveaux rapports médicaux. 3.3 [...] II convient de rappeler qu'au terme de sa précédente expertise du mois de septembre 1998, le Dr K. _____ avait, suite à son examen clinique sur Mme X. _____, jugé qu'«au niveau du membre inférieur gauche, la fracture est solide», que «les plaintes sont essentiellement subjectives» (p. 5, ad rép. 5), qu'«il n'y a pas de traitement à l'heure actuelle» et que «les mesures thérapeutiques encore (à la charge de l'assureur-accidents) sont constituées par l'ablation du matériel et par la correction de cicatrices inesthétiques (notamment la cicatrice postérieure de la jambe gauche)», ajoutant que «cette ablation de matériel comport(ait) une incapacité de travail maximale de 4 semaines en l'absence de complications importantes» (p. 5, ad rép. 6). Par ailleurs, concernant le bassin de l'assurée, le Dr K. _____ avait noté que «l'examen des hanches n'(était) pas remarquable» (p. 4). C'est dans le même sens que vont les conclusions du Dr M. _____, le second expert à s'être prononcé sur le cas de Mme X. _____, et ce en novembre et décembre 2002. Celui-ci retient que le traitement est terminé et que seul l'avis d'un spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive pourrait encore se justifier pour l'éventuelle correction de l'aspect cicatriciel, voire une intervention chirurgicale pour réparer la hernie musculaire en procédant à une suture, éventuellement à une «greffe de fascia-lata, au niveau de cette aponévrose qui s'est mal cicatrisée» (p. 13). Comme le souligne le Dr M. _____, «on peut dire, avec vraisemblance, que l'accident du 3 juin 1997 a laissé peu de séquelles après cette fracture ouverte de la jambe gauche» (p. 13), ce qui explique les raisons pour lesquelles, comme l'attestent les consultations de plus en plus espacées auprès du Dr Q. _____, le droit au traitement médical de l'assurée s'est éteint, à l'exception des deux mesures indiquées ci-dessus par le Dr M. _____. Il n'y a donc aucune raison de s'écarter de l'avis des experts, conformément à la jurisprudence indiquée ci-dessus sous ch. 2, d'éventuels traitements médicaux supplémentaires n'étant pas à la charge de

l'assureur-accidents. 3.4. [...] A l'appui de son opposition, l'assurée soutient, de manière pour le moins floue, qu'elle aurait droit au versement d'indemnités journalières «pendant une année supplémentaire à 100%». Si l'on comprend bien l'opposante, il s'agirait de l'année 2000. Or, rejoignant en cela l'avis des experts, le Dr Q. _____, médecin traitant de l'assurée, indique pourtant dans ses certificats médicaux des 24 août 2000 et 8 mars 2001, que sa patiente dispose d'une capacité de travail de «100 %» à compter du 3 janvier 2000. Qui plus est, il convient de ne pas perdre de vue que de fin 1997 à fin 1999 Mme X. _____ a séjourné en Espagne et qu'elle s'est ainsi retirée provisoirement du marché du travail, donnant son congé professionnel pour la fin 1997 et perdant ainsi, du moins jusqu'à la reprise de son activité professionnelle en janvier 2000, son droit à toucher des indemnités journalières. Ainsi, tant sous l'angle médical qu'économique, Mme X. _____ ne dispose d'aucun droit à percevoir des indemnités journalières supplémentaires, que ce soit pour l'année 2000 ou pour quelle qu'autre période que ce soit. Ajoutons que, comme l'ont indiqué les experts, c'est vraisemblablement à tort qu'ont été versées des indemnités journalières en 1998, car «il y avait très probablement une capacité de travail existant chez cette dame avant le mois d'août 98» (p. 4 de l'expertise du Dr K. _____), capacité «partielle voire complète» (p. 6), qui aurait pu conduire à une reformatio in pejus, à prononcer au détriment de l'assurée. Le refus d'allouer des Indemnités journalières «supplémentaires» à Mme X. _____ ne peut dès lors qu'être confirmé. 3.5. [...] In casu, au terme de son rapport d'expertise du 16 décembre 2002, le Dr M. _____ a estimé que les atteintes traumatiques séquellaires de Mme X. _____ correspondaient à une atteinte à l'intégrité de «8%», en application par analogie de l'Annexe 3 OLAA et des Tables Suva susmentionnés (p. 13 de l'expertise du Dr M. _____). Aucun argument scientifique ne remet en question les conclusions de l'expert, lesquelles ont une pleine valeur probante (cf. ATF 125V 352, 122V 160). Partant, c'est à bon droit que Compagnie d'Assurances C. _____ a fixé à «8%» le taux de l'atteinte à l'intégrité de son assurée. 4. Au vu des motifs qui précèdent, la décision du 30 mai 2006 doit être confirmée. La procédure étant gratuite, il n'est pas alloué de dépens (art. 52 al. 3 LPGA).» B. L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 14 février 2008 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois, lequel a, par décision du 16 avril 2008, déclaré le recours irrecevable et l'a transmis comme objet de sa compétence au Tribunal des assurances du canton de Vaud. L'assurée conclut avec suite de dépens à ce qu'il soit préalablement dit qu'il peut être établi que la coxarthrose gauche dont elle souffre présente un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident dont elle a été la victime, à l'annulation de la décision sur opposition de la Compagnie d'Assurances C. _____ du 11 janvier 2008, à la prise en charge de l'intégralité des frais médicaux passés et à venir en relation avec l'arthrose dont elle souffre, à ce que la Compagnie d'Assurances C. _____ lui verse des indemnités journalières pour la période du 30 novembre 1999 au 2 janvier 2000 et qu'il soit dit que le taux d'atteinte à l'intégrité peut être arrêté à 45%. A titre de mesure d'instruction, elle a requis qu'une nouvelle expertise soit ordonnée, dont les frais seraient supportés par la Compagnie d'Assurances C. _____. En substance, elle fait valoir que les deux rapports sur lesquels se fonde la Compagnie d'Assurances C. _____ contiennent des lacunes et des appréciations de nature subjective, telle le fait qu'elle aurait été contrainte de quitter son emploi alors que c'est elle-même qui a pris la décision de démissionner de son poste, ou encore l'hypothèse émise que son médecin traitant serait amené à protéger sa patiente contre une situation qu'il devait juger incorrecte. Elle estime en outre que les expertises des Drs K. _____ et M. _____ sont intervenues de manière prématurée, ne mettant pas en

cause le sérieux avec lequel les Drs K. _____ et M. _____ ont effectué leurs expertises, mais le fait que celles-ci se fondent sur un moment précis de l'évolution de son état de santé sans tenir compte de l'évolution possible de celle-ci. Elle se demande par ailleurs pourquoi il conviendrait de donner plus de crédit à une expertise ordonnée par l'assureur qu'à l'avis du médecin traitant qui peut attester d'un suivi régulier de son patient et a connaissance de tous les éléments utiles à influencer sur son état de santé. Elle estime ensuite que les conditions des liens de causalités naturelles et adéquates sont remplies dès lors que le temps a permis de démontrer que c'est à la suite de son accident de juillet [recte: juin] 1997 qu'elle a développé une coxarthrose du côté du membre affecté, l'autre membre n'étant pas atteint et aucun signe d'arthrose ou trouble similaire n'étant présent dans les autres parties de son corps. Elle expose encore que l'évolution de son état de santé laisse fort à penser qu'elle se trouvera contrainte à devoir supporter à brève échéance la pose d'une prothèse de la hanche qui peut correspondre selon le barème figurant à l'annexe 3 de l'OLAA à la perte d'une jambe au niveau du genou voire à une atteinte très grave et douloureuse du fonctionnement de la colonne vertébrale, en déduisant qu'il convient ainsi de fixer à 45% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle fait enfin valoir qu'il convient de condamner la Compagnie d'Assurances C. _____ à lui verser des indemnités journalières du 30 novembre 1999 au 2 janvier 2000, période durant laquelle elle était en incapacité de travail en raison de l'ablation opérée par le Dr Q. _____ du clou centromédullaire verrouillé du tibia gauche ainsi que de la reprise de la cicatrice par le Dr T. _____, interventions prises en charge par l'intimée. A l'appui de son recours, l'assurée produit le rapport médical de la Dresse W. _____ du 1er novembre 2006 ainsi que le rapport médical du Dr Q. _____ du 15 mai 2007. Dans sa réponse du 24 novembre 2008, la Compagnie d'Assurances C. _____ conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle expose que l'assurée a été l'objet de deux expertises médicales, dont l'une en novembre et décembre 2002 auprès du Dr M. _____, à laquelle il peut être conféré pleine valeur probante. Elle explique qu'il ne se justifie pas de diligenter une troisième expertise, ce d'autant que c'est le précédent mandataire de l'assurée qui a insisté pour que le Dr M. _____ soit désigné en qualité d'expert et l'assurée n'ayant pas fait usage de la possibilité qu'elle avait de déposer une contre-expertise. S'agissant des frais de traitement, l'intimée relève qu'il n'y a aucune raison de s'écarter de l'avis des experts, d'éventuels traitements médicaux supplémentaires n'étant pas à la charge de l'assureur-accidents. Quant aux indemnités journalières, la Compagnie d'Assurances C. _____ observe que l'assurée a séjourné en Espagne depuis la fin 1997 jusqu'à la fin 1999, se retirant ainsi provisoirement du marché du travail, donnant son congé professionnel pour la fin 1997 et perdant ainsi, du moins jusqu'à la reprise de son activité professionnelle le 3 janvier 2000, son droit à toucher des indemnités journalières, relevant encore que selon les experts, c'est vraisemblablement à tort que des indemnités journalières ont été versées en 1998, car il y avait de l'avis du Dr K. _____ très probablement une capacité de travail existant chez elle avant le mois d'août 1998, qui aurait dû conduire à une reformatio in pejus. Concernant enfin la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à 8%, l'intimée relève qu'aucun argument scientifique ne remet en question les conclusions de l'expert M. _____, qui ont pleine valeur probante. Dans sa réplique du 16 mars 2009, la recourante fait à nouveau valoir que les deux rapports d'expertise contiennent des lacunes et des appréciations de nature subjective. Elle observe en outre qu'aucun des rapports ne mentionne un état antérieur défavorable ou une prédisposition à ce qu'elle développe une coxarthrose et en déduit, en se fondant sur un extrait tiré de la doctrine

médicale relatif à la coxarthrose, qu'en l'absence d'une telle constatation il convient de retenir qu'elle était en parfaite santé jusqu'au jour de son accident et ne présentait aucune prédisposition à développer une coxarthrose de la hanche. Elle explique que le Dr Q. _____ admet également un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte actuelle à sa hanche gauche, dans la mesure où elle ne présente pas d'arthrose de la hanche droite. Elle estime que l'atteinte dont elle souffre doit être qualifiée de séquelle tardive et rappelle que les Drs K. _____ et M. _____ l'ont examinée de manière prématurée. Elle répète enfin que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être fixée à 45% et que l'assurance intimée doit lui verser des indemnités journalières du 30 novembre 1999 au 2 janvier 2000. Dans sa duplique du 29 avril 2009, la Compagnie d'Assurances C. _____ relève que l'extrait de littérature médicale concernant la problématique de la coxarthrose reproduit par la recourante n'apporte pas d'élément décisif permettant de remettre en question les examens et conclusions des deux experts et qu'il en va de même du passage reproduit dans sa réplique concernant la problématique de l'expertise médicale en droit français. L'assurance intimée observe en outre que la recourante se confine à soutenir que c'est elle et non pas son employeur qui aurait donné son congé, contrairement à ce qu'aurait retenu le Dr M. _____, élément qui n'influe pas de manière décisive sur la nature médicale de la question à trancher. S'agissant du caractère prématuré des expertises, la Compagnie d'Assurances C. _____ constate que l'accident date de 1997, et qu'en disposant d'un laps de temps de 4 ans entre les deux expertises, cela permettait au second expert de disposer de suffisamment de recul pour juger également l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Elle expose qu'aucun élément scientifique ou juridique ne saurait justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, celles rendues par les Drs K. _____ et M. _____ étant de qualité scientifique irréprochable et devant se voir reconnaître la prééminence sur l'avis du médecin traitant de l'assurée. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 14 février 2008 contre la décision sur opposition du 11 janvier 2008, le recours a été interjeté en temps utile mais auprès d'un tribunal incompétent, qui l'a transmis au Tribunal des assurances du canton de Vaud comme objet de sa compétence par décision du 16 avril 2008. Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le point de savoir si la Compagnie d'Assurances C. _____ était fondée, par sa décision sur opposition du 11 janvier 2008, à limiter la prise en charge des frais de traitement de l'assurée à ceux préconisés par l'expert M. _____ (éventuelle réparation chirurgicale de la hernie musculaire et éventuelle reprise de l'aspect cicatriciel du membre inférieur gauche). Sont également litigieuses la question de la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et celle du versement des indemnités journalières pour la période du 30 novembre 1999 au 2

janvier 2000. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177, consid. 3.1 p. 181; 402, consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2ème éd., no 79 p. 865) (cf. TF 8C_377/2009 du 18 février 2010, consid. 5.1). 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 p. 181; 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456, consid. 5a p. 461 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191, consid. 1c, arrêt U 93/96 du 5 février 1997) (cf. TF 8C_92/2010 du 6 octobre 2010, consid. 2). b) En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement ne comprend toutefois pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141, consid. 4.1; ATF 109 V 43, consid. 2a). c) En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré a droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident (al. 1); le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail (al. 2). L'indemnité journalière est calculée conformément à l'annexe 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) et versée pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (art. 25 al. 1 OLAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2e phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération (cf. ATF 134 V 109, consid. 4.1 p. 113 sv.; 133 V 57, consid. 6.6.2

et les références citées; TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009, consid. 5.2). On ajoutera que les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères, sous réserve des cas de lésions structurelles claires (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; arrêt V. du 20 février 2006, consid. 1, U 249/05). Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2). d) Selon 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 (al. 1). L'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 (art. 36 al. 1 OLAA). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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, FF 1976 III p. 29). 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 p. 230 et les références). 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 (Jean-Maurice Frésard/Margrit Moser-Szeless, op. cit., no 229). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147, consid. 1; 113 V 218, consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 no U 362 p. 41, U 360/98, consid. 1). 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 (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de

l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3; voir également Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). 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 (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 235). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29, consid. 1b p. 32, 209, consid. 4a/bb p. 210; 113 V 218, consid. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. 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 ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles 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 p. 211; 116 V 156, consid. 3a p. 157; RAMA 1998 no U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a) (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5). e) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351, consid. 3a p. 352; 122 V 157, consid. 1c p. 160 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3 p. 352 s; TF 4A_45/2007 du 12 juin 2007, consid. 5.1). 4. a) En l'espèce, il convient en

premier lieu d'examiner le bien-fondé du refus, par la Compagnie d'Assurances C._____, de prendre en charge les frais de traitements de l'assurée en relation avec l'arthrose dont souffre cette dernière, ce qui revient singulièrement à déterminer s'il existe un lien de causalité, naturelle et adéquate, entre ce trouble et l'accident du 3 juin 1997. A cet égard, la recourante reproche aux rapports d'expertise des Drs K._____ et M._____ d'être lacunaires, de comporter des appréciations subjectives et d'avoir été établis prématurément, sans tenir compte de l'évolution possible de son état de santé, qui s'est révélée négative de l'avis du Dr Q._____. En l'occurrence, l'intimée a versé les prestations légales (indemnités journalières et frais de traitement) ensuite de l'accident du 3 juin 1997. L'assurée a été opérée le jour de l'accident par le Dr G._____, qui a procédé à un enclouage centromédullaire par clou plein verrouillé après avoir diagnostiqué une fracture ouverte de stade II de la jambe gauche. Elle a ensuite été suivie par le Dr Q._____, chirurgien orthopédique traitant, qui a constaté une évolution lentement favorable (rapports des 2 février, 6 et 27 avril et 21 juin 1998). L'intimée a alors confié un mandat d'expertise au Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport d'expertise médicale du 29 septembre 1998, ce dernier a constaté qu'au niveau du membre inférieur gauche, la fracture était solide et était d'avis qu'il n'y avait pas d'objection théorique à la reprise de travail dans un bureau, observant qu'il y avait très probablement une capacité de travail existant chez l'assurée avant le mois d'août 1998. Le 18 décembre 1998, le Dr Q._____ a indiqué que sa patiente pouvait reprendre son travail à 100% dès le 14 décembre 1998. Le 30 novembre 1999, ce praticien a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le même jour, il a été procédé à la reprise de la cicatrice. Dans son rapport médical du 17 janvier 2000, le Dr Q._____ a indiqué que sa patiente pouvait reprendre le travail à 50% dès le 11 décembre 1999 et à 100% dès le 3 janvier 2000. Dans son rapport médical du 29 mai 2000, la Dresse F._____ a constaté que du point de vue cicatriciel, l'évolution était bonne, précisant que les cicatrices constituaient un dommage permanent. Dans un rapport médical du 8 mars 2001, le Dr Q._____ a observé que sa patiente présentait des douleurs occasionnelles de l'insertion des adducteurs, le status étant sinon en ordre. Il estimait que les cicatrices ainsi que les douleurs occasionnelles constituaient un dommage permanent. Sur requête de l'assurée, l'intimée a confié la mise en œuvre d'une nouvelle expertise au Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise médicale du 16 décembre 2002, l'expert a retenu les diagnostics de status après fracture ouverte stade II diaphysaire des tibia et péroné gauches, de status après fracture des têtes métatarsiennes 2, 3 et 4 du pied droit, de hernie musculaire de la jambe gauche et d'ébauche d'un début de coxarthrose gauche. Il a expliqué qu'il ne pouvait trouver une relation de causalité ni certaine ni probable entre ce petit début de coxarthrose gauche et l'accident du 3 juin 1997, la relation de causalité lui paraissant tout juste possible. Le Dr M._____ a relevé que l'aspect esthétique pouvait justifier un avis spécialisé de la part d'un spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive pour savoir si l'aspect cicatriciel pouvait être corrigé et a noté qu'il était médicalement possible de réparer la hernie musculaire en procédant à une suture, éventuellement à une greffe fascia-lata. Le Dr M._____ a enfin estimé l'atteinte à l'intégrité à 8% compte tenu de l'aspect esthétique, de la hernie musculaire et des douleurs résiduelles gênantes à la face antérieure du genou gauche. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr M._____, l'intimée a, par décision du 30 mai 2006, informé l'assurée qu'elle prendrait en charge les frais du traitement médical préconisé par l'expert, que les troubles arthrosiques à la hanche n'étaient pas en

relation de causalité avec l'accident et que les attentes à la santé justifiaient un pourcentage de 8%, dont il résultait une indemnité unique de 7'776 francs. Elle a en outre relevé que les indemnités journalières avaient été indemnisées dans leur ensemble. Dans un rapport médical du 1er octobre 2006, la Dresse W. _____ a conclu à la présence d'une coxarthrose gauche modérée. Dans un rapport médical du 15 mai 2007, le Dr Q. _____ a relevé que la coxarthrose gauche modérée découlait certainement des suites de l'accident de 1997, étant donné que la hanche contro-latérale était parfaitement asymptomatique et normale radiologiquement. Par décision sur opposition du 11 janvier 2008, la Compagnie d'Assurances C. _____ a confirmé sa décision du 30 mai 2006. b) Au regard de ce qui précède, il sied tout d'abord de constater que l'objet du litige réside premièrement dans la question de savoir si la coxarthrose présentée par la recourante est en lien de causalité avec l'événement accidentel du 3 juin 1997. Pour rendre ses conclusions, le Dr M. _____ a procédé à un examen clinique approfondi du status orthopédique de l'assurée, a effectué de nouvelles radiographies et est allé personnellement consulter son dossier médical auprès de l' [...]. Il a également passé en revue tous les faits médicaux déterminants depuis la survenance de l'accident du 3 juin 1997 et a exposé les plaintes de l'assurée. Selon ses constatations, la récupération fonctionnelle au niveau de la jambe gauche lui paraît pratiquement complète, des douleurs demeurant au niveau du genou, très vraisemblablement dues à la cicatrice laissée par la voie pour insérer et procéder à l'ablation du clou centromédullaire verrouillé. Demeuraient également une voussure sur la face antéro-externe de la jambe due à la hernie musculaire, ainsi que des cicatrices peu esthétiques. L'expert a également constaté un début de coxarthrose gauche. Il sied à ce stade d'observer qu'il ne s'agit dès lors pas, comme le soutient la recourante, d'une séquelle tardive qui devrait conduire à considérer que l'expertise du Dr M. _____ était prématurée, dès lors que ce dernier a pu en constater la présence lors de ses examens des 19 novembre et 3 décembre 2002. Afin de déterminer si ce début de coxarthrose avait ou non une origine traumatique, le Dr M. _____ a été consulté le dossier de la recourante lors de son admission à l'hôpital le 3 juin 1997. Il a constaté que le status d'entrée ne faisait aucune mention d'une éraflure, d'un hématome ou d'un signe de contusion au niveau du haut de la cuisse. Sur le schéma corporel imprimé établi le 5 juin 1997 avant le transfert de l'assurée à la clinique [...], seule la jambe gauche, entre le genou et le pied, était indiquée comme douloureuse. Il n'y avait aucune mention dans ce dossier de la région de la hanche. Il relevait qu'il était également curieux de constater qu'au cours de toute sa rééducation, alors qu'elle marchait avec un plâtre à son pied droit à la suite de ses fractures des orteils, l'assurée ne se soit jamais plainte de sa hanche gauche. L'expert a ainsi observé que ce n'était qu'à la fin de l'année 1999, donc deux ans et demi après l'accident, que la patiente avait commencé à se plaindre de douleurs dans son pli inguinal gauche. Sur la radiographie du bassin de l'assurée de décembre 1999, il a constaté une petite asymétrie au niveau de la hanche gauche par rapport à la hanche droite, lui ayant permis de constater un petit début de coxarthrose gauche. Compte tenu de ses investigations, le Dr M. _____ a conclu qu'il ne pouvait pas trouver une relation de causalité ni certaine ni probable entre ce début de coxarthrose gauche et l'accident du 3 juin 1997, la relation de causalité lui paraissant tout juste possible. Finalement, selon l'expert M. _____, on pouvait dire avec vraisemblance que l'accident du 3 juin 1997 avait laissé peu de séquelles après cette fracture ouverte de la jambe gauche. Il n'existe en l'occurrence aucun motif de s'écarter de l'avis du Dr M. _____ et de mettre en œuvre une nouvelle expertise. D'une part, on ne voit pas que l'appréciation de ce médecin reposerait sur des constatations médicales incomplètes ou

inexactes. En particulier, le rapport médical de la Dresse W. _____ du 1er novembre 2006, qui constate la présence d'une coxarthrose gauche modérée, ne contredit pas le rapport d'expertise du Dr M. _____, lequel fait également état de la présence d'un début de coxarthrose gauche. Seul le Dr Q. _____, dans son avis médical à l'avocate de la recourante du 15 mai 2007, pose que cette lésion dégénérative découlerait certainement des suites de l'accident de 1997. Or il est constant qu'en cas de doute, le médecin traitant de l'assuré peut être enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. supra consid. 3 let. f), si bien que le rapport du Dr Q. _____ précité n'est pas propre à remettre en doute les conclusions du rapport de l'expert M. _____.

D'autre part, les raisons qui ont amené l'expert à nier une relation de causalité certaine ou probable entre le début de coxarthrose gauche et l'accident du 3 juin 1997 ont fait l'objet d'une motivation circonstanciée et convaincante. La recourante ne saurait dès lors être suivie lorsqu'elle affirme qu'elle ne voit pas pourquoi il conviendrait de donner plus de crédit à une expertise ordonnée par l'assureur qu'à l'avis du médecin traitant, étant encore observé que c'est son précédent conseil qui a proposé que le Dr M. _____ soit désigné en qualité d'expert. Quant aux griefs, au demeurant peu étayés, formulés à l'encontre des rapports d'expertise des Drs K. _____ et M. _____, savoir qu'ils contiendraient des lacunes et des appréciations subjectives, ils ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé desdits rapports et ne constituent en particulier pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure à un manque d'objectivité et d'impartialité de la part des experts. Il faut en outre observer que l'assurance intimée s'est, ainsi qu'elle l'admet, essentiellement fondée sur l'expertise du Dr M. _____. Au regard de ce qui précède, il y a lieu de considérer que ce rapport d'expertise, qui se fonde sur des examens complets, qui prend en considération les plaintes exprimées par la recourante et qui a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical, correspond aux réquisits jurisprudentiels permettant que pleine valeur probante lui soit accordée. L'expert M. _____ doit donc être suivi lorsqu'il affirme qu'il ne peut pas trouver une relation de causalité ni certaine ni probable entre le début de coxarthrose gauche et l'accident du 3 juin 1997, la relation de causalité lui paraissant tout juste possible. Or il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (cf. consid. 3a supra). Ainsi, faute de lien de causalité naturelle entre l'accident du 3 juin 1997 et l'arthrose dont souffre la recourante, la décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle retient que seuls seront pris en charge les frais du traitement médical préconisé par l'expert M. _____ (éventuelle réparation chirurgicale de la hernie musculaire et éventuelle reprise de l'aspect cicatriciel du membre inférieur gauche), et non ceux relatifs à l'arthrose de la recourante.

5. La recourante conteste en outre la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été reconnue. En l'espèce, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité litigieuse est fondé sur l'estimation du Dr M. _____ du 16 décembre 2002, lequel a estimé par analogie avec les tables de la Division médicale de la CNA que l'atteinte à l'intégrité résultant des séquelles de la fracture ouverte de la jambe gauche de l'assurée était de 8%, ce compte tenu de l'aspect esthétique, de la hernie musculaires et des douleurs résiduelles gênantes à la face antérieure du genou. Or la recourante soutient qu'elle se trouvera contrainte à brève échéance à devoir supporter la pose d'une prothèse de la hanche, ce qui selon elle peut correspondre à la perte d'une jambe au niveau du genou voire à une atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale, justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45 pour-cent. Au demeurant, seul le médecin traitant de l'assurée,

dans son rapport médical du 15 mai 2007 à l'avocate de celle-ci, a mentionné l'éventualité de la mise en place d'une prothèse de la hanche dans le futur, sans affirmer qu'une telle intervention serait nécessaire, et sans indiquer à quel délai elle interviendrait. Dans tous les cas, et faute de relation de causalité à tout le moins probable entre le début de coxarthrose gauche que présente la recourante et l'accident du 3 juin 1997 (cf. supra consid. 4 let. b), l'argumentation de la recourante relative à la pose d'une prothèse de la hanche ne saurait être suivie. Dans ces conditions, le taux de 8% retenu pour l'atteinte à l'intégrité doit être confirmé. 6. La recourante soutient enfin qu'elle a droit à des indemnités journalières pour la période du 30 novembre 1999 au 2 janvier 2000, période au cours de laquelle elle était en incapacité de travail à la suite de l'ablation du clou centromédullaire verrouillé du tibia gauche ainsi que de la reprise de la cicatrice. L'assurance intimée fait quant à elle valoir que la recourante a séjourné en Espagne depuis la fin 1997 jusqu'à la fin 1999 et qu'elle s'est ainsi retirée provisoirement du marché du travail, donnant son congé pour la fin 1997 et perdant ainsi, du moins jusqu'à la reprise de son activité professionnelle le 3 janvier 2000, son droit à toucher des indemnités journalières. a) L'indemnité journalière vise à compenser la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 151). Il a été jugé qu'un assuré à la retraite anticipée qui subit un accident durant la période d'assurance prolongée de l'art. 3 al. 2 LAA n'a pas droit à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents faute de perte de gain (ATF 130 V 36, consid. 3). La perte de salaire est une condition du droit aux indemnités journalières à mesure que ce revenu de substitution doit être calculé d'après un gain assuré que la personne assurée doit en principe prouver à chaque fois que survient une incapacité de travail imputable à l'accident (ATF 8C_898/2008 du 17 décembre 2009, consid. 3 et les références citées). b) En l'occurrence, la recourante ne conteste pas avoir séjourné en Espagne de la fin 1997 à la fin 1999. Par courrier du 21 mars 2001, l'intimée a interpellé l'assurée afin de savoir si elle possédait au moment de l'opération du 30 novembre 1999 une activité salariée ou bénéficiait d'indemnités de l'assurance-chômage. L'assurée n'a donné aucune suite à cette correspondance. Faute de perte de salaire au moment de l'intervention du 30 novembre 1999, la recourante ne peut prétendre au versement d'indemnités journalières pour la période du 30 novembre 1999 au 2 janvier 2000. 7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA), ni d'allouer de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA; art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 11 janvier 2008 par la Compagnie d'Assurances C._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Monica Kohler, avocate (pour Mme X._____), ■ Compagnie d'Assurances C._____, - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.