

# VD\_GERICHTE ZA12.043812 vom 11. November 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-11-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA12.043812](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA12.043812)

FR: VD\_GERICHTE ZA12.043812 du 11 novembre 2013

IT: VD\_GERICHTE ZA12.043812 del 11 novembre 2013

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 107/12 - 99/2013 ZA12.043812 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 11 novembre 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de M. MÉTRAL Juges :  
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
W. \_\_\_\_\_, à Tannay, recourante, représentée par Me Roland Bugnon, avocat à Genève,  
et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne,  
intimée. \_\_\_\_\_ Art. 6 al. 1 et 24 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. W. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée) travaille en qualité de conceptrice  
d'application à l'office fédéral de l'informatique et de la télécommunication. A ce titre, elle  
est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les  
maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas  
d'accidents (ci-après: la CNA). Le 20 octobre 2005, l'assurée a été victime d'un accident de  
la circulation routière à Mies. Selon un rapport de la gendarmerie vaudoise du 22 décembre  
2005, la voiture que conduisait l'assurée à une vitesse d'environ 20 à 30 km/h a été percutée  
frontalement par une voiture venant en sens inverse à une vitesse d'environ 30 à 40 km/h.  
L'assurée a ressenti des douleurs aux vertèbres cervicales, au pied droit ainsi qu'à la cage  
thoracique; elle a été conduite aux hôpitaux universitaires genevois (ci-après: les HUG). Le  
27 octobre 2005, l'employeur de l'assurée a annoncé cet accident à la CNA, en indiquant  
que l'intéressée avait des blessures internes à la cage thoracique et au pied droit. Dans un  
rapport médical du 22 novembre 2005 à la CNA, les HUG ont annoncé que l'assurée  
souffrait de cervicalgies, de douleurs à la palpation du thorax et de fourmillement de  
l'hémiface droite, sans mise en évidence de fractures ni de troubles statiques. Des  
contusions musculaires, de la nuque, du dos et du thorax ont été diagnostiquées. Une  
incapacité de travail a été fixée du 21 au 26 octobre 2005. Elle a par la suite été prolongée  
par le médecin traitant de l'assurée, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne.  
L'assurée a repris le travail à 100% le 1er février 2006. Dans un certificat médical du 10  
avril 2006, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de contusions multiples, de douleurs  
cervicales, dorsales et lombaires ainsi que de douleur persistante à l'aîne gauche.  
L'évolution était favorable pour les dorsolombalgies, mais pas pour la douleur de l'aîne

- 3 - gauche, qui entraînait une flexion douloureuse et une boiterie. Les 28 avril et 15 mai  
2006, ce médecin a attesté la persistance du problème de la douleur de l'aîne gauche avec  
boiterie et gêne en flexion. Une IRM de la hanche gauche a été effectuée par la Dresse  
F. \_\_\_\_\_, radiologue, qui dans un rapport du 19 avril 2006 a retenu la présence de petits  
hématomes liquéfiés séquellaires après claquage musculaire disséquant le muscle psoas  
iliaque. Il y avait une rupture associée du ligament ilio-fémoral, un épanchement réactionnel  
dans la bourse du psoas iliaque et un kyste mucoïde partiellement à cheval sur le versant  
postéro-supérieur du cotyle et du labrum acétabulaire. Une arthrographie et une arthro-IRM

de la hanche gauche ont été pratiquées le 21 septembre 2006 par le Dr B. \_\_\_\_\_, radiologue, mettant en évidence la présence d'une coxarthrose modérée à moyenne, s'accompagnant d'un élément de déchirure et de désinsertion partielle étendue du labrum supéro-latéral et antérieur. L'assurée a été adressée au Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un rapport du 30 janvier 2007, ce médecin a retenu que le problème de l'aine gauche consistait cliniquement et radiologiquement en une lésion labrale probable dans un contexte de dysplasie fruste de la hanche et de conflit coxo-fémoral dû à une tête fémorale asphérique. Il a proposé une arthroscopie, ou une ostéotomie voire une arthroplastie en cas d'échec, et relevé que la symptomatologie labrale dégénérative dans un contexte de dysplasie est un problème difficile pour la tranche d'âge de l'assurée. Dans un rapport médical intermédiaire du 1er décembre 2007, le Dr P. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une coxarthrose post traumatique de la hanche avec lésion labrale, en signalant une aggravation des douleurs et un pincement progressif de l'articulation. Il a indiqué que l'assurée faisait l'objet d'un traitement d'antalgie.

- 4 - En mai 2008, l'assurée s'est soumise à une intervention à l'hôpital du [...] de Birmingham, consistant en un "resurfaçage" de la tête du fémur par la pose d'une prothèse, qui a été prise en charge par la CNA. L'assurée a par la suite bénéficié d'un traitement de physiothérapie et a subi une période d'incapacité de travail avant de reprendre son travail à 100% le 1er octobre 2008. Des douleurs persistantes ont toutefois été signalées par la suite. Le 25 mai 2009, la Dresse U. \_\_\_\_\_, radiologue, a effectué un scanner du bassin et de la hanche gauche. Elle a constaté une marche d'escalier entre la tête prothétique du fémur et le col fémoral sur son versant latéral (3.5 mm) et une tige prothétique verticalisée au niveau du col fémoral. Elle a également relevé le status de mise en place d'une prothèse de la hanche gauche, et observé une coxarthrose majeure à droite. Le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assurée le 23 novembre 2009. Dans un rapport du même jour, il a relevé que l'assurée souffrait d'une coxarthrose bilatérale, avec apparition de douleurs de l'aine près de six mois après l'accident. L'IRM ne révélait pas de lésion telle qu'une fracture susceptible d'aggraver de façon déterminante la coxarthrose préexistante. Il a estimé qu'un hématome dans la région de la hanche gauche avait pu passagèrement aggraver la coxarthrose préexistante mais en aucun cas l'aggraver de façon durable. Il n'y avait pas de taux indemnisable pour une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI). Dans un rapport du 4 décembre 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin traitant de l'assurée, a attesté de l'échec de l'opération avec une fracture du cotyle et un enfoncement de la prothèse. Il a ajouté que l'assurée ressentait des douleurs pour toutes les activités de la vie quotidienne, et a requis un nouvel avis chirurgical. Il y avait lieu de craindre un dommage permanent.

- 5 - A la suite d'un nouvel examen de l'assurée, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, a indiqué dans un rapport du 2 mars 2010 que l'intéressée n'avait ressenti aucune gêne à l'articulation de la hanche gauche avant son accident, et qu'elle pratiquait à cette époque des activités sportives incompatibles avec des lésions dégénératives de cette articulation. Des lésions dégénératives pouvaient toutefois déjà exister au moment de l'accident en rapport avec une dysplasie de cette articulation. Il a demandé la production des radiographies, qui étaient nécessaires pour apprécier l'état antérieur et le lien de causalité. Dans un complément du 4 mars 2010, le Dr T. \_\_\_\_\_ a relevé que les radiographies ne démontraient pas de lésion fracturaire, tout au plus une très discrète diminution de l'interligne articulaire, et que l'arthro-IRM de la hanche gauche

mettait en évidence des lésions vraisemblablement antérieures à l'accident. Il a relevé que l'état antérieur jouait probablement un rôle défavorable dans l'évolution du cas, puis a estimé que la situation n'était pas suffisamment stabilisée pour fixer les prestations d'assurance et procéder à une évaluation de l'IPAI. L'assurée a produit plusieurs attestations de ses collègues et de connaissances, certifiant qu'elle marchait correctement avant son accident du 20 octobre 2005 et pratiquait régulièrement du sport, et que depuis cet événement elle marche en boitant et a cessé toute activité sportive. Le 20 juin 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué un status inchangé avec la persistance de douleurs à l'effort et également pour des activités de la vie quotidiennes. Il y avait lieu de craindre un dommage permanent. Dans un courrier de son mandataire du 8 juillet 2010, l'assurée a expliqué à la CNA que l'état préexistant ne jouait aucun rôle quelconque dans l'évolution défavorable de son cas, car elle ne souffrait d'aucune boiterie avant son accident et pouvait s'adonner à la pratique sportive. Elle a indiqué qu'elle n'envisageait pas de recourir à une nouvelle

- 6 - intervention chirurgicale et a demandé la mise en œuvre d'une expertise. Le 26 juillet 2010, la CNA a requis de nouveaux documents médicaux pour pouvoir se prononcer. Dans une appréciation médicale du 25 janvier 2011 le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que l'accident du 20 octobre 2005 n'avait entraîné aucune atteinte structurelle de la hanche à même d'entraîner la progression des atteintes dégénératives dans une situation d'"Inpagement". Dans la mesure où l'accident assuré n'avait pas entraîné de lésions structurelles de la hanche, la coxarthrose préexistante au moment de la mise en place de la prothèse n'était pas due à l'accident et ne pouvait pas justifier l'octroi d'une IPAI. Par décision du 14 juin 2011, la CNA a relevé que l'accident n'avait pas induit de lésion structurelle au niveau de la hanche gauche, de sorte que la condition d'obtention d'une IPAI n'était pas remplie. Le 16 août 2011, l'assurée a formé opposition contre cette décision, en concluant principalement à l'octroi d'une IPAI de 40%, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale. La CNA a soumis le cas au Dr C.\_\_\_\_\_, médecin au Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans une appréciation médicale du 16 novembre 2011, celui-ci a retenu notamment ce qui suit: "En analysant ces éléments dans le cas de Mme W.\_\_\_\_\_, on joint à la conclusion que l'on ne peut pas établir un lien de causalité naturelle avec vraisemblance prépondérante entre les lésions coxo-fémorales gauches ayant fait pour objet un traitement conservateur prolongé puis une intervention d'arthroplastie totale et l'accident de la circulation subie par Mme W.\_\_\_\_\_ le 20 octobre 2005. Au moment de l'accident ou immédiatement après, il n'est fait aucunement notion de problème coxo-fémoral. À vrai dire, on est émerveillé de constater que pour la période suivant immédiatement l'accident et s'étant caractérisée tout de même par un arrêt de

- 7 - travail de plus de trois mois, il n'existe qu'un seul rapport médical faisant état de contusions multiples, ce qui n'augure pas d'un décours problématique et prolongé. Toutefois, en analysant les éléments de facturation du dossier, on retrouve une ordonnance du Dr Z.\_\_\_\_\_, en date du 14 décembre 2005, avec prescription de physiothérapie pour des douleurs persistantes au niveau lombaire et inguinal gauche. On peut donc admettre, malgré l'absence de rapport initial spécifique, la présence d'une symptomatologie douloureuse à la hanche dans les suites proches de l'accident. Ceci n'est du reste pas une surprise si l'on se réfère au premier examen IRM, qui parle pour un état séquellaire de

déchirure musculaire au niveau du muscle ilio-psoas, constatation tout à fait compatible avec une symptomatologie locale douloureuse. Il apparaît en revanche difficile de comprendre comment l'accident a pu provoquer cette lésion, un choc axial, comme plus tard évoqué par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans le cadre de l'aggravation de la coxarthrose, n'apparaissant pas comme un mécanisme propre à provoquer une lésion du psoas et tout au plus peut-on évoquer éventuellement une co-contraction musculaire contrariée en présence de la ceinture de sécurité pour expliquer la déchirure musculaire, sans que ce mécanisme apparaisse très convaincant. Quoi qu'il en soit, en l'absence d'un descriptif précis de l'accident, respectivement du rapport de police avec photos des véhicules, il apparaît impossible de reconstituer de manière convaincante la dynamique de l'accident. Ce que l'on peut dire en revanche, c'est qu'initialement la symptomatologie ne devait pas être trop marquée puisque seules sept séances de physiothérapie ont été effectuées, du 20 décembre 2005 au 13 janvier 2006, et que l'assurée a pu initialement reprendre son activité professionnelle en plein dès le 1er février 2006. Ceci fait évoquer une lésion aigue de gravité modérée avec décours favorable, évolution tout à fait compatible avec la lésion musculaire diagnostiquée ensuite au niveau de l'ilio-psoas. Reste maintenant à savoir si les lésions diagnostiquées au niveau articulaire, à savoir une lésion labrale avec coxarthrose de moyenne qualité, sont des conséquences de l'accident ou s'il s'agit plutôt de lésions dégénératives préexistantes. Dans ce deuxième cas de figure, il incombera encore d'analyser si l'accident a pu structurellement aggraver le status pathologique préexistant. Le radiologue ayant décrit la première IRM s'était clairement exprimé pour une atteinte strictement dégénérative, préexistante à l'accident, des lésions labrales et coxarthrosiques à un stade peu avancé. Lors de sa première évaluation, le Dr P. \_\_\_\_\_ a également conclu que la lésion labrale et la dégénérescence arthrosique étaient secondaires à une dysplasie fruste mais toutefois bien présente de

- 8 - l'articulation coxo-fémorale, cette dysplasie étant au demeurant symétrique. À cela, on ajoutera la présence de lésions strictement superposables sur la première IRM du côté droit, la déchirure labrale étant même plus visible du côté asymptomatique et celle-ci ayant entraîné sur les années également une dégénérescence arthrosique, puisque le dernier examen IRM (non disponible, comme toutes les radiographies depuis l'intervention), parle maintenant pour une arthrose du côté droit. Au vu des lésions symétriques, d'une dégénérescence articulaire de gravité comparable des deux côtés et des facteurs prédisposant pour une atteinte labrale et articulaire dégénérative, il apparaît non seulement clairement que ces pathologies étaient préexistantes à l'accident mais également qu'il n'existe pas d'arguments probants pour conclure à une aggravation structurelle de ces lésions dégénératives par l'accident. Ceci est corroboré par l'anamnèse, avec évolution principalement favorable puis extrêmement défavorable. Il existe d'autre part certaines incongruences anamnestiques, surtout si l'on pense à la première évaluation du Dr P. \_\_\_\_\_ où celui-ci signale d'un côté un périmètre de marche encore conservé de manière confortable pendant trente minutes et d'autre part des douleurs cotées à 9/10, présentes également au repos, élément anamnestique qui n'évoque pas de manière convaincante un problème de type mécanique dans un contexte coxarthrosique dégénératif avec lésion labrale. Considérant donc une lésion musculaire de peu de gravité dans les suites de l'accident et l'absence d'autres lésions d'origine traumatique probables, on aurait pu et dû définir un statu quo sine, éventuellement déjà à la reprise du travail, mais au plus tard après la première IRM, tout au moins pour la pathologie labrale et coxarthrosique, pathologie ayant seulement pu être aggravée de manière transitoire par l'accident.

Relativement aux rapports médicaux considérant la nature post- traumatique des lésions labrales puis de la dégénérescence arthrosique, le raisonnement de causalité reposant uniquement sur un raisonnement post hoc propter hoc, il n'y a pas lieu de les suivre. Ainsi, considérant un statu quo sine pour les lésions traumatiques constatées (déchirure partielle du muscle ilio-psoas) atteint à six mois et considérant la définition d'un statu quo sine à la même période pour une aggravation symptomatique de lésions dégénératives sous-jacentes favorisées par un contexte dysplasique, il apparaît clairement que d'un point de vue médical, il n'existait aucun motif de prendre en charge des soins au-delà de cette période et, partant, de prendre en charge l'intervention d'arthroplastie de la hanche gauche effectuée plus d'une année et demi après l'accident. Analysant donc du point de vue strictement médical le cas de Mme W. \_\_\_\_\_, on devrait conclure malheureusement a posteriori que celle-ci ne peut prétendre à une IpAI, l'accident en lui-même n'ayant provoqué aucune lésion susceptible d'entraîner une atteinte durable à l'intégrité corporelle.

- 9 - Pourtant, les faits sont clairs, Mme W. \_\_\_\_\_ se présente actuellement avec un status après arthroplastie de la hanche gauche, suite à une intervention prise en charge sans restriction de la part de la Suva. Dans ces conditions, il n'apparaît pas logique de nier le droit à une IpAI. Reste à savoir maintenant quel taux définir, puisqu'il a été maintenant établi du point de vue médical que l'intervention avait été faite en conséquence de troubles dégénératifs préexistants non- accidentels. Lors de définition d'IpAI après une arthroplastie totale de hanche, selon la jurisprudence en vigueur, doivent être considérés les taux pour le status préexistant avant le geste d'arthroplastie en conséquence de l'accident, et non pas les taux retenus pour arthroplastie dans les tables, ceux-ci étant réservés aux situations où un traitement d'arthroplastie primaire est effectuée dans le cadre traumatologique. Si l'on appliquait cette jurisprudence au cas de Mme W. \_\_\_\_\_, on définirait à nouveau un taux d'IpAI nul, la situation pathologique ayant nécessité l'arthroplastie étant, comme discuté, sans rapport avec l'accident assuré Suva. Cette attitude apparaît cependant de nouveau peu adéquate si l'on se rappelle que l'intervention a été prise en charge par la Suva. Dans ces circonstances, le choix d'un taux correspondant à un status après arthroplastie me semble en revanche tout à fait adéquat, puisqu'il correspond exactement à la situation prise en charge par la Suva, à savoir l'intervention prothétique. Dans les tables Suva, plus précisément dans la table 5, une arthroplastie coxo-fémorale correspond à un taux variable de 20 à 40%, ceci en fonction du résultat clinique. Dans le cas de Mme W. \_\_\_\_\_, les derniers rapports font conclure à un résultat très lentement favorable de l'intervention d'arthroplastie, une révision prothétique ayant même été envisagée. Dans ces conditions, un taux brut d'IpAI de 30% m'apparaît adapté. A ce taux, il faut bien entendu déduire, comme il est de norme en cas d'analyse de l'IpAI, le status préexistant non accidentel. En règle générale, on déduit de un tiers à deux tiers de l'IpAI, en fonction de la gravité du status préexistant. Dans le cas de Mme W. \_\_\_\_\_, la déduction à effectuer apparaît plus facile à estimer, puisque l'on sait qu'elle présentait, au moment de l'accident et sans rapport avec celui-ci, une coxarthrose de moyenne gravité, asymptomatique. Le taux défini pour une coxarthrose moyenne dans la table 5 est de 10 à 30%. Considérant d'un côté un status morphologique prédisposant et des lésions dégénératives assez prononcées mais considérant dans le même temps l'absence de troubles préalables, je retiens que la situation

- 10 - pathologique de Mme W. \_\_\_\_\_, sans rapport avec l'accident et due uniquement à des troubles dégénératifs, correspond à un taux d'atteinte à l'intégrité (en l'occurrence non indemnisable puisque dû à la maladie) de 15%. Résulte donc pour Mme W. \_\_\_\_\_, un

status après arthroplastie totale de la hanche gauche avec résultat moyen (30%), indiquée pour une arthrose coxo-fémorale de moyenne gravité d'origine malade (15%). Le taux net d'IPAI résultant à considérer est ainsi de 15%". Dans ses observations du 1er mars 2012, par son mandataire, l'assurée a fait valoir qu'elle avait droit à une IPAI de 30%, sans aucun facteur de réduction car il serait erroné de tenir compte de troubles dégénératifs sans rapport avec l'accident en l'absence de toute pièce médicale probante à ce sujet. Par décision sur opposition du 12 mars 2012, la CNA a partiellement admis l'opposition, en ce sens qu'elle a reconnu le droit de l'assurée à une IPAI de 5% d'un montant de 5'340 fr., calculée sur un gain annuel maximum assuré de 106'800 fr. en 2005. Se fondant sur l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, la CNA a expliqué que les lésions diagnostiquées au niveau articulaire étaient préexistantes à l'accident, de sorte qu'il n'y avait pas eu aggravation par l'accident ou seulement une aggravation transitoire qui ne jouait plus de rôle au moment de l'arthroplastie. Au vu de la jurisprudence et s'écartant de l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ sur ce point, la CNA a retenu que la réduction, équitablement limitée à 10%, ouvrait le droit à une IPAI fondée sur un taux de 5%, les motifs de l'opposition ne permettant pas de retenir un taux supérieur. La cause était au demeurant suffisamment instruite sur le plan médical et ne nécessitait pas la mise en œuvre d'une expertise. B. Par acte du 27 avril 2012 de son mandataire, W.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour de justice du canton de Genève, en concluant principalement à l'octroi d'une IPAI de 30% – s'élevant à 32'040 fr. sous imputation de 5'340 fr. – et subsidiairement à ce qu'elle soit acheminée à prouver les faits allégués par toutes voies de droit utiles. A titre de mesure d'instruction, elle a requis l'administration d'une expertise médicale.

- 11 - L'assurée soutient que les pièces médicales au dossier contredisent les appréciations des médecins de la CNA et en particulier celles du Dr C.\_\_\_\_\_, de sorte qu'une expertise est nécessaire. Concernant l'atteinte à l'intégrité, elle explique que les documents médicaux au dossier confirment que la coxarthrose traumatique de la hanche gauche avec lésion labrale résulte de l'accident du 20 octobre 2005 et qu'il ne s'agit pas d'une atteinte dégénérative. Concernant l'IPAI en raison de l'arthroplastie de la hanche gauche, elle relève que la déduction de 15% opérée par le Dr C.\_\_\_\_\_ n'est pas justifiée, et que la réduction de 10% opérée par la CNA n'est pas commandée par les circonstances particulières du cas. Dès lors, elle prétend à une IPAI de 30%. Dans sa réponse du 29 mai 2012, la CNA a conclu au rejet du recours et à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'assurée n'a pas droit à une IPAI. Sur la base de l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, et s'écartant des conclusions divergentes du Dr V.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_, la CNA soutient que les lésions dégénératives étaient préexistantes à l'accident, de sorte que la recourante ne peut prétendre à une IPAI en raison de cet événement. La CNA s'est écartée de l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ au sujet de la reconnaissance d'une IPAI de 15% en raison de l'arthroplastie de la hanche gauche, car en cas d'implantation de prothèse il convient de se fonder sur l'état de santé non corrigé. Par arrêt du 11 septembre 2012, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève s'est déclarée incompétente à raison du lieu, car l'assurée est domiciliée dans le canton de Vaud. Elle a transmis le dossier à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Saisi du dossier, le juge instructeur a imparti un délai aux parties pour déposer le cas échéant des observations complémentaires. En date du 13 novembre 2012, l'intimée s'est référée à sa précédente écriture et a conclu au rejet du recours.

- 12 - Pour sa part, la recourante ne s'est pas déterminée. 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 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). 2. En l'espèce, sont litigieux le taux et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en faveur de la recourante. Un taux de 5% a été reconnu par l'intimée dans la décision attaquée, alors que la recourante conclut à un taux de 30%. En procédure de recours, l'intimée soutient finalement que le droit à une IPAI doit être nié et conclut à une réforme de la décision litigieuse dans ce sens. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de

- 13 - caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. 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; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, 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 l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; 119 V 338 consid. 1). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire,

- 14 - cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). b) Aux

termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard / Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., n° 153 p. 895). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical,

- 15 - il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008). d) Selon l'art. 24 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou

- 16 - fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). La quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est évaluée selon les directives et le barème – non exhaustif – contenus dans l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 29 consid. 1b; 113 V 218 consid. 2a). Lorsque l'atteinte n'y figure pas, le préjudice est estimé en s'inspirant des tables de la division médicale de la CNA, sans que le juge ne soit lié par ces dernières (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a). Il sera par ailleurs équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte (art. 36 al. 4 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). Enfin, l'art. 36 al. 2 LAA prévoit une réduction équitable de l'indemnité lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Selon la table 2 de la division médicale de la CNA, relative aux atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, un taux d'indemnité de 30% est prévu en cas de hanche partiellement bloquée et douloureuse. La table 5 de la division médicale de la CNA traite des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses; un taux de 10 à 30% est prévu pour une coxarthrose moyenne, et de 30 à 40% pour une coxarthrose grave; un taux de 20% est prévu pour une endoprothèse avec un bon résultat, et de 40% avec un résultat mauvais. Cela étant, selon la jurisprudence, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses ou d'endoprothèses doit reposer sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise d'un moyen auxiliaire (TF

- 17 - 8C\_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 7.2; TFA U 56/05 du 18 juillet 2005, in RAMA 2005 n° U 562 p. 435; TFA U 313/02 du 4 septembre 2003, in RAMA 2003 n° U 496 p. 403). 4. a) Dans le cas présent, les Drs T.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, notamment, ont exposé de manière convaincante que les lésions de la hanche pour lesquelles l'arthroplastie – en l'occurrence le "resurfaçage" de la tête du fémur par la pose d'une prothèse – a été effectuée sont sans rapport de causalité avec l'accident. En effet, dans son appréciation médicale du 16 novembre 2011, le Dr T.\_\_\_\_\_ a clairement expliqué, en se fondant sur les documents radiologiques et sur l'anamnèse, que l'assurée présentait déjà une dégénérescence articulaire avant son accident du 20 octobre 2005 et que cette atteinte n'a pas été aggravée par cet événement. Les conclusions des médecins de la CNA sont d'ailleurs concordantes pour nier tout lien de causalité entre l'accident et les troubles présentés par l'assurée. Leur avis est au demeurant corroboré par les constatations radiologiques, qui démontrent que les lésions arthrosiques sont bilatérales, en ce sens qu'elle existent aussi bien sur la hanche droite que sur la hanche gauche (scanner du bassin et de la hanche gauche du 25 mai 2009, effectué par la Dresse U.\_\_\_\_\_). Se référant aux pièces versées au dossier, la recourante soutient que la coxarthrose dont elle souffre est bien d'origine traumatique; elle a produit plusieurs attestations de ses collègues ou de ses connaissances pour expliquer qu'avant son accident elle n'avait pas de problème articulaire ni de douleur à la jambe gauche, et que depuis cet événement elle boite de la jambe gauche. Un tel raisonnement, fondé sur l'adage post hoc ergo propter hoc, ne suffit pas à justifier l'existence d'un lien de causalité naturelle. Comme l'expliquent de façon convaincante les médecins de la CNA, le caractère post-traumatique des lésions n'est pas démontré du point

de vue médical. Il faut donc retenir que l'hypothèse de lésions d'origine traumatique de la hanche gauche est peu vraisemblable. b) S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, les motifs évoqués par le Dr C. \_\_\_\_\_ pour justifier l'octroi d'une IPAI sont

- 18 - sans rapport avec un lien de causalité entre l'accident et les atteintes qui ont motivé une arthroplastie. Ce médecin se fonde sur l'intervention, soit l'arthroplastie, prise en charge par la CNA pour motiver le droit à une IPAI, qu'il estime à 15%. Son argumentation n'est pas d'ordre médical, mais juridique, de sorte qu'elle ne saurait sans autre être reprise par la Cour de céans. Que la CNA ait pris en charge à tort l'arthroplastie ne justifie pas de reconnaître en soi le droit à une IPAI. La reconnaissance du lien de causalité entre l'accident et les lésions de l'assurée, au moment de l'acceptation de la prise en charge de l'arthroplastie, ne lie pas la CNA pour l'octroi d'une IPAI. Au demeurant, selon la jurisprudence, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèse ou d'endoprothèse doit être examinée selon l'état de santé non corrigé. Il n'y a donc pas lieu de se fonder sur l'état de santé de la recourante après son arthroplastie pour déterminer le droit à l'IPAI. En conséquence, on pourrait envisager une reformatio in pejus de la décision attaquée au détriment de la recourante. Il convient toutefois d'y renoncer dans la mesure où la CNA a elle-même reconnu à l'assurée, dans la décision litigieuse, le droit à une IPAI de 5%, en se fondant sur les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_, et qu'elle avait accepté sans réserve la prise en charge de l'arthroplastie de la hanche gauche. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA. c) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise médicale. 5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales

- 19 - p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 12 mars 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Roland Bugnon, avocat à Genève (pour W. \_\_\_\_\_) - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies.

- 20 - 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 :

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