

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bosson, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Mes Cécile Bonmarin et Alexis Overney, avocats à Fribourg,

et

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

Art. 6 et 24 LAA ; art. 36 OLAA.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante ; nommée [...] jusqu'à son mariage le [...] décembre 2015), née en 1982, coiffeuse de formation, a travaillé en tant qu'ouvrière en horlogerie depuis 1999, en dernier lieu auprès de G._____ SA. Elle y a d'abord œuvré à plein temps puis à 60 % depuis le mois de septembre 2009, à son retour de congé maternité. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 6 février 2010, l'assurée a été victime d'un accident de voiture lors duquel elle a été polytraumatisée. La CNA a pris en charge le cas.

L'assurée a été hélicoptérée à l'Hôpital V._____, à [...], le jour de l'accident, où les diagnostics d'arrachement de l'insertion osseuse du tendon rotulien du genou droit, traumatisme thoracique avec fracture des côtes en série 1, 3 à 5 à droite, fracture du manubrium sternal, syndrome de Horner post-traumatique droit et légers traumatismes crâniens ont été posés (cf. rapport de sortie du 16 février 2010 des Drs Q._____ et I._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 7 février 2010, l'assurée a subi une opération du genou droit avec refixation trans-osseuse du tendon rotulien selon Mc Laughlin (cf. rapport opératoire du 9 février 2010 du Dr Q._____). L'assurée a quitté l'hôpital le 16 février 2010.

A son retour à domicile, l'assurée, totalement incapable de travailler, a bénéficié de soins à domicile (ordonnance du 28 février 2010 du Dr I._____) ainsi que de prescriptions de physiothérapie (ordonnance du 21 mars 2010 du Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale).

Dans un rapport du 6 mai 2010, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution était favorable, trois mois après la réparation du tendon du genou droit. Il a constaté que la rotule était à une hauteur correcte, que la force des quadriceps était bonne et qu'il n'y avait pas d'épanchement de l'articulation du genou. Il a préconisé de poursuivre la physiothérapie dans le but d'augmenter encore la flexion et de renforcer les quadriceps.

Dans un rapport intermédiaire du 22 juin 2010, le Dr T. _____ a constaté qu'il persistait alors une impotence fonctionnelle relativement importante au niveau du genou droit. Les lésions paraissaient en bonne voie de guérison. Une reprise du travail était encore prématurée.

Dans un rapport intermédiaire du 22 décembre 2010, le Dr T. _____ a fait état d'une évolution lentement favorable. L'assurée avait repris son travail à son taux habituel depuis le 1^{er} septembre 2010. Le Dr T. _____ a ajouté que l'assurée s'apprêtait à subir l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou droit qui la gênait. Sous cette réserve, le traitement était terminé.

Dans un rapport du 30 décembre 2010, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée ne prenait plus d'antalgie et ne suivait plus de physiothérapie. L'intéressée avait fait part d'une situation d'inconfort qui était probablement due à un ostéophyte latéral. Les radiographies réalisées le 29 décembre 2010 mettaient en évidence une situation inchangée, avec une hauteur correcte de la rotule. Le Dr F. _____ a préconisé la poursuite du traitement conservateur durant 6 mois à l'issue desquels l'ablation des ostéophytes serait discutée en cas de persistance des symptômes.

L'assurée a à nouveau consulté le Dr T. _____ en raison d'une douleur au bras gauche. Dans un rapport du 26 septembre 2011, le Dr T. _____ a indiqué qu'il s'agissait peut-être de séquelles d'une entorse de la colonne vertébrale genre « coup du lapin ». L'assurée se plaignait

aussi d'une gonalgie droite liée à une aspérité sous-cutanée pour laquelle le médecin l'a adressée à l'Hôpital V._____.

Le 30 octobre 2011, l'assurée a chuté à son domicile, son genou ayant « lâché ». Une nouvelle incapacité de travail a été prescrite pour cette raison dès le 1^{er} novembre 2011 (cf. certificat d'incapacité de travail du 1^{er} novembre 2011 du Centre médico-chirurgical [...]).

Dans un rapport du 24 novembre 2011 relatif à une consultation du 22, le Dr F._____ a posé les diagnostics de soupçon de re-rupture partielle après refixation trans-osseuse et suture du cadre de Mc Laughlin pour arrachage du ligament patellaire droit le 6 février 2010 ainsi que d'exostose du pôle rotulien distal droit et de lésion du cartilage rétropatellaire côté droit. Le Dr F._____ s'est référé à un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 10 novembre 2011, lequel mettait en évidence l'absence de signe de déchirure complète du tendon rotulien, un défaut de cartilage au niveau de la facette rotulienne latérale, l'absence de signe de modification traumatique/dégénérative du LCA/CTB ou du ménisque médial et latéral ainsi qu'une couverture cartilagineuse normale de la facette articulaire médiale et latérale. Le Dr F._____ a précisé que l'assurée avait subi un nouveau traumatisme du genou. L'examen IRM réalisé le 22 novembre 2011, après cette nouvelle chute, montrait des altérations partielles du signal du site de refixation au niveau du pôle rotulien distal. Le Dr F._____ préconisait dans ces circonstances une intervention chirurgicale, que l'assurée avait acceptée.

Lors d'un entretien du 7 décembre 2011 avec un collaborateur de la CNA, l'assurée a déclaré qu'elle avait quitté son employeur G._____ SA le 31 octobre 2010 en raison de son déménagement. Elle avait alors effectué les démarches pour devenir maman de jour, activité pour laquelle elle avait été agréée en mars 2011 et qu'elle avait débutée en mai 2011.

Le 12 janvier 2012, l'assurée a à nouveau subi une opération de son genou droit, qui a été prise en charge par la CNA (cf. courrier du 22 décembre 2011). Le Dr F._____ a réalisé une exostectomie rotulienne et une résection de la plica du genou droit par arthroscopie (protocole opératoire du 27 janvier 2012). Dans un rapport du 14 janvier 2012, il a posé les diagnostics de plica médiopatellaire, de chondromalacie I tibiale médiale gauche, d'arthrose rétropatellaire naissante gauche et d'exostose patella du genou gauche.

Lors d'un entretien du 5 avril 2012 avec un collaborateur de la CNA, l'assurée a notamment expliqué qu'elle souffrait, depuis son accident, de maux de tête qui descendaient jusque dans le bras. Malgré le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral posé après l'accident, cette problématique n'avait pas été investiguée (procès-verbal d'entretien du 5 avril 2012).

Dans l'intervalle, l'assurée a adressé une demande de prestations d'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office pour l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le 23 avril 2012.

Le 14 mai 2012, l'assurée a assisté à un nouvel entretien avec un collaborateur de la CNA. Elle a déclaré que son précédent emploi dans l'horlogerie était réalisé en positions assises et debout pendant de longues durées, dans deux endroits différents de l'entreprise, avec beaucoup de déplacements, des escaliers à monter et des charges à transporter. L'intéressée a encore exposé qu'elle ne se voyait pas continuer à travailler en tant que maman de jour si les « lâchages » de son genou devaient perdurer, craignant de tomber lorsqu'elle portait un enfant (procès-verbal d'entretien du 15 mai 2012).

Le Dr M._____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a réalisé un examen clinique rhumatologique de l'assurée le 30 avril 2012. Dans un rapport du même jour, le Dr M._____ a constaté que, du point de vue médical, le genou droit présentait une atrophie majeure du quadriceps expliquant à la fois les douleurs de l'appareil extenseur mais également

les phénomènes de lâchage fréquemment décrits par l'assurée. Dans ces conditions, il paraissait indispensable de renforcer la musculature par du vélo, de la natation et de la marche à pied, complétés éventuellement par des séances de physiothérapie. Concernant le matériel d'ostéosynthèse, une ablation devrait être envisagée sous réserve d'une analyse des documents radiologiques. S'agissant de l'épaule gauche, l'examen clinique faisait suspecter un syndrome irritatif de la coiffe des rotateurs et du tendon du biceps dont le traitement devrait essentiellement consister en des séances de physiothérapie après investigations radiologiques et éventuelle IRM. Il semblait également que l'assurée avait subi un traumatisme crânio-cérébral simple. Or, les céphalées associées à des cervicalgies décrites par l'assurée évoquaient un syndrome migraineux qui n'était pas présent avant l'accident. Pour cette raison, un contrôle par un neurologue semblait indispensable. Du point de vue psychologique, l'assurée semblait présenter un probable syndrome post-traumatique, de sorte qu'un bilan auprès du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la CNA, se justifiait. Du point de vue asséculoologique, il y avait lieu de reconnaître une incapacité totale dans la profession exercée jusqu'à clarification de la situation.

Le 5 juin 2012, l'assurée s'est présentée à la consultation du Dr X._____, spécialiste en neurologie. Dans un rapport du même jour, le Dr X._____ a constaté que les céphalées dont l'assurée se plaignait avaient un caractère essentiellement tensionnel. Elles pouvaient représenter une forme de céphalées tensionnelles post-traumatiques mais également entrer dans le cadre de la symptomatologie anxieuse présentée par l'intéressée, compte tenu du caractère tardif de l'apparition de cette composante des troubles. La relation de causalité naturelle était donc possible mais non probable ou certaine. L'examen neurologique, l'électroencéphalogramme et l'électroneuromyographie réalisés n'avaient révélé aucune anomalie significative.

Le 20 juillet 2012, le Dr Z._____ a examiné l'assurée. Dans un rapport du 28 août 2012, il a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique au décours (F43.1), d'anxiété généralisée (F41.1), d'épisode

dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et de phobies (claustrophobies et arachnophobie, F40.2). Les troubles psychiques, hormis les phobies, étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 6 février 2010. Deux ans après l'accident, ils présentaient une ampleur importante et avaient un effet sur la capacité de travail. Le Dr Z._____ a estimé que la capacité de travail, du point de vue strictement psychiatrique, était de 50 % en raison de la fatigue, de la fatigabilité et des troubles de l'attention et de la concentration. Vu la chronicité des troubles, un traitement psychiatrique paraissait indispensable.

Dans un avis du 31 août 2012, le Dr M._____ a reconnu que l'assurée était incapable de travailler à 50 %. Il a également requis un rapport sur la situation orthopédique actuelle.

Lors d'un entretien téléphonique du 19 septembre 2012, l'assurée a informé un collaborateur de la CNA qu'elle avait consulté le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier lui avait expliqué que sa rotule droite avait été « remise trop basse » et qu'une opération était inévitable.

Dans un bref rapport du 7 novembre 2012, le Dr S._____ a posé le diagnostic de rupture du tendon rotulien qui avait été cousu avec « Fibre Wire ». Ce matériel causait une irritation de l'ensemble de la partie sous-rotulienne du genou droit et du corps adipeux Hoffa. L'opération prévue consistait en une révision avec ablation du matériel de suture et une résection partielle du corps adipeux.

La CNA a accepté de prendre en charge les frais relatifs à cette intervention (garantie de prise en charge du 8 novembre 2012) qui a eu lieu le 12 novembre 2012. Le Dr S._____ a par la suite expliqué à l'assurée qu'il n'avait pas remplacé la rotule lors de cette intervention, car cela aurait été trop conséquent (cf. procès-verbal d'entretien du 22 novembre 2012 avec la CNA).

Dans un rapport du 22 avril 2013 adressé à la CNA, le Dr S._____ a exposé que la situation avait évolué favorablement et que le pronostic était bon. Le traitement consécutif à l'opération du 12 novembre 2012 était terminé depuis le 10 janvier 2013. Le Dr S._____ a précisé que la capacité de travail était pleinement recouvrée depuis le 17 décembre 2012.

Les Drs M._____ et Z._____ ont procédé à un examen médical final de l'assurée le 30 avril 2013. Ces médecins ont posé les diagnostics de status 26 mois après arrachement osseux du ligament rotulien droit avec refixation trans-osseuse, de status 24 (sic) mois après fractures non déplacées des côtes 1, 3, 4 et 5 à droite, fracture du manubrium sternal, de probable contusion de l'épaule gauche et traumatisme crânio-cérébral mineur, de status 6 mois après ablation du matériel de fixation d'un arrachement osseux du tendon rotulien droit, de patella baja droite d'environ 5 à 8 mm, d'état de stress post-traumatique au décours (F43.1) et de phobies (F32.10). Du point de vue assécurologique, les médecins ont constaté que la situation était stabilisée. Les examens cliniques réalisés, tant somatique que psychiatrique, ne permettaient pas de justifier une incapacité, même partielle, dans la profession de coiffeuse, dans une activité dans l'horlogerie ou en tant que maman de jour. La prise en charge d'un traitement psychiatrique jusqu'à la fin de l'année 2013 était admise, en raison des séquelles persistantes de l'état de stress post-traumatique. Selon les médecins, aucun droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) n'était ouvert.

Par décision du 8 juillet 2013, confirmée sur opposition le 14 août 2013, la CNA a mis fin aux indemnités journalières versées à l'assurée avec effet au 1^{er} juillet 2013, dès lors que les médecins conseils l'avaient reconnue apte au travail à 100 % depuis lors.

En septembre 2013, l'assurée a débuté un stage dans un salon de coiffure au taux de 40 % qu'elle a interrompu à la suite de la naissance de son deuxième enfant, en janvier 2014. Il était prévu qu'elle reprenne

son activité à son retour de congé maternité, avec une possibilité d'engagement à terme à 40 %. Depuis son accouchement, l'intéressée a présenté à nouveau des lâchages de son genou (cf. notes d'entretien téléphonique des 5 novembre 2013 et 12 février 2014).

Dans l'intervalle, dans un projet de décision du 8 mai 2014, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2012 au 31 juillet 2013, correspondant à un degré d'invalidité de 91 %. Dès le 1^{er} août 2013, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, la capacité de travail de l'assurée était à 100 % et le droit à la rente supprimé.

Au mois de mai 2014, l'assurée a informé la CNA qu'elle ressentait à nouveau des « excroissances » dans le genou droit, ce qui l'avait amenée à consulter le Dr S._____. Celui-ci lui avait annoncé lors d'une consultation du 19 mai 2014 qu'elle n'avait plus de cartilage dans le genou droit et avait évoqué la pose d'une prothèse ou une greffe de cartilage (cf. notes d'entretien téléphonique des 7 et 21 mai 2014).

Dans un rapport intermédiaire du 8 juillet 2014, le Dr S._____ a posé le diagnostic d'arthrose fémoro-rotulienne grave post-traumatique droite. L'évolution de la situation était défavorable en raison de la dénudation complète du cartilage. Une opération de resurfaçage était prévue le 22 août 2014, laquelle devait occasionner une incapacité de travail durant approximativement deux mois.

En raison de douleurs à l'épaule gauche, l'assurée a effectué une arthro-IRM le 9 septembre 2014, qui a révélé une déchirure transfixiante du sus-épineux et une déchirure longitudinale du sous-épineux (rapport d'arthro-IRM du 9 septembre 2014 du Dr O._____, spécialiste en radiologie).

Dans une appréciation du 19 septembre 2014, le Dr M._____ a admis qu'il y avait un lien de causalité entre les troubles de l'épaule gauche et l'accident du 6 février 2010.

Par courrier du 23 septembre 2014, la CNA a informé l'assurée de ce qui précède, ajoutant qu'elle lui verserait les indemnités journalières en tenant compte des incapacités de travail attestées dès le 19 mai 2014.

Une IRM du genou droit réalisée le 8 décembre 2014 a mis en évidence un status après ostéosynthèse d'une fracture de la rotule avec atteinte du cartilage dans le quadrant médial inférieur ainsi qu'une tendinite de fixation du tendon rotulien (rapport du 8 décembre 2014 du Dr R._____, spécialiste en radiologie).

Dans un rapport du 5 février 2015, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de rupture partielle subtotale et tendinose du tendon supra-épineux gauche, état après tendinose calcaire gauche, ainsi que de douleurs persistantes au genou.

Le 7 avril 2015, le Dr P._____ a opéré l'épaule gauche de l'assurée, en pratiquant une arthroscopie de l'épaule avec acromioplastie et suture de la coiffe des rotateurs (protocole opératoire du 7 avril 2015). Cette intervention a été prise en charge par la CNA (cf. courrier du 17 février 2015).

Dans un rapport du 18 mai 2015 relatif à une consultation du même jour, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état des plaintes douloureuses de l'assurée au niveau inféro-patellaire. Selon le Dr H._____, les symptômes étaient cohérents avec les résultats de l'IRM réalisée en décembre 2014 en termes de perturbation, de fragments de fracture disloqués avec une irritation du tendon rotulien et une cicatrice post-traumatique post-interventionnelle du Hoffa et de rotule basse. Comme les mesures de thérapie conservatrice intensive n'avaient pas apporté de changement jusqu'alors, le médecin préconisait une nouvelle intervention chirurgicale.

Le Dr P._____ a constaté, trois mois après l'opération de l'épaule du 7 avril 2015, que l'assurée était subjectivement sans symptôme (rapport du 30 juin 2015). Lors d'une dernière consultation du 31 août 2015, il a relevé que l'intéressée ne prenait plus de médicament et ne souffrait plus de trouble du sommeil en raison de ses douleurs à l'épaule. Pour le spécialiste, le traitement de l'épaule était terminé (rapport du 1^{er} septembre 2015).

Dans l'intervalle, le 2 septembre 2015, l'OAI a rendu une décision d'octroi de rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} novembre 2012 au 31 juillet 2013.

Le 2 septembre 2015, le Dr H._____ a informé la CNA que l'assurée devrait subir une intervention chirurgicale à la fin du mois en raison d'un problème d'articulation du genou post-traumatique, ce qui empêcherait l'intéressée de s'engager dans toute activité stressante pour le genou durant environ huit semaines.

Le 23 octobre 2015, le Dr H._____ a opéré le genou droit de l'assurée. Il a plus particulièrement réalisé une arthroscopie de ce membre, une adhésiolyse et résection de la cicatrice par arthroscopie, une dissection latérale ouverte de la facette de la rotule, une ablation d'exostoses multiples et un débridement du tendon rotulien proximal (cf. protocole opératoire du 23 octobre 2015). La CNA a pris en charge cette intervention (cf. courrier du 8 octobre 2015).

Dans un rapport du 15 janvier 2016 consécutif à une consultation du 14, le Dr H._____ a constaté que l'évolution était favorable. L'incapacité de travailler dans la profession initiale de coiffeur demeurait valable jusqu'à cette date ; une activité sédentaire ou physiquement moins éprouvante serait certainement déjà envisageable à l'heure actuelle.

Le Dr H._____ a par la suite renouvelé l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 3 avril 2016, puis a attesté d'une incapacité de travail à 70 % jusqu'au 30 juin 2016.

Par courrier du 1^{er} juin 2016, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a indiqué à la CNA que l'employeur auprès duquel elle avait précédemment réalisé un stage à 40 % lui avait proposé d'intégrer le salon en tant qu'indépendante. Elle entendait débiter cette activité, dans un premier temps à 30 %, à titre d'essai, jusqu'à la fin du mois de juin 2016.

Le 7 juin 2016, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assurée. Il a constaté que la fonction de l'épaule gauche était rétablie et symétrique. La situation n'était en revanche pas encore stabilisée au niveau du genou, où il a observé des signes irritatifs résiduels prédominants au niveau du tendon rotulien, associés à une amyotrophie modérée de la cuisse et du mollet. Si une amélioration était attendue dans les mois à venir, avec une stabilisation prévisible dans les 12 à 15 mois depuis la dernière intervention, une aggravation ou des rechutes de l'état fémoro-patellaire actuel ne pouvaient être exclues. Sur le plan de la capacité de travail, l'assurée avait repris son activité de coiffeuse indépendante à 30 %. Une augmentation progressive de cette capacité professionnelle était prévisible. En accord avec l'assurée, une reprise du travail à un taux de 50 % dès le 30 juillet 2016 a été fixée, étant précisé qu'une reprise du travail à 75 % pouvait *a priori* être attendue d'ici au 1^{er} septembre 2016 et une pleine capacité dès le 1^{er} octobre 2016.

Dans un avis du 16 janvier 2017, le Dr K._____ a considéré que les séquelles de l'assurée n'atteignaient vraisemblablement pas un degré suffisant pour justifier une IPAI. Le droit à une IPAI pourrait être revu en cas de rechute ou d'aggravation.

Dans un rapport du 9 février 2017, le Dr H._____ a constaté que l'assurée présentait des modifications post-traumatiques de l'articulation fémoro-patellaire, qui expliquaient les plaintes douloureuses, notamment une tendance au gonflement lié à la charge. Dans ces circonstances, il ne serait probablement pas possible d'augmenter de manière significative la charge de travail dans l'activité habituelle. Une diminution des performances étant à craindre au fil des années, en fonction de la charge professionnelle, le Dr H._____ a préconisé une activité moins contraignante pour l'articulation du genou.

Une radiographie du genou droit réalisée le 14 novembre 2017 a notamment révélé une chondropathie patello-fémorale ainsi que l'absence d'arthrose fémoro-patellaire (cf. rapport du 15 novembre 2017 du Dr B._____, spécialiste en radiologie).

Dans un avis du 18 décembre 2017, la Dre W._____, médecin d'arrondissement et médecin praticien, a confirmé l'appréciation précédente du Dr K._____.

Par décision du 20 décembre 2017, la CNA a refusé d'allouer une IPAI à l'assurée.

Dans un avis du 9 janvier 2018, la Dre W._____ a constaté, sur la base de l'examen médical du 7 juin 2016 et de l'examen final du 30 avril 2013, que la capacité de travail de l'assurée en tant que coiffeuse était entière, comme dans une activité dans l'horlogerie ou maman de jour. L'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle dans ces activités. La situation médicale était stabilisée.

Le 22 janvier 2018, l'assurée, toujours représentée par son conseil, a formé opposition contre la décision du 20 décembre 2017. Elle s'est référée à un rapport du 8 janvier 2018 du Dr H._____ dans lequel celui-ci estimait qu'il n'était absolument pas possible d'exclure le pronostic d'arthrose des suites de l'accident et que des examens complémentaires s'imposaient.

Sur requête de la CNA, l'assurée a réalisé une IRM le 9 février 2018, laquelle a mis en évidence un status après refixation du tendon rotulien, des altérations cartilagineuses marquées de la rotule et moins marquées au niveau de la gouttière intercondylienne, un « œdème » de l'os spongieux du tibia proximal dans sa partie antérieure aspécifique et une plica para-patellaire interne (cf. rapport d'IRM du 9 février 2018 du Dr G. _____, spécialiste en radiologie).

Le 21 mars 2018, le Dr G. _____ a procédé à un examen comparatif des imageries du 9 février 2018 avec celles du 8 décembre 2014. Il a remarqué que les altérations cartilagineuses de la rotule et de la gouttière intercondylienne étaient un peu plus marquées. Elles pouvaient être quantifiées de moyennes. L'« œdème » décrit au niveau de la partie proximale et antérieure du tibia n'était pas présent précédemment.

Sollicitée pour avis, la Dre W. _____ a considéré, qu'au vu des nouveaux éléments radiologiques, l'assurée présentait une arthrose fémoro-patellaire unique débutante à moyenne. Selon la table 5 des taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose, une arthrose moyenne de ce type correspondait à une IPAI de 5 à 10 %. La Dre W. _____ a ainsi fixé à 5 % le taux d'atteinte à l'intégrité (appréciation médicale du 27 mars 2018).

Par décision du 27 mars 2018, annulant la décision du 20 décembre 2017, la CNA a accordé à l'assurée une IPAI de 6'300 fr., correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 %.

Le 3 janvier 2019, l'assurée a fait parvenir à la CNA un rapport d'expertise établi à sa demande le 14 novembre 2018 par le Dr N. _____, médecin praticien et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le Dr N. _____ y posait le diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire grave associée à une rotule haute, en lien de causalité avec l'accident. Ce faisant, il considérait que l'assurée présentait une diminution de la capacité de travail de 30 % dans toutes

professions depuis le 8 décembre 2014, y compris sédentaire, en raison des limitations fonctionnelles retenues et classées selon leurs intensités. Il en était de même pour l'empêchement ménager. Il relevait encore la difficulté de déterminer un poste de travail adapté à la situation de l'intéressée, sachant que les positions debout comme assise entraînaient des gonalgies et que l'évolution par crises créait un absentéisme imprévisible, fréquent et irrégulier. Le Dr N._____ estimait, s'agissant de l'IPAI, que la présence d'une arthrose fémoro-patellaire associée à une rotule haute justifiait de choisir le taux de 25 % de la table 5.

Dans un avis du 28 janvier 2019, le Dr A._____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé qu'un examen spécialisé s'avérait indispensable afin de répondre aux questions médico-asséculoologiques qui se posaient.

Le 7 mars 2019, les Drs A._____ et J._____, médecin d'arrondissement ainsi que spécialiste en chirurgie et en chirurgie générale et traumatologie, ont procédé à un examen orthopédique de l'assurée. Dans un rapport du 11 avril 2019, ils ont examiné le rapport d'expertise privée du Dr N._____, relevant qu'il contenait un diagnostic erroné (rotule haute), des incohérences notamment s'agissant des périmètres des membres inférieurs, des omissions ayant notamment trait aux diagnostics et à une anamnèse incomplète ainsi que des assertions non étayées en particulier eu égard à la capacité de travail et au taux d'IPAI. Le rapport du Dr N._____ ne pouvait dès lors être suivi. Les Drs A._____ et J._____ ont ensuite constaté, sur la base de leur examen clinique, que la situation du genou droit s'était stabilisée à un niveau qui était objectivement moins favorable qu'il ne l'était lors des examens précédents. Les lésions cartilagineuses au niveau de la rotule étaient étayées, la force musculaire restait de ce fait déficitaire, la flexion du genou droit était réduite ce qui permettait de diminuer les contraintes de l'articulation fémoro-rotulienne. Considérant la situation orthopédique, le métier de coiffeuse, qui était exercé de façon debout, et de maman de jour, qui demandait des positions à même le sol, accroupies ou

agenouillées, ne représentaient pas une activité optimale pouvant être concrétisée à plein temps avec un rendement normal. Une pleine capacité de travail pouvait toutefois être reconnue dans une activité adaptée, à savoir un travail sédentaire avec possibilité de positionner librement le membre inférieur droit ou un travail en position alternée avec le libre choix de la position de ce membre, sans déplacement prolongé, sans position accroupie ou agenouillée, sans franchissement de terrain en pente ni d'escaliers, ni d'échelle, avec des déplacements limités à des terrains plats sur sol sec et sans manipulation de charges répétée excédant 5 kg. D'autre part, afin de tenir compte d'une fatigabilité accrue et d'une vulnérabilité de l'épaule gauche, en l'absence de limitation fonctionnelle avérée après la réparation de la coiffe, ce travail ne devait pas demander de gestes répétitifs ou de position sans appui prolongé du membre supérieur gauche ainsi que la manipulation répétée de charges dépassant 2 kg avec le membre supérieur gauche et ceci à proximité du corps entre la hauteur de ceinture et la hauteur de l'omoplate. Les médecins ont en outre fixé à 10 % le taux de l'IPAI, considérant que la situation apparaissait alors globalement moins favorable à ce qu'elle était lors des examens précédents par les médecins d'arrondissement. L'atrophie musculaire était plus prononcée et la flexion du genou droit était légèrement moins bonne. La situation actuelle était comparable à une arthrose fémoro-patellaire d'intensité moyenne pour laquelle, selon la table 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon LAA, le taux d'IPAI se situait entre 5 et 10 %. L'état de cette articulation n'était en tout cas pas moins bon que celui d'un genou ayant bénéficié d'une patellectomie pour lequel, selon la même table 5, un taux d'IPAI de maximum 10 % pouvait être admis. La situation de l'épaule gauche quant à elle ne laissait pas apparaître de séquelle redevable d'une indemnisation pour atteinte à l'intégrité.

Le 12 avril 2019, la CNA a requis de G. _____ SA qu'elle lui communique l'évolution du salaire et de l'horaire de l'assurée, si elle n'avait pas été victime d'un accident le 6 février 2010. Par courriel du 26 août 2019, la fiduciaire de la société a exposé qu'au vu des comptes des années 2010 et 2011, l'entreprise n'aurait augmenté personne au cours

de ces années, sa stratégie étant plus proche du licenciement que de l'augmentation du personnel.

Par décision du 7 novembre 2019, la CNA a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité mais lui a accordé une IPAI augmentée de 5 %. La CNA a retenu que, sur le plan médical, l'assurée était à même d'exercer une activité sédentaire dans différents secteurs de l'industrie avec possibilité d'alterner les positions, sans déplacement prolongé, limité à des terrains plats, sans manipulation de charges répétée de plus de 5 kg. De plus, vu la vulnérabilité de l'épaule gauche, cette activité ne devait pas demander de gestes répétitifs ou de position sans appui prolongé dudit membre, ainsi que de manipulation répétée de charges dépassant 2 kg et ceci à proximité du corps entre la hauteur de ceinture et la hauteur de l'omoplate. Une telle activité pouvait être effectuée à la journée entière et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de 49'123 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016), niveau de compétences 1 pour une femme, en tenant compte d'un abattement de 10% lié aux limitations fonctionnelles. Comparé au gain réalisable sans l'accident de 46'020 fr., obtenu en se fondant sur la convention collective de l'industrie horlogère suisse 2016 (ci-après : CCT horlogerie), il n'en résultait aucune perte et ainsi aucun droit à une rente d'invalidité.

Par acte de son conseil du 4 décembre 2019, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision qui précède. Elle a d'abord contesté être pleinement capable de travailler, se référant à l'expertise privée du Dr N._____. S'agissant du taux d'IPAI, une rotule haute, telle que constatée par le Dr N._____, entraînait un risque d'aggravation des lésions cartilagineuses plus important qu'avec une rotule en place, ce qui justifiait une IPAI plus élevée. L'assurée a encore reproché à la CNA de ne pas avoir tenu compte de ses 10 ans d'expérience dans le domaine pour déterminer le revenu sans invalidité. Aussi, il y avait lieu de se référer aux données salariales issues de l'ESS dans le domaine de l'horlogerie, pour les femmes avec compétences de niveau 1. Elle a encore fait valoir que le revenu d'invalidité n'avait pas été correctement évalué, celui-ci étant calculé sur une base de 41,7 heures par semaine, tandis que le salaire de

valide était calculé sur une base de 40 heures par semaine. Le salaire d'invalidé était en outre établi sur la base du salaire médian de l'ensemble des branches économiques de l'ESS, alors que de nombreuses branches économiques ne lui étaient pas accessibles. Il y avait plutôt lieu de se référer au salaire médian de l'ESS relatif aux métiers de l'esthétique, comprenant l'activité de styliste onguulaire que l'assurée souhaitait débiter en 2012 mais pour laquelle l'OAI avait refusé d'octroyer des mesures d'ordre professionnel. L'assurée a également requis qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre.

Dans l'intervalle, l'OAI a rendu, le 24 avril 2020, une décision de refus de rente d'invalidité, dans laquelle il relevait qu'après instruction de la nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assurée le 26 juillet 2019, il n'y avait aucune modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans sa précédente décision.

Par décision sur opposition du 9 septembre 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 7 novembre 2019. Elle a considéré que l'assurée, dans son opposition, n'apportait pas d'élément médical propre à remettre en cause la valeur probante des conclusions des Drs A. _____ et J. _____. Ces médecins avaient en outre expressément exposé les motifs pour lesquels l'expertise du Dr N. _____ ne pouvait être prise en compte, que ce soit au niveau de l'appréciation de la capacité de travail que du taux d'IPAI. Cela avait pour corollaire que la CNA renonçait à mettre en œuvre une expertise, l'appréciation des Drs A. _____ et J. _____ pouvant être suivie. S'agissant du revenu sans invalidité, la CNA a admis qu'il y avait lieu de prendre en considération l'expérience de l'assurée dans le domaine de l'horlogerie. Elle s'est dès lors référée au salaire de 49'660 fr. (3'820 fr. x 13) pour un travailleur qualifié B selon la CCT des industries horlogère et microtechnique suisses, en vigueur en 2016, pour la région Vaud/Fribourg. La CNA a cependant rejeté les autres griefs de l'assurée concernant le revenu d'invalidé, relevant qu'il n'y avait pas lieu de retenir un même horaire hebdomadaire pour les revenus de valide et d'invalidé dès lors que l'ESS prévoyait que la

durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique en 2016 était de 41,7 heures tandis que la CCT horlogerie stipulait que la durée conventionnelle était de 40 heures de travail par semaine. La CNA a encore relevé que l'assurée ne remplissait pas les conditions permettant de déterminer le revenu d'invalidé sur la base du salaire médian d'une branche particulière de l'ESS.

B. Par acte du 6 octobre 2020, D._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition qui précède. Elle a conclu à son annulation [recte : réforme] en ce sens qu'une incapacité de travail de 30 % et un taux d'IPAI de 25 % soient reconnus, subsidiairement à son annulation et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. La recourante a reproché à la CNA d'avoir rejeté sa requête de mise en œuvre d'une troisième expertise ; si les conclusions des Drs A._____ et J._____ rejoignaient celles du Dr N._____ s'agissant de sa capacité à exercer une activité adaptée, elles s'opposaient quant au diagnostic de rotule haute et quant aux conséquences de ce diagnostic. Au vu de l'importance de ce diagnostic, la mise en œuvre d'une troisième expertise s'imposait.

Par réponse du 1^{er} décembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a considéré qu'une pleine valeur probante pouvait être octroyée à l'examen des Drs A._____ et J._____, lequel se fondait sur des éléments objectifs. Les conclusions du Dr N._____ ne permettaient pas de mettre en doute l'avis des médecins d'arrondissement, ce d'autant qu'elles se fondaient sur sa propre interprétation des images de 2014 et 2017 qui ne mettaient pas en évidence de rotule haute, mais bien plus une rotule basse. Ses conclusions étaient également mises à mal par l'absence de tout fondement objectif quant à l'appréciation de la capacité de travail ainsi que par des erreurs de constatations objectives, notamment s'agissant du périmètre des cuisses. Il n'y avait dès lors aucune raison de s'écarter de l'examen orthopédique du 11 avril 2019, ni de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

Par courrier du 14 décembre 2020, la recourante a maintenu ses conclusions, n'ayant pas d'éléments complémentaires à faire valoir.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En l'espèce, sont litigieux la question de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante, et par conséquent le droit à une rente d'invalidité, ainsi que le degré d'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 6 février 2010.

b) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

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

professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).

b) L'assurance-accident ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2)

c) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

d) 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 fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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 affection 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 137 consid. 3a et les références citées ; TF

8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

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

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133V 224 consid. 2.2).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence,

aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. a) En l'occurrence, la recourante se prévaut du diagnostic de rotule haute posé par le Dr N._____ dans son rapport d'expertise privée du 14 novembre 2018, qui engendrerait une incapacité de travail à 30 %. Pour sa part, l'intimée fonde sa décision sur le rapport d'examen orthopédique établi le 11 avril 2019 par les Drs A._____ et J._____ pour retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

b) Le Dr N._____ justifie ses conclusions par le diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire grave associée à une rotule haute. Il estime que l'IRM du 8 décembre 2014 et la radiographie du 14 novembre 2017 révéleraient une rotule haute. Or, l'IRM du 8 décembre 2014 ne fait pas état d'une rotule haute. Le Dr H._____ constate au contraire, sur la base de ce rapport d'IRM, que la rotule est très légèrement abaissée d'environ 7 à 8 mm (cf. rapport du 18 mai 2015). Avant lui, le Dr S._____ avait également constaté une rotule abaissée, en septembre 2012 (cf. note d'entretien téléphonique du 19 septembre 2012), qu'il entendait remettre en position lors de l'opération prévue le 12 novembre 2012. Le Dr S._____ n'a toutefois pas pu repositionner la rotule à cette occasion (cf.

procès-verbal d'entretien du 22 novembre 2012). L'assurée a par la suite été opérée une nouvelle fois du genou, le 23 octobre 2015. Cela étant, le rapport du Dr B._____ relatif à l'IRM du 14 novembre 2017 met en évidence une rotule correctement positionnée, en ne mentionnant pas que celle-ci serait trop haute. Ainsi, le constat de rotule haute posé par le Dr N._____ n'est corroboré par aucune autre pièce médicale au dossier et ne saurait être retenu. Dès lors que les conclusions du Dr N._____ sont intégralement fondées sur ce diagnostic erroné, leur validité est sujette à caution.

Elles sont d'autant plus sujettes à caution que le Dr N._____ ne les a pas motivées. Il n'a ainsi pas objectivé médicalement l'incapacité de travail de 30 % qu'il a retenue dans toutes professions en raison des limitations fonctionnelles qu'il a observées. Il groupe d'ailleurs ces dernières selon une classification dont il ne cite ni la source, ni le domaine d'application, ni les auteurs. Le rapport d'expertise privée du Dr N._____ ne fait au demeurant pas mention des atteintes subies par l'assurée à l'épaule gauche, en dépit de la prise en charge chirurgicale. Son rapport ne repose dès lors pas sur un examen complet de la situation. En outre, alors que, pour sa part, le Dr N._____ constate une symétrie des membres inférieurs dans son rapport d'expertise privée, les Drs K._____ (rapport du 7 juin 2016), A._____ et J._____ (rapport d'examen orthopédique du 11 avril 2019) ont tous observé une diminution du périmètre de la cuisse droite ainsi que du mollet droit. Le Dr H._____ a également constaté, dans ses rapports des 7 décembre 2015 et 9 février 2017, que la musculature de la cuisse droite était hypotrophique. Le rapport d'expertise privée du Dr N._____ fait donc état de constatations qui ne sont pas confirmées. Il est également lacunaire, en ce sens qu'il ne rapporte que de manière sommaire les plaintes de l'assurée.

Vu ce qui précède, le rapport d'expertise privée du Dr N._____ ne saurait revêtir une pleine valeur probante. Il ne remet donc pas en cause les conclusions des Drs A._____ et J._____.

c) Il y a lieu de relever que le rapport d'examen orthopédique du 11 avril 2019 des Drs A._____ et J._____ a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et sur la base d'un dossier complet. Ces médecins ont également procédé à un examen clinique de l'assurée et ont pris en compte les plaintes de celle-ci. Ils ont en outre motivé leurs conclusions et expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils s'écartaient de l'appréciation du Dr N._____. Ils ont en particulier appuyé leurs constatations au sujet de l'emplacement de la rotule sur des mesures concrètes ainsi que sur les imageries et radiographies réalisées au fil des années. Leurs constatations sont par ailleurs corroborées par les constats d'autres médecins avant eux, soit notamment le Dr K._____ dans son rapport du 7 juin 2016 et le Dr H._____ dans ses rapports des 7 décembre 2015 et 9 février 2017. Enfin, les médecins d'arrondissement ont examiné la question de la capacité de travail en considérant, d'une part, l'incidence des pathologies, mais aussi en appréciant le degré de gravité fonctionnel, contrairement au Dr N._____. La capacité de travail entière dans une activité adaptée a en outre été admise par le Dr H._____ dans son rapport du 15 janvier 2016, le Dr K._____ dans son avis du 7 juin 2016 ainsi que la Dre W._____ dans son appréciation du 9 janvier 2018.

d) Une pleine valeur probante peut donc être conférée au rapport d'examen orthopédique établi le 11 avril 2019 par les Drs A._____ et J._____. La recourante dispose ainsi d'une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire avec possibilité de positionner librement le membre inférieur droit ou un travail en position alternée avec le libre choix de la position sans déplacement prolongé, sans position accroupie ou agenouillée, sans franchissement de terrain en pente ni d'escaliers, ni d'échelle, avec des déplacements limités à des terrains plats sur sol sec et sans manipulation de charges répétées excédant 5 kg. D'autre part, afin de tenir compte d'une fatigabilité accrue et d'une vulnérabilité de l'épaule gauche, ce travail ne doit pas demander de gestes répétitifs ou de position sans appui prolongé du membre supérieur gauche ainsi que la manipulation répétée de charges dépassant 2 kg avec

le membre supérieur gauche et ceci à proximité du corps entre la hauteur de ceinture et la hauteur de l'omoplate.

e) Au demeurant, la recourante ne conteste pas les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimée dans sa décision sur opposition. Compte tenu du degré d'invalidité ainsi obtenu, l'intimée pouvait en conséquence rejeter tout droit à une rente d'invalidité.

f) La recourante conteste encore le taux d'IPAI que la CNA lui a reconnu, se fondant sur le rapport d'expertise privée du Dr N._____.

Dans leur rapport du 11 avril 2019, les Drs A._____ et J._____ ont estimé à 10 % le taux d'IPAI. A cet effet, ils ont constaté que les lésions cartilagineuses étaient établies et étayées par le bilan arthroscopique et la documentation radiologique. L'atrophie musculaire était plus prononcée en 2019, avec une flexion du genou droit légèrement moins bonne. Telle qu'elle se présentait alors, la situation était à mettre en équivalence avec une arthrose fémoro-patellaire d'intensité moyenne pour laquelle, selon la table 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon LAA, le taux d'indemnité était à situer entre 5 et 10 %. L'état de cette articulation n'était en tout cas pas moins bon que celui d'un genou ayant bénéficié d'une patellectomie pour lequel, selon la même table 5, un taux d'indemnité de maximum 10 % pouvait être admis. Quant à la situation de l'épaule gauche, les Drs A._____ et J._____ ont relevé qu'elle ne laissait pas apparaître de séquelle redevable d'une indemnisation pour atteinte à l'intégrité.

Le Dr N._____ considère pour sa part que la présence d'une arthrose fémoro-patellaire associée à une rotule haute fait choisir un taux de 25 % dans la table 5. Or, pour les motifs détaillés ci-dessus, les conclusions de ce médecin ne sauraient être suivies, dès lors qu'elles sont fondées sur des éléments erronés voire non confirmés. Dans la mesure où le Dr N._____ n'objective pas davantage son appréciation du degré d'atteinte à l'intégrité, son appréciation ne permet pas de mettre en doute les conclusions des Drs A._____ et J._____ qui peuvent être

confirmées. L'intimée pouvait dès lors octroyer une IPAI d'un taux global de 10 %.

g) Partant, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise telle que sollicitée par la recourante serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 septembre 2020 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mes Cécile Bonmarin et Alexis Overney (pour D. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :