

S2 12 105

JUGEMENT DU 4 FÉVRIER 2014

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Pierre Zufferey et Thomas Brunner, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X_____, recourante, représentée par Maître A_____

contre

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), intimée,
représentés par Maître B_____

(rente d'invalidité ; exigibilité ; indemnité pour atteinte à l'intégrité)

Faits

A. X_____, née le xxx 1947, travaillait comme employée de bureau pour le compte de C_____ SA, à D_____, et, à ce titre, était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CNA.

Le 13 juillet 2007, alors qu'elle était chez elle, elle a glissé sur le rebord de la porte-fenêtre et a chuté lourdement sur les genoux. Ressentant de vives douleurs, elle s'est rendue aux urgences de l'hôpital de D_____ où une fracture-luxation de la malléole droite type Maisonneuve a été diagnostiquée et opérée par ostéosynthèse le lendemain. Une entorse de la cheville gauche a également été observée. Après sa sortie de l'hôpital le 20 juillet 2007, l'évolution a été favorable ; la botte plâtrée a été retirée et radiologiquement, il n'y avait pas de démontage ; l'ablation des vis a eu lieu le 7 septembre 2007.

Dans son rapport du 10 octobre 2007, le Dr E_____ a relevé que la patiente avait développé une nécrose cutanée sur la partie antérieure de la cheville droite, qui avait été prise en charge à la polyclinique de l'hôpital de F_____. Le 28 novembre 2007, il a indiqué qu'une reprise du travail avait été tentée le 22 octobre 2007, mais qu'en raison d'importantes douleurs avec tuméfaction du mollet et de la cheville, il avait remis la patiente à l'arrêt dès le 14 novembre 2007 et que, depuis lors, la situation s'améliorait avec diminution de la boiterie et de la tuméfaction de la cheville et lente fermeture de l'ulcère de la face antérieure de la jambe. Radiologiquement la fracture étant solide, il a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO), le 18 janvier 2008. En raison du retard de cicatrisation cutanée, de la persistance de la tuméfaction et des douleurs, un CT-scan de la cheville droite a été réalisé le 11 juin 2008, qui a montré un important pincement de l'espace articulaire tibio-astragalien et une arthrose intéressant les deux malléoles. Compte tenu de cette évolution, le Dr E_____ a indiqué, le 25 juin 2008, qu'une arthrodèse serait certainement à prévoir et a maintenu l'incapacité de travail totale.

Le 2 juillet 2008, X_____ a été examinée par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du même jour, celui-ci a noté qu'il s'agissait rétrospectivement d'une fracture-luxation du pilon tibial, qui était consolidée. Il a relevé la persistance de deux ulcères au niveau de la cicatrice latérale externe, sans tendance à la fermeture, et une cheville sévèrement

enraidie en léger pied équin. De son point de vue, l'évolution clinique et radiologique allait vers une arthrose post-traumatique précoce et une reprise du travail, même de bureau, était illusoire pour le moment.

B. Sur conseil de la CNA, X_____ s'est annoncée auprès de l'office cantonal AI du Valais (OAI), le 14 avril 2008. Celui-ci a soumis le rapport du CT-scan du 11 juin 2008, le rapport du Dr E_____ du 25 juin 2008, ainsi que le rapport d'examen médical du Dr G_____ du 2 juillet 2008 à son service médical régional (SMR). Dans son avis du 6 octobre 2008, le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics de fracture luxation du pilon tibial droit avec ostéosynthèse, consolidation des fractures, AMO partielle le 7 septembre 2007 puis complète le 18 janvier 2008, cicatrisation encore incomplète de la cicatrice opératoire de la malléole externe en juillet 2008 et arthrose tibio-tarsienne post-traumatique précoce. Il a noté que le cas n'était pas stabilisé et que, pour l'instant, la capacité de travail de l'assurée était nulle. Une mise à jour du dossier devrait être réalisée en février 2009.

Par décision du 6 février 2009, l'OAI a octroyé à l'intéressée une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2008.

C. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2008 adressé à la CNA, le Dr E_____ a indiqué qu'il persistait une petite déhiscence cutanée en amont de la malléole interne, qui justifiait des soins locaux, et que, sur le plan fonctionnel, la patiente présentait un équin légèrement supérieur à 10° presque fixe, nécessitant le port de chaussures avec des talons de 2 à 3 cm.

Entendue le 21 octobre 2008, l'assurée a déclaré ne pas pouvoir rester assise plus de 30 minutes, sans avoir de grandes difficultés à la marche lorsqu'elle se levait, et avoir un périmètre de déplacement très limité.

L'IRM de la jambe droite effectuée le 31 mars 2009 n'a pas montré de signe d'inflammation et d'infection au niveau du squelette et des parties molles, mais quelques anomalies de signal au niveau de la musculature du mollet droit démontrant à la fois une discrète atrophie graisseuse et un œdème. L'IRM de la cheville droite réalisée le lendemain a mis en évidence d'importantes chondropathies tibio-tarsiennes avec remaniement d'origine arthrosique, un léger œdème des parties molles sous-cutanées en regard de la plaie du compartiment interne de la cheville, sans signe évident d'ostéomyélite associée ni collection abcédée.

Le 1^{er} mai 2009, la Dresse I _____, cheffe de clinique au J _____, a fait état d'une évolution défavorable avec ulcère à la jambe et suspicion d'ostéite chronique sous-jacente motivant une évaluation angiologique par le Dr K _____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie. Dans son rapport du 8 septembre 2009, ce spécialiste a indiqué que la patiente présentait de longue date une varicose tronculaire au membre inférieur droit, qui était stable et ne préférait pas la guérison de la lésion, ainsi qu'une médiacalcinose débutante et des valeurs tensionnelles élevées. Le 21 août 2009, une nouvelle surinfection avec augmentation des douleurs a été déclarée.

Un nouvel examen par le médecin d'arrondissement a eu lieu le 7 septembre 2009. A cette occasion, l'assurée a expliqué avoir de fortes douleurs à cause de l'infection, mais pouvoir aller jusqu'au village et retour, soit environ 1.5 km. Le Dr G _____ a noté que l'évolution avait été compliquée par des ulcères malléolaires internes, associés à un diabète et une insuffisance veineuse. Il a jugé qu'une reprise chirurgicale n'était pas indiquée et que, d'un point de vue médico-théorique, l'exercice d'une activité légère de bureau devait pouvoir être possible au moins à mi-temps avec augmentation du taux selon l'évolution.

Le 6 octobre 2009, le Dr E _____ a remarqué qu'une reprise du travail avait déjà été tentée et s'était soldée par un échec, puisque la station assise entraînait rapidement des douleurs et une tuméfaction de la cheville.

Entendue le 2 novembre 2009, l'intéressée a contesté disposer d'une capacité de travail. Elle a expliqué qu'elle n'arrivait pas à garder la même position de manière continue et devait régulièrement en changer afin que les douleurs ne soient pas trop fortes. Les 5, 15 janvier et 2 février 2010, elle a subi des interventions chirurgicales consistant en une crossectomie et stripping de la saphène interne droite, une ligature des perforantes jambières et des veinectomies étagées jambières, ainsi qu'un débridement cutané de la région malléolaire interne de la cheville droite avec couverture secondaire par greffe de peau. Le contrôle postopératoire s'est révélé positif et la patiente a pu rentrer à domicile, le 17 février 2010.

D. Interpellé par l'OAI dans le cadre d'une procédure de révision d'office, le médecin traitant de l'assurée, le Dr L _____, spécialiste FMH en gastro-entérologie et médecine interne, a rédigé un rapport le 12 mars 2010. Il a indiqué que la patiente présentait des séquelles d'une complication infectieuse et arthrosique rapide du montage chirurgical, qui avait nécessité une longue antibiothérapie puis une greffe,

que son incapacité de travail était totale dans l'activité d'employée de bureau, en raison d'une tuméfaction de la jambe droite, d'importantes douleurs et de la nécessité de marcher avec des cannes. Il a renvoyé aux rapports orthopédiques des Drs E_____ et M_____ pour plus de détails sur les séquelles de l'accident responsable de l'incapacité de travail.

Par communication du 28 juin 2010, l'OAI a signalé à l'assurée que son droit à la rente d'invalidité était maintenu sans modification.

E. Le 29 juin 2010, la Dresse N_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et orthopédie, a signalé à la CNA que la patiente avait été vue par le Dr O_____, le 26 mai 2010, et que, devant la présence d'une arthrose tibio-talienne avancée douloureuse, celui-ci avait proposé de procéder à une arthrodèse.

Afin de déterminer si le cas pouvait être considéré comme stabilisé, X_____ a été convoquée pour un examen par le médecin d'arrondissement, le 5 janvier 2011. A cette occasion, elle a déclaré que la greffe avait réussi et qu'elle n'avait plus les douleurs de l'infection, mais des douleurs mécaniques et des limitations associées au pied équin, qui étaient aggravées le matin au démarrage et à la suite de positions assises prolongées. Elle a expliqué qu'elle marchait mieux en terrain plat qu'en pente, qu'après 15 minutes, elle devait surélever sa jambe et qu'elle utilisait deux cannes le matin et pour se déplacer à pied nu, mais qu'avec un petit talon, elle n'en avait pas besoin. A l'examen, le Dr G_____ a constaté un œdème pré-tibial modéré et symétrique, un statut post-greffe de peau calme et complètement cicatrisé, une cheville supérieure enraidie en flexum irréductible de 20° et une articulation sous-astragalienne ankylosée. Il a relevé qu'après le traitement des ulcères, la greffe de peau et la cure de la varicose, l'évolution avait été favorable puisqu'une arthrodèse tibio-talienne était évoquée par la Dresse N_____. Il attendait donc les conclusions de celle-ci et les dernières radiographies, mais, de son point de vue, sur le plan professionnel, une incapacité complète comme employée de commerce n'était certainement plus justifiée.

Contacté par le Dr G_____, le Dr M_____ a également estimé qu'il n'y avait pas de justification pour une incapacité de travail en activité de bureau (cf. note du 14 janvier 2011, pièce 131).

Le 23 mars 2011, la Dresse N_____ a indiqué que la patiente présentait une arthrose de la cheville droite avancée et douloureuse, des ulcères malléolaires greffés actuellement fermés, avec cicatrisation complète, et une cheville droite fixée en équin de 20° ankylosée et douloureuse. Elle a signalé que l'arthrodèse tibio-talienne avait été

agendée au 4 mai 2011. Au contrôle de la cheville six semaines après l'intervention, la Dresse N_____ a constaté une évolution tout à fait favorable, avec disparition des douleurs de la cheville et persistance d'un œdème résiduel (cf. rapport du 30 juin 2011). Le 18 août 2011, elle a confirmé une nette diminution des douleurs et la persistance d'un œdème postopératoire et a mentionné des tiraillements musculaires à la marche. Le 19 septembre 2011, elle a précisé que la patiente était toujours en arrêt de travail à 100%.

Afin de fixer l'exigibilité et le taux d'atteinte à l'intégrité, X_____ a été examinée par le Dr G_____, le 4 janvier 2012. Elle a expliqué que la douleur était maintenant constante dès qu'elle chargeait le pied, qu'elle devait éviter de monter et descendre, n'arrivait pas à se mettre à genoux et avait besoin de chaussures spéciales. Elle a précisé ne pas prendre d'antidouleurs ou alors occasionnellement du Dafalgan et porter un bas de contention à droite. A l'examen, le Dr G_____ a noté un empâtement modéré avec un œdème pré-tibial discret des deux côtés, une cicatrice étendue actuellement calme, une palpation indolore, une cheville supérieure arthrodésée en position correcte, sans fausse mobilité, et une sous-astragalienn e enraidie d'environ la moitié. Il a observé que l'assurée était mobilisée en charge complète, avec des chaussures adaptées et une discrète boiterie de Duchenne à droite. Il a rappelé que le reprise de l'activité habituelle avait été difficile à l'époque et qu'entre temps, l'assurée était arrivée à la retraite. Au vu des constatations cliniques objectives, en faisant abstraction des facteurs étrangers tels que l'âge et les comorbidités (varicose tronculaire du membre inférieur droit, status après crossectomie, stripping, ligature de perforante jambière et veinectomies étagées, diabète non-insulino-dépendant, hypertension artérielle et obésité), il a considéré qu'une activité de commerce était entièrement exigible, d'un point de vue médico-théorique.

Le 20 mars 2012, les radiographies standards de la cheville droite ont montré l'absence de complication en relation avec le matériel d'ostéosynthèse, une fusion tibio-astragalienn e dans le cadre du status après arthrodèse et une probable arthrose astragalo-scaphoïdienne débutante.

Sur cette base, le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement à la CNA, a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité à 15% en se fondant sur la table n° 5 des barèmes d'indemnisation pour une arthrodèse tibio-tarsienne, sans complication et consolidée.

Par décision du 26 juillet 2012, la CNA a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

F. X_____ a formé opposition contre ce prononcé, aux motifs que ses médecins avaient tous attesté une incapacité de travail entre 100% et 50% et que le taux de l'atteinte à l'intégrité devait être fixé à 20%, plus 20% pour tenir compte de l'aspect inesthétique de la cicatrice selon la table n° 18. Elle a transmis un certificat de la Dresse N_____ daté du 25 avril 2012, ainsi que quatre photographies de sa cheville. Dans son rapport, la praticienne indiquait que l'arthrodèse avait permis une nette diminution des douleurs et une amélioration de la marche, mais que le déroulement du pas était toujours difficile sans chaussures adaptées. Elle constatait une cheville normo-axée et calme, des cicatrices calmes, la présence d'un œdème veineux douloureux à la palpation et l'absence de trouble neurologique périphérique. Elle relevait qu'à l'arthrose douloureuse qui avait nécessité l'arthrodèse s'ajoutaient des comorbidités, à savoir un diabète insulino-dépendant associé à une insuffisance veineuse, qui avaient sûrement été à l'origine de la mauvaise cicatrisation et des ulcères et que la douleur était due à l'œdème chronique séquellaire à l'accident et était aggravée par l'insuffisance veineuse préexistante. Elle retenait que la marche prolongée, la marche sur terrain accidenté et la descente et montée des escaliers étaient difficiles et que les activités en positions assise ou debout prolongées provoquaient des douleurs de type étau dues à l'œdème chronique. Elle estimait que dans une activité de secrétaire en position assise, la capacité de travail était limitée à 50%. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle concluait à un taux de 15% pour l'arthrodèse de la cheville et de 5% pour l'insuffisance veineuse avec dermo-épidermique, fibrose profonde et status après ulcère greffé.

Avant de statuer, la CNA a soumis le cas à son centre de compétence, à Q_____. Dans son rapport du 18 octobre 2012, le Dr R_____, spécialiste FMH en chirurgie, a fixé à 20% le taux de l'atteinte à l'intégrité en se fondant sur les tables n^{os} 5 et 16, à savoir 15% pour l'arthrodèse et 5% pour le syndrome post-thrombotique stade B, ainsi que l'aspect cosmétique, puisqu'en effet, la greffe cutanée était guérie mais peu attrayante. Il a expliqué que le taux de 40% retenu par l'assurée, qui correspondait au taux octroyé en cas d'amputation d'une jambe au niveau du genou, était irréaliste, tout en rappelant que l'insuffisance veineuse ne constituait pas une véritable suite causale de l'ulcération consécutive à l'accident. S'agissant de l'exigibilité, il a précisé qu'il fallait faire abstraction de l'âge et des troubles maladiques et qu'il ne voyait aucune raison physique à la jambe droite qui interdisait l'exercice à 100% d'une activité en

position assise, comme celle d'employée de commerce, dans la mesure où l'œdème pouvait être traité avec des bas de contention et que, dans un bureau, il était possible de se déplacer de temps à autre, sans diminution de rendement.

Nantie de ces informations, la CNA a admis partiellement l'opposition, le 22 octobre 2012, en ce sens qu'elle a accepté de versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 20%. Pour le reste, elle a confirmé le refus de la rente d'invalidité.

G. Le 22 novembre 2012, X_____ a recouru céans contre cette décision sur opposition. Elle a reproché à la CNA de ne pas avoir suffisamment instruit son dossier, estimant qu'en présence d'avis contradictoires, celle-ci aurait dû mettre en œuvre une expertise neutre. Elle a soutenu que la CNA ne pouvait pas s'écarter de la décision de l'OAI, lequel lui avait accordé une rente entière d'invalidité. De son point de vue, les avis des médecins d'arrondissement n'avaient pas de valeur probante, dès lors que le Dr G_____ s'était prononcé sans avoir les dernières radiographies. Enfin, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle a rappelé qu'il convenait d'indemniser également la cicatrice, qui était particulièrement impressionnante et visible.

Prenant position le 15 février 2012, la CNA a rappelé qu'elle était en droit de ne pas mettre en œuvre une expertise si elle l'estimait inutile par appréciation anticipée de la preuve et de procéder à l'évaluation de l'invalidité de l'intéressée indépendamment de la décision de l'OAI. Elle a confirmé la valeur probante de l'avis des médecins d'arrondissement et a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 10 avril 2013, la recourante a prétendu que l'intimée avait refusé la mise en œuvre d'une expertise neutre sans donner de motivation. Elle a mis une nouvelle fois en doute l'avis des médecins d'arrondissement, relevant que le Dr R_____ ne l'avait pas examinée et qu'il était évident qu'il n'allait pas contredire son propre collègue. Elle a également reproché à l'intimée de ne pas avoir indiqué en quoi l'avis du SMR était faux et pourquoi elle s'en écartait. Enfin, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle a observé que la problématique de la lésion de la peau n'avait pas été examinée par les médecins et a rappelé que, sur la base de la table n° 18, celle-ci devait être indemnisée. Elle a déposé un courrier du Dr M_____ du 9 avril 2013, dans lequel celui-ci déclarait soutenir les conclusions prises par la Dresse N_____ le 25 avril 2012, ainsi qu'un rapport du 2 janvier 2013 du Dr S_____, médecin-adjoint du service de chirurgie plastique du J_____, faisant état d'un œdème modéré du membre inférieur droit, d'une bonne intégration de la zone greffée avec

cicatrice opératoire calme, d'un léger équin nécessitant une compensation dans la chaussure et d'un status après arthrodèse tibio-astragaliennne, le tout entraînant une limitation à la marche, ainsi qu'à la station assise et debout en raison de l'œdème et engendrant une atteinte à l'intégrité de 20%.

Le 14 mai 2013, l'intimée a fait remarquer que la recourante n'avait jamais été empêchée de produire des moyens de preuve pour soutenir sa thèse. S'agissant de la valeur probante des avis des Drs G_____ et R_____, elle a confirmé l'entière objectivité de ces derniers et a rappelé qu'un examen personnel de l'assuré n'était pas nécessaire lorsque le dossier contenait suffisamment d'informations pour se prononcer. Elle a observé que le Dr M_____ n'avait pas motivé son changement d'appréciation et qu'il n'y avait donc pas lieu de lui donner plus de crédit qu'aux avis motivés des médecins d'arrondissement. Elle a noté que la recourante présentait de nombreuses comorbidités et qu'il était donc normal de s'écarter de la position de l'OAI. Enfin, elle a constaté que le Dr S_____ avait également arrêté le taux d'atteinte à l'intégrité à 20% et qu'il n'y avait donc pas de raisons d'admettre un taux supérieur.

L'échange d'écritures a été clos le 3 juin 2013.

Le 2 septembre 2013, la recourante a déposé l'avis complémentaire du Dr M_____ du 21 août 2013. Celui-ci précisait que l'incapacité de travail de 50% avait été fixée pour tenir compte des douleurs résiduelles que présentait la patiente au niveau de la cheville droite, qui étaient aggravées par un œdème résiduel. Il expliquait que ces douleurs étaient présentes à la marche et en position de station prolongée (de manière plus marquée lorsque la patiente reste assise longtemps) et qu'elles persistaient malgré le port de bas de contention ; ainsi, du moment où l'assurée exerçait son travail de secrétaire en position assise principalement, il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 50%. Concernant l'atteinte à l'intégrité, il indiquait que le taux de 20% englobait également l'atteinte cutanée.

Le 9 janvier 2014, le dossier AI de la recourante a été versé en cause.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 22 novembre 2012, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 22 octobre 2012 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 20%.

2.1 La décision entreprise expose de manière correcte et complète les dispositions légales et jurisprudentielles relatives au droit à la rente d'invalidité, à l'incapacité de gain, à l'évaluation du taux d'invalidité, à la valeur probante des actes médicaux et à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Il suffit donc d'y renvoyer.

2.2 S'agissant de la valeur des rapports médicaux, on rappellera que, selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 sv. consid. 3b/ee). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

Par ailleurs, 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 (appréciation anticipée des preuves ; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450 ; Kölz/Häner/Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-*

pflege des Bundes, 3^e éd., p. 52, n. 153 et p. 190, n. 537 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd., p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 alinéa 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

2.3 Enfin, sur la question de l'invalidité, il sied de préciser, à l'instar de l'intimée dans sa réponse, que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêt 8C_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 4.2). En effet, les divers assureurs sociaux demeurent tenus de procéder chacun de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité dans chaque cas et ne peuvent se borner à reprendre sans autre examen le degré d'invalidité fixé par un autre assureur. S'ils ne peuvent toutefois pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force (ATF 126 V 293 consid. 2d), ils doivent s'en écarter lorsqu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité, si elle repose sur une erreur de droit ou une appréciation insoutenable, ou encore se fonde sur des mesures d'instruction sommaires et superficielles (ATF 126 V 293 consid. 2b et consid. 2d ; RAMA 2000 n. U 402 p. 390, n. U 406 p. 402).

3. La recourante conteste la capacité de travail entière reconnue par l'intimée sur la base des conclusions de son médecin d'arrondissement et d'un spécialiste de sa division médicale. Elle soutient que celle-ci n'est pas supérieure à 50% si l'on se réfère aux avis de la Dresse N_____ et du SMR.

En l'occurrence, hormis le fait que les Drs G_____ et R_____ ont évalué la situation médicale de la recourante en tant que médecins-conseil de l'intimée, la recourante ne met en évidence aucun élément concret susceptible de mettre en doute leur impartialité ou l'objectivité de leur appréciation ; son grief y relatif doit donc être rejeté.

Lors du 4^e et dernier examen du 4 janvier 2012, le Dr G_____ a noté que la cheville de la recourante était calme et l'arthrodèse indolore et sans faux-mouvement. Il a observé que l'assurée était mobilisée en charge complète, avec des chaussures adaptées, et qu'elle présentait une discrète boiterie de Duchenne. En ne tenant compte que des suites de l'accident, soit en faisant abstraction de l'âge de l'assurée, qui était à la retraite, et des comorbidités telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, la varicose et le status après crossectomie, stripping, ligature de perforante et veinectomies étagées, il a estimé qu'une activité d'employée de commerce était tout à fait exigible d'un point de vue médico-théorique.

Dans son appréciation du 18 octobre 2012, le Dr R_____ a confirmé ce point de vue. Il a observé qu'il n'y avait pas de motifs adéquats au niveau corporel pour admettre une incapacité de travail dans une activité de bureau, puisque celle-ci permettait l'alternance des positions et était donc parfaitement adaptée aux troubles de l'assurée. Il a, en outre, rappelé que l'œdème veineux pouvait être amélioré avec le port de bas compressifs. Le Dr R_____ a établi son rapport au terme d'une analyse exhaustive du dossier, en se penchant sur les radiographies et les appréciations médicales y figurant. Le grief tiré du fait qu'il n'a pas examiné personnellement la recourante doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Or, cette condition est remplie par tous les autres rapports médicaux figurant au dossier.

Les Drs G_____ et R_____ ont expliqué de façon circonstanciée les raisons pour lesquelles ils ont considéré qu'une capacité de travail entière pouvait être reconnue. Il n'y a pas de motif de s'écarter de leurs conclusions motivées.

Dans leurs appréciations, la Dresse N_____ et l'OAI ont tenu compte de l'ensemble des troubles pathologiques dont souffre l'assurée et non uniquement des suites de l'accident. Ainsi, la Dresse N_____ a clairement indiqué que les douleurs étaient aggravées par l'insuffisance veineuse préexistante. Quant au SMR, il sied de relever que celui-ci ne s'est prononcé qu'une seule fois sur le cas de l'assurée, en octobre 2008, sans avoir examiné celle-ci (alors que la recourante reproche justement au Dr R_____ de ne pas l'avoir examinée), en se basant sur les avis des médecins traitant, ainsi que sur le premier rapport du 2 juillet 2008 du Dr G_____, rendu alors que le cas n'était pas encore stabilisé. Enfin, lors de la procédure de révision entreprise en mars 2009, l'OAI n'a pas requis l'avis de son SMR

avant de se prononcer en juin 2010. Il s'est contenté de prendre connaissance des pièces du dossier CNA recueillies jusqu'en avril 2009, qui ne comportaient pas de nouvelle appréciation médicale, et de demander un rapport au médecin généraliste de l'assurée, le Dr L_____. La position de l'OAI ne se fondant pas sur le même tableau clinique que l'intimée, ni sur des mesures d'instruction approfondies, c'est à juste titre que l'intimée s'en est écartée.

Enfin, la Dresse N_____ et le Dr M_____ ont considéré que la capacité de travail de l'assurée était de 50% uniquement en raison du fait que l'activité de secrétaire s'exerçait principalement en position assise. Ces deux praticiens ne se sont donc pas prononcés sur la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée en tant que tel. Quoi qu'il en soit, s'il est certain qu'une activité de secrétaire exige de s'asseoir, celle-ci permet aussi d'alterner les positions, de se déplacer sur de courtes distances dans le cadre du bureau et peut très bien s'exercer, par exemple, avec une jambe surélevée. Une telle activité apparaît parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, laquelle - il n'est pas inutile de le rappeler - a l'obligation de faire tout son possible pour diminuer le dommage résultant de l'invalidité (ATF 117 V 400 ; 113 V 22 consid. 4 ; 109 V 25 consid. 3c), fût-ce en prenant des antidouleurs (arrêt U 417/04 du 22 avril 2005 consid. 4.5), ce qu'elle ne fait pas actuellement. La cour se rallie donc à l'appréciation de l'intimée quant à la capacité de travail entière de l'assurée dans une activité adaptée de bureau.

Les rapports des médecins de la CNA étant suffisants pour statuer en pleine connaissance de cause, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas procédé à la mise en œuvre d'une expertise et il n'y a pas lieu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves) ; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 alinéa 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

4. La recourante conteste encore le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée. Elle estime que celui-ci ne tient pas suffisamment compte de la lésion extrêmement importante de la peau, visible au niveau de sa cheville.

4.1 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht (SBVR), 2^e éd., 2007, n. 229). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se

détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; voir également Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 235).

Selon la table n° 18 applicable en cas de lésions de la peau, en fonction de la gravité et de l'étendue des cicatrices consécutives à des brûlures graves, l'atteinte à l'intégrité se situera entre 5 et 50% (grave défiguration). L'atteinte cosmétique sera fixée en se référant à la perte du nez (30%) ou du pavillon de l'oreille (10%), les cicatrices du visage et des mains constituant des atteintes nettement plus graves que celles des parties couvertes. En dehors de l'aspect cosmétique, il faut prendre en compte le handicap fonctionnel causé par la cicatrice, en raison de rétractions, de vulnérabilité accrue de la peau, ainsi que de diminution durable de la sensibilité cutanée.

4.2 En l'espèce, lors de l'examen du 5 janvier 2011, le Dr G_____ a constaté un statut post-greffe de peau calme et complètement cicatrisé. Le 23 mars 2011, la Dresse N_____ a, quant à elle, fait état d'ulcères malléolaires greffés, fermés avec cicatrisation complète. Lors du dernier examen du 4 janvier 2012, le Dr G_____ a observé une cicatrice étendue antéro-médiale calme. Le 25 avril 2012, la Dresse N_____ a également retenu des cicatrices postopératoires calmes et une greffe cutanée calme. Elle a arrêté le taux de l'atteinte à l'intégrité à 15% pour l'arthrodèse de la cheville, auquel elle a ajouté 5% pour tenir compte de l'insuffisance veineuse, de la fibrose profonde et du status après ulcère veineux chronique greffé. Sur la base des constatations faites par les différents médecins, du résultat des IRM et des photographies de la cheville figurant au dossier, le Dr R_____ a fixé le taux de l'atteinte à 20%, à savoir 15% pour l'arthrodèse et 5% pour le syndrome post-thrombotique ainsi que pour l'aspect cosmétique de la greffe, qu'il a jugé effectivement peu attrayant, même si la greffe était parfaitement guérie. Ainsi, contrairement à ce que prétend le recourant, les médecins ont tenu compte de la problématique de la lésion cutanée lors de la fixation du taux de l'atteinte à l'intégrité. Le recourant n'apporte aucun élément médical permettant de mettre en doute leur appréciation concordante. Aucun médecin n'a fait mention d'un quelconque handicap fonctionnel lié aux cicatrices postopératoires et à la greffe au niveau de la cheville. Au contraire, dans son appréciation du 2 janvier 2013, le Dr S_____ a fait état d'une bonne intégration de la zone greffée et d'une cicatrice opératoire calme. Pour tenir

compte de l'ensemble des atteintes, il a fixé le taux à 20%. Le 21 août 2013, le Dr M_____ a ensuite précisé que ce taux de 20% englobait également l'atteinte cutanée. Dans ces conditions, une indemnisation supplémentaire à celle reconnue unanimement par l'ensemble des médecins consultés dans ce dossier n'apparaît nullement justifiée. La décision de l'intimée doit également être confirmée sur ce point.

5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, sans qu'il soit perçu de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 4 février 2014