

GE_GERICHTE ATAS/151/2025 vom 13. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_151_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/151/2025 du 13 mars 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/151/2025 del 13 marzo 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA ; art. 62 ss et 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont souffre la recourante au niveau du genou gauche doivent être pris en charge par l'intimée au-delà du 31 décembre 2023.

E. 3.1

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

E. 3.2

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.3

et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

E. 4

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche

du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

A/2203/2024 - 12/20 - trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé

auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la

A/2203/2024 - 13/20 - pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 5.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et

E. 5.2

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985

A/2203/2024 - 14/20 - p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question

restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 6

En l'espèce, il convient de rappeler, à titre préliminaire, que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, 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 p. 368). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité de la recourante indépendamment de la décision rendue en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.1). Par conséquent, l'intimée n'est pas liée par l'évaluation de l'OAI, étant au surplus relevé que ce dernier n'avait pas statué de manière définitive lorsque la décision dont est recours a été rendue.

E. 6.1

En l'occurrence, il est en premier lieu relevé que la recourante a admis, dans son mémoire de réplique, ne souffrir d'aucun diagnostic psychique (cf. mémoire de réplique, p. 7), ce que la Dre M_____ a d'ailleurs retenu dans son rapport du 24 septembre 2024 en indiquant qu'il n'y avait pas de diagnostic actif sur le plan psychiatrique, ni de limitation fonctionnelle en lien avec un diagnostic psychiatrique. La recourante a par ailleurs renoncé, dans son mémoire de réplique, à demander la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Par conséquent, la chambre de céans considère comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante ne souffre d'aucun diagnostic psychique ayant une incidence sur sa capacité de travail. Il s'agit donc d'examiner le présent cas du point de vue de l'atteinte somatique de la recourante.

E. 6.2

S'agissant de la question de la stabilisation de l'état de santé, l'intimée s'est fondée sur le rapport du Dr L_____ du 23 juin 2023 pour retenir que l'état de santé de la recourante était définitivement stabilisé dès le jour de l'examen de la recourante par ce médecin d'assurance, soit dès le 19 juin 2023. Si, dans un premier temps, la recourante n'a pas contesté cette stabilisation au vu de l'appréciation du Dr K_____ du 23 juin 2023, à teneur de laquelle ce dernier ne prévoyait pas de revoir l'intéressée en raison de l'absence de solution chirurgicale envisageable et du manque d'alternative thérapeutique (cf. mémoire

A/2203/2024 - 15/20 - de recours, p. 17), elle s'est, par la suite, fondée sur les conclusions des Drs R_____ et H_____ pour contester la stabilisation de son état de santé (cf. mémoire de réplique, p. 5). Dans son rapport d'expertise du 5 août 2024, établi à la demande de l'OAI, le Dr R_____ a indiqué que les chances de guérison ou d'amélioration au moyen d'un traitement conservateur étaient pratiquement nulles. Pour sa part, le Dr H_____ a retenu, dans son rapport du 3 septembre 2024, que des traitements conservateurs (poursuite de la physiothérapie et infiltration du genou gauche) étaient encore possibles. De l'avis de la recourante, les conclusions contradictoires de ces deux spécialistes justifiaient la mise en œuvre d'une expertise orthopédique par l'intimée. La chambre de céans rappellera que, conformément à la jurisprudence fédérale, la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs ou l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent pas à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du

Tribunal fédéral U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Dès lors, l'administration d'un traitement par infiltrations, tel que suggéré par le Dr H_____, qui n'a qu'un but antalgique, ne suffit pas à exclure la stabilisation de l'état de santé de la recourante. S'agissant de la proposition de mise en place d'un stimulateur endo-médullaire par le Dr K_____ en date du 23 juin 2023, qualifiée par ce spécialiste d' « idée potentiellement favorable dès lors qu'une solution chirurgicale n'était pas envisageable » et de la recommandation du Dr P_____ de procéder à un tel essai de neurostimulation médullaire, qui ne devait être envisagé qu'à l'épuisement du traitement conservateur et uniquement dans le cas où les douleurs devenaient encore plus invalidantes (cf. rapport du Dr P_____ du 16 mai 2023), elles ne constituent qu'une simple possibilité d'une amélioration notable de l'état de santé de la recourante. Il en va de même du traitement par injections de toxine botulique évoqué par le Dr Q_____ dans son rapport du 1er décembre 2023, dès lors que ce traitement ne pouvait apporter, selon ce spécialiste, qu'une amélioration potentielle de la symptomatologie. Il est au surplus relevé que le Dr Q_____ a en outre conclu qu'aucune prise en charge chirurgicale n'était raisonnablement possible pour améliorer les symptômes et que les techniques actuelles étaient arrivées à leur terme d'efficacité et que, selon l'appréciation du Dr R_____, les chances de guérison ou d'amélioration avec un traitement conservateur étaient pratiquement nulles, la recourante étant candidate à la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche (cf. rapport d'expertise du Dr R_____ du 5 août 2024, p. 11). Enfin, conformément à la jurisprudence fédérale, le bénéfice que peut amener la poursuite de la physiothérapie préconisée par le Dr H_____ ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références).

A/2203/2024 - 16/20 - Au vu de ces éléments, la chambre de céans retient que l'état de santé est stabilisé dès le 19 juin 2023, soit la date correspondant à l'examen médical de la recourante par le Dr L_____. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2023, tout en maintenant le traitement de physiothérapie, les traitements préconisés par le centre de la douleur des HUG ainsi que les consultations médicales pour une durée de douze mois.

E. 6.3

L'état de santé de la recourante étant stabilisé, se pose la question de son droit éventuel à une rente d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAA. En effet, dès lors que l'intimée a retenu que la recourante présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle de comptable/responsable du contentieux, considérant par là même que ladite activité était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr L_____, elle a ainsi implicitement refusé de lui allouer une rente d'invalidité. Il convient donc d'examiner la capacité de travail de la recourante telle que retenue par le Dr L_____ et de confronter les conclusions de ce médecin de l'assurance aux autres appréciations médicales figurant au dossier. Pour rappel, dans son rapport du 22 juin 2023, le Dr L_____ a retenu le diagnostic de status après fracture du genou fauche opérée en 2021 (plateau tibial externe) et une reprise d'une activité professionnelle sédentaire, permettant des déplacements de courte durée et des changements de position, correspondant aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges importantes de plus de 10 kg sur des déplacements courts, les marches importantes ainsi que l'utilisation d'échelles et d'escaliers devant être évitées. En respectant ces limitations, la reprise d'une activité sédentaire était possible dès le mois de septembre 2023 à 100% et sans diminution de rendement. Le Dr R_____, expert orthopédique mandaté par l'OAI, a quant à lui retenu que la recourante pouvait exercer une

activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité essentiellement sédentaire, avec alternance des positions assise et debout à la guise de la recourante, sans port de charges, sans marche en terrain irrégulier et sans devoir monter ou descendre des pentes ou des escaliers de manière répétée. De courts déplacements à plat étaient possibles. L'activité habituelle qui se déroulait essentiellement en position assise, sans port de charges et avec de courts déplacements à plat pouvait être adaptée aux limitations fonctionnelles susvisées. Une diminution de la capacité de travail 50% lui paraissait toutefois justifiée, probablement depuis septembre 2023, en raison de la symptomatologie persistante et des changements de position nécessaires (cf. rapport d'expertise du Dr R_____ du 5 août 2024, p. 12). S'agissant de l'avis du Dr Q_____, ce spécialiste a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, l'impossibilité d'avoir la position assise ou debout prolongée, sans que la durée précise ne puisse être définie dès lors qu'elle dépendait probablement du moment A/2203/2024 - 17/20 - de la journée, du nombre de pauses possibles et de l'intensité de la douleur. Étaient également impossibles les flexions répétées de genou (par exemple, l'utilisation d'échelles ou d'escaliers), la position accroupie ou demi-accroupie, ainsi que le port de charges lourdes (à partir de 10 kg) (cf. rapports du Dr Q_____ du 28 juillet 2023 et du 2 janvier 2024). Ce médecin traitant a cependant indiqué qu'il lui était impossible de déterminer un taux de capacité résiduelle de travail ou un éventuel rendement attendu, relevant néanmoins qu'une capacité de travail de 100% ne lui paraissait « pas imaginable » (cf. rapport du Dr Q_____ du 2 janvier 2024). Quant à la question de savoir si l'activité habituelle de comptable/responsable du contentieux était compatible avec les limitations fonctionnelles identifiées, il a répondu par la négative au motif que, si une activité en position assise avec la possibilité de se lever fréquemment lui semblait, en théorie, possible, celle-ci n'était pas réaliste dès lors que la recourante ressentait le besoin constant de se lever en raison de la douleur (trois à quatre fois sur une période de 30 minutes) (cf. rapport du Dr Q_____ du 19 février 2024). Invité à se déterminer sur le rapport du Dr R_____ susvisé, le Dr L_____ a indiqué, dans son appréciation médicale du 7 janvier 2025, qu'une incapacité de travail de 50% n'était pas justifiée dès lors que, selon le descriptif de la place de travail auprès du dernier employeur, daté du 31 mai 2021, son activité habituelle était déployée en position assise, sans port de charge et avec de courts déplacements. La chambre de céans relève cependant qu'il ressort du descriptif du poste de travail auquel s'est référé le Dr L_____ que l'activité habituelle de comptable à temps complet était une activité sédentaire (utilisation bureautique, téléphone, fax et courriels), mais que l'intéressée officiait également en qualité de responsable de l'économat, ce qui impliquait la manutention de charges pouvant peser 10 kg et des déplacements au sein de l'entreprise. La recourante était en outre chargée de l'organisation d'événements pour le compte de son employeur (cf. compte rendu de l'entretien entre un collaborateur de l'intimée et la recourante du 31 mai 2021, p. 1 et 2). Par ailleurs, à teneur de la description du poste de travail par l'ancien employeur, l'activité habituelle était une activité de bureau à 100%, dont 75% du temps s'effectuait en position assise (travail à l'ordinateur) et 25% en position debout (cf. descriptif de la place de travail par l'employeur du 6 juillet 2023). Il apparaît ainsi que l'activité habituelle de comptable, pour laquelle il était nécessaire de se tenir debout pendant une partie importante de la journée de travail (25%), ainsi que le port de charges pour les tâches liées à la gestion de l'économat de l'entreprise, ne correspond pas à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les Drs L_____, R_____ et Q_____. Par ailleurs, en soutenant que la douleur chronique n'était pas susceptible de diminuer la capacité de travail à un taux de 50% et qu'il s'agissait d'une impression

subjective de la part de la recourante (cf. avis du Dr L_____ du 7 janvier 2025), le Dr L_____ n'écarte pas de manière suffisamment motivée

A/2203/2024 - 18/20 - la baisse de 50% retenue par le Dr R_____ en raison de la symptomatologie persistante et des changements de position nécessaires dus à celle-ci. Les conclusions du Dr R_____ sont par ailleurs corroborées par l'analyse du Dr Q_____ qui, sans déterminer un taux de capacité de travail spécifique, a tout de même contesté, dans son principe, la capacité de travail entière dans une activité adaptée au vu de l'impossibilité, pour la recourante, d'avoir la position assise ou debout pendant une période prolongée, en précisant à cet égard qu'en tenant compte d'une capacité diminuée, une activité en position assise avec la possibilité de se lever fréquemment lui semblait théoriquement possible, mais pas réaliste au motif que l'intéressée ressentait le besoin constant de se lever en raison de la douleur. Le Dr Q_____ a d'ailleurs indiqué avoir lui-même constaté, en consultation, que la recourante s'était levée trois à quatre fois sur une période de trente minutes (cf. rapport du Dr Q_____ du 19 février 2024). Ce besoin fréquent de changer de position a, au demeurant, également été constaté par la Dre M_____ qui a relevé, chez la recourante, la nécessité de se lever et de bouger 30 fois par heure pour soulager les douleurs déclenchées par l'immobilisation de son genou (cf. rapport de la Dre M_____ du 24 septembre 2024). S'agissant d'une éventuelle baisse de rendement dans l'activité habituelle, le Dr L_____ a admis qu'une éventuelle « modification du rendement » pouvait certes être envisagée, mais celle-ci ne pouvait pas, en l'état, être évaluée dès lors que la recourante ne travaillait pas. La chambre de céans relève que ni le Dr R_____, ni le Dr Q_____ ne se sont prononcés sur la question d'une éventuelle baisse de rendement dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que le Dr L_____ n'a pas écarté de façon convaincante les avis médicaux divergents, que ses conclusions se fondent sur une description tronquée du dernier poste de travail occupé par la recourante et qu'il a, en fin de compte, admis qu'une diminution du rendement dans l'activité habituelle était possible, sans toutefois la déterminer. Dans ces circonstances, il sera retenu que l'appréciation du cas par le Dr L_____ ne permet pas d'établir clairement la capacité de travail de la recourante, en particulier de savoir si celle-ci est véritablement donnée dans l'activité habituelle de comptable/responsable du contentieux. Or, pour se voir conférer pleine valeur probante, l'appréciation de la situation médicale doit être claire et les conclusions des experts dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). Par conséquent, l'intimée ne pouvait pas valablement se fonder sur l'avis de son médecin d'arrondissement et écarter les autres rapports versés au dossier, en particulier ceux rendus par deux spécialistes en chirurgie orthopédique (Drs R_____ et Q_____), sans un examen approfondi. Conformément à la jurisprudence fédérale, dès lors que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation du médecin de l'assurance et que les avis du Dr R_____ et du Dr Q_____ laissent subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée

A/2203/2024 - 19/20 - en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (ATF 135 V 465). L'intimée n'ayant pas suffisamment instruit la question de la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA et toute autre mesure nécessaire de façon à pouvoir déterminer à satisfaction de droit les limitations fonctionnelles et la capacité de travail médico-théorique de la recourante, au regard des conclusions de son médecin d'arrondissement mais également de

celles des Drs R_____ et Q_____.

E. 6.4

Au surplus, la chambre de céans rappellera que l'intimée a déjà reconnu à la recourante le droit à une IPAI de 30% correspondant à un montant de CHF 44'460.- par décision du 6 décembre 2023. Il ne ressort pas du dossier que cette décision aurait été contestée par la recourante et cette dernière n'a pris aucune conclusion y relative, de sorte que la chambre de céans n'a pas à se prononcer à ce sujet.

E. 7

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, au sens des considérants.

E. 8.1

La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 8.2

Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

A/2203/2024 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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