

GE_GERICHTE ATAS/370/2026 vom 30. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_370_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/370/2026 du 30 avril 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/370/2026 del 30 aprile 2026

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 en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Il convient de définir l'objet du litige.

E. 2.1

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). La question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

A/4277/2025 - 23/44 -

E. 2.2

Par ailleurs, l'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas

dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références). Selon la jurisprudence, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement le droit à une IPAI, sont deux rapports juridiques distincts, sans lien de connexité entre eux (arrêts du Tribunal fédéral 8C_87/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.3 et les références ; 8C_420/2008 du 31 mars 2009 consid. 1.3).

E. 2.3

En l'occurrence, l'intimée, par décision sur opposition du 6 novembre 2025, a estimé que l'état de santé de la recourante était stabilisé en date du 1er juillet 2019 et lui a dénié le droit à une rente d'invalidité, au motif que sa perte de gain ne s'élevait qu'à 5.38%. Elle a pour le surplus maintenu que le taux d'IPAI s'élevait à 20%. L'intimée avait en outre informé la recourante, par courrier du 20 juin 2019, que son service médical estimait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, de sorte qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2019. Compte tenu de la jurisprudence précitée, l'intimée, en rendant sa décision du 27 août 2025, confirmée sur opposition le 6 novembre 2025, a également refusé le versement des indemnités journalières à la recourante à compter du 1er août 2019. Par conséquent, le litige porte tant sur la cessation, au 31 juillet 2019, du versement des indemnités journalières, que sur le refus d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante. Il convient encore de relever que dans le cadre de la procédure d'opposition et de son recours, la recourante a remis en cause la date retenue s'agissant de la stabilisation de son état de santé, sa capacité de travail dans une activité adaptée et le calcul de sa rente. Elle n'a toutefois pas contesté l'IPAI retenue par l'intimée. Le taux d'IPAI retenu par l'intimée ne fait par conséquent pas partie de l'objet du litige.

A/4277/2025 - 24/44 -

E. 3

août 2020 consid. 5.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références)

E. 3.1

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 LPGGA). 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. 3.2

Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il est précisé à l'art. 6 LPGGA, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) 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 de référence. L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

E. 3.3

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en

A/4277/2025 - 25/44 - œuvre. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1 et les références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4 cité dans David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316). Les renseignements médicaux relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé

quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du

E. 4

A/4277/2025 - 26/44 -

E. 4.1

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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 LPG), 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 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. 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).

E. 4.2

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 4.3

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

A/4277/2025 - 27/44 - 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).

E. 4.4

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 125 V 351 consid. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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. 4.5

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 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).

A/4277/2025 - 28/44 -

E. 5.2

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 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. 5.3

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 ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 6

En l'espèce, l'intimée, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr M_____ du 19 mai 2025, a considéré que l'état de santé de la recourante était stabilisé depuis le 1er juillet 2019 et qu'elle disposait d'une capacité entière dans une activité adaptée. La recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr M_____. Se référant aux rapports médicaux de ses médecins traitants, elle estime que son état n'était pas stabilisé au mois de juillet 2019 et que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne s'élève qu'à 50%.

E. 6.1

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise neurochirurgical établi par le Dr M_____ en date du 19 mai 2025, dès lors que l'intimée s'est fondée sur ce rapport pour rendre la décision querellée.

A/4277/2025 - 29/44 - La chambre de céans constate tout d'abord que ce rapport d'expertise remplit, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet une anamnèse, les plaintes de la recourante et des observations cliniques. L'expert a en outre répondu aux différentes questions qui lui étaient soumises par l'intimée et a motivé ses conclusions. Sur le fond, l'expert a retenu que l'accident avait entraîné une « fracture tassement de L2 de type A4 selon classification AO spine » et des « fractures non déplacées des apophyses transverse de L1, L2, L3 ». Selon lui, la recourante présente surtout une certaine raideur lombaire basse, avec une limitation de l'antéflexion de la colonne lombaire. Il n'a pas relevé d'atteinte motrice, ni de déficit moteur, hormis une petite faiblesse du quadriceps gauche, modérée et peu invalidante, vraisemblablement due à l'écartement du nerf crural gauche lors de la lombotomie (deuxième chirurgie). L'expert a indiqué que la position d'accroupissement était difficile à réaliser, surtout pour se relever, et que la recourante se plaignait essentiellement de lombalgies chroniques peu invalidantes. La chambre de céans relève tout d'abord que les lombalgies chroniques relevées par l'expert ressortent des différents rapports médicaux du dossier. À cet égard, la Dre G_____ a retenu, dans son rapport du 17 mai 2018, que la recourante souffrait de lombalgies mécaniques traumatiques, en précisant que lors de la consultation du 17 janvier 2018, les douleurs rapportées par la recourante étaient localisées au niveau lombaire, avec une irradiation inguinale, permanentes et qualifiées de supportables. Les lombalgies de la recourante ressortent également des rapports de la Dre F_____ des 17 octobre 2018 et 18 septembre 2019. Par ailleurs, l'expert a considéré que l'état de santé de la recourante pouvait être considéré comme étant stabilisé depuis le 1er juillet 2019, soit plus d'un an après les deux chirurgies, ce qui correspondait au délai habituel retenu dans la littérature pour obtenir une fusion osseuse. Cette date était en outre postérieure de près de deux ans à l'accident et des chirurgies, ce qui était le délai généralement retenu dans la littérature pour fixer le résultat clinique définitif. Selon l'expert, le bilan radiologique permettait d'affirmer que la fusion osseuse était correcte, avec la persistance d'une minime déformation de l'équilibre sagittal, sans conséquence clinique notable, hormis des lombalgies peu invalidantes. L'évolution clinique était favorable avec une nette diminution des douleurs résiduelles et une amélioration de la mobilité, ce qui avait permis à la recourante de reprendre une activité professionnelle dès le début de l'année 2019, d'abord à 50%, puis à 100% (de son ancien taux à 39%) dès le début de l'année 2021. Il n'y avait pas de nouvelle indication chirurgicale à envisager, ni d'autre option médicamenteuse, hormis la poursuite de la physiothérapie à titre d'entretien. Il n'y avait pas de traitement susceptible d'améliorer sensiblement la capacité de travail de l'assurée. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué que celles-ci concernaient uniquement la colonne dorsolombaire de la recourante. Le port de charges devait être limité à 5 kg au maximum, si possible de manière non

A/4277/2025 - 30/44 - répétitive, ou en ménageant des temps de récupération. La manipulation d'objets lourds, comme des déplacements de meubles volumineux, était interdite. Tous les mouvements de flexion antérieure vers l'avant étaient à proscrire, surtout s'ils étaient répétés, ou avec des charges, de même que les mouvements de rotation ou de torsion du tronc qu'il fallait supprimer. Les travaux en position accroupie, ou sur les genoux n'étaient pas envisageables. L'utilisation régulière d'outils lourds (plus de 3 kg) était également à éviter. Les stations debout ou assise prolongées devaient être limitées à 1 heure (par exemple le repassage), et il n'y avait pas de limite pour la marche, ou pour l'alternance des stations debout ou assise. Il fallait éviter le travail sur des échelles, alors que l'utilisation

des escaliers ne posait pas de problème. La marche était également possible, mais limitée à 1h30. La chambre de céans observe que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert sont similaires à celles qui ont été retenues par la Dre E_____ dans son rapport du 19 janvier 2018 à l'attention de l'OAI. Il convient également de relever que dans son rapport du 21 mai 2019, la Dre F_____ a mentionné que l'activité d'employée de maison à 50% était limitée aux activités légères, sans aucune activité lourde, et que la Dre O_____, dans son rapport du 27 juin 2022, a indiqué que la recourante n'effectuait plus de travaux lourds et ne pouvait pas monter sur une échelle ou un escabeau, ce qui correspond aux limitations retenues par l'expert. Selon l'expert, la recourante n'est pas apte, au vu de ses limitations fonctionnelles, à reprendre son activité habituelle à un taux de 39%, sans baisse de rendement, dès lors que cette activité comporte des efforts importants, répétitifs, avec des positions penchées vers l'avant, ou en torsion du dos, qui lui sont préjudiciables. Dans une activité adaptée à ses troubles actuels, comme un poste administratif ou de gestion, respectivement un poste d'accueil ou d'entretien, la recourante dispose selon l'expert d'une capacité de travail entière, sans baisse de performance, dès lors qu'elle ne se plaint que de lombalgies chroniques peu invalidantes, chiffrées à 2 ou 3/10 à l'EVA. Ce n'est que lors d'efforts plus importants, sollicitant sa colonne parce que répétitifs ou réalisés dans de mauvaises positions, que ces lombalgies peuvent augmenter jusqu'à 6/10. En évitant ces efforts inadaptés, l'état de santé de l'assurée lui permet de conserver un taux de pleine activité, soit 100%, sans entrainer de recrudescence douloureuse importante. La recourante a en outre relevé qu'il n'y avait pas d'atteinte neurologique, ni de prise médicamenteuse limitant sa capacité de travail. La poursuite d'une physiothérapie d'entretien de la colonne visant à bien acquérir tous les mouvements d'économie rachidienne, ainsi qu'à renforcer le travail des muscles paravertébraux est importante. La prescription de trois séries de 9 séances chacune dans l'année, est souhaitable pour aider la recourante à maintenir sa capacité de travail actuelle. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du Dr M_____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante,

A/4277/2025 - 31/44 - dès lors que ses conclusions sont motivées et dépourvues de toute contradiction. Elles concordent en outre avec les différents éléments médicaux du dossier.

E. 6.2

Il convient désormais d'examiner si les critiques de la recourante sont de nature à remettre en cause la fiabilité des conclusions de l'expert. La recourante argue que le rapport du Dr M_____ contient plusieurs erreurs. Contrairement à ce que l'expert mentionne, elle ne pouvait plus s'occuper de certaines tâches ménagères, lesquelles étaient effectuées par sa fille. Par ailleurs, elle pratiquait la marche et la course à pied avant son accident, alors qu'elle ne pouvait plus courir, ni marcher plus d'une heure après cet évènement. Le Dr M_____ avait également constaté, lors de l'examen clinique, qu'elle prenait une posture en élevant une épaule par rapport à l'autre pour éviter les douleurs à la marche et qu'elle présentait moins de force dans la jambe gauche, sans en faire mention. Ces critiques ne sont pas de nature à remettre en cause la fiabilité des conclusions de l'expert. En effet, il ressort du rapport d'expertise que le Dr M_____ a indiqué que la recourante s'occupait seule de toute la maison, en précisant que sa fille l'aidait beaucoup. En outre, le fait que l'expert ait retenu que le manque d'activité physique de la recourante était davantage lié à des habitudes de vie ne l'a pas empêché de retenir plusieurs limitations fonctionnelles, y compris en lien avec la marche. De même, le fait que l'expert n'ait pas mentionné la posture

asymétrique adoptée par la recourante pour marcher, ce qui ne ressort pas du rapport d'expertise, ne l'a pas non plus empêché de retenir des limitations fonctionnelles en lien avec la marche. La recourante conteste ensuite que son état de santé serait stabilisé au 1er juillet 2019. Selon elle, l'expert s'est fondé à tort sur le fait qu'elle avait repris à taux partiel son activité en 2019, alors que cette reprise avait été très pénible pour elle et qu'elle n'avait repris à plein temps qu'en 2021. En outre, les Drs D_____ et N_____ avaient prévu un contrôle post-opératoire au mois de septembre 2019 pour se déterminer sur la stabilisation de son état de santé. Leur appréciation ne pouvait pas être écartée pour le simple motif qu'ils avaient uniquement prescrit de la physiothérapie, dès lors que l'efficacité de ce traitement lui avait permis de reprendre son activité professionnelle à 50% dans un environnement allégé. Il convient de rappeler, à titre liminaire que différents rapports médicaux du dossier témoignent de la bonne évolution post-opératoire de l'état de santé de la recourante (cf. notamment rapport du 24 octobre 2017 des Drs D_____ et C_____ et rapports du Dr D_____ des 27 novembre 2017, 15 mars 2018 et 11 février 2019). En outre, il sied également de remarquer qu'à compter du mois de janvier 2019, les différents médecins ayant examiné la recourante lui ont prescrit des antalgiques et des séances de physiothérapie, ce qui est compatible avec un état de

A/4277/2025 - 32/44 - santé stabilisé (cf. rapport du Dr D_____ du 11 février 2019, prescription du Dr D_____ du 26 février 2019, prescription de la Dre F_____ du

E. 6.3

Partant, les conclusions de l'expert doivent être confirmées. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire, ni de procéder à l'audition de la Dre O_____ et de la recourante, étant rappelé que le droit d'être entendu n'empêche pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves et de procéder à une appréciation anticipée de ces dernières, s'il acquiert la certitude que celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 138 III 374 consid. 4.3.2). En outre, il n'implique pas le droit à une audition orale ni à l'audition de témoins (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). 7. Compte tenu des développements précédents, la chambre de céans considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé de la recourante est stabilisé depuis le 1er juillet 2019 et que sa capacité de travail dans une activité adaptée est entière. Il s'agit dès lors d'examiner le calcul du droit à la rente d'invalidité effectué par l'intimée. 7.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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 (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

A/4277/2025 - 35/44 - 7.2 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 7.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références). 7.4 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires et la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue. Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de

A/4277/2025 - 36/44 - l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité. On rappellera cependant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents de même, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par l'employeur. Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut également se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1er juillet 2021 consid. 5.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents, le revenu sans invalidité doit être établi sans

égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Il faut, autrement dit, rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_664/2007 du

E. 10

mai 2019). À cet égard, s'il est certain que la physiothérapie mise en œuvre a eu des effets bénéfiques sur l'état de santé de la recourante, qui a pu reprendre son activité à 50% dans un environnement allégé au mois de janvier 2019, il appert toutefois que le dossier de l'intimée ne contient aucun élément suggérant qu'en 2019, la poursuite de la physiothérapie était de nature à améliorer sensiblement son état de santé. Il ne peut notamment pas être inféré de la reprise à temps plein, par la recourante, de son ancienne activité en 2021, que la physiothérapie a significativement amélioré son état de santé entre 2019 et 2021, dès lors que cette activité n'était de toute façon pas adaptée à son état de santé. La chambre de céans constate également qu'en 2019, les différents médecins consultés par la recourante n'ont pas proposé d'alternative thérapeutique de nature à améliorer sensiblement son état de santé. Dans son rapport du 21 mai 2019, la Dre F_____ a ainsi estimé que la décision d'une reprise à temps plein dans l'activité habituelle était prématurée et a mentionné que les douleurs lombaires dont souffrait la recourante persistaient, sans toutefois indiquer que son état ne serait pas stabilisé ou qu'un traitement serait de nature à améliorer sensiblement son état de santé. De même, le fait que les douleurs éprouvées par la recourante aient persisté ne permet pas de conclure que son état ne serait pas stabilisé. À cet égard, il y a lieu de relever que dans son rapport du 11 février 2019, le Dr D_____ a mentionné que la recourante avait rapporté une évolution favorable des douleurs inflammatoires en regard du site opératoire, tandis que les douleurs mécaniques en barre persistaient. La Dre F_____ a confirmé, dans ses rapports des 21 mai et 18 septembre 2019, que les douleurs mécaniques en barre étaient permanentes. Dès lors, les douleurs éprouvées par la recourante n'avaient pas sensiblement évolué depuis plusieurs mois au moment où la stabilisation de son état de santé a été fixée par l'intimée, de sorte que son état pouvait être considéré comme étant stable d'un point de vue médical. Par ailleurs, le Dr M_____ a fixé la stabilisation de l'état de santé de la recourante au 1er juillet 2019, en mentionnant que la littérature médicale retenait un délai « de l'ordre de deux ans » après la chirurgie pour obtenir une amélioration clinique des douleurs. Il appert ainsi que ce délai a été mentionné par l'expert à l'appui de son appréciation de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, ce qui ne l'a pas empêché de tenir compte des examens médicaux concrets à sa disposition, lesquels montraient une stabilisation de l'état de santé de la recourante dès le 1er juillet 2019. Ainsi, il n'y a pas lieu, comme le soutient de la recourante, de retenir que son état de santé s'est stabilisé au plus tôt au mois de septembre 2019 au motif que sa dernière opération a eu lieu au mois de septembre 2017.

A/4277/2025 - 33/44 - Il est en outre indifférent que la recourante ait accepté ou non de se rendre à la CRR en 2019, dès lors que pour déterminer si son état de santé était stabilisé, il y a lieu de se demander si des mesures thérapeutiques pouvaient sensiblement améliorer sa capacité de travail, ce qui n'était pas le cas au vu du dossier. Enfin, contrairement à ce que soutient la recourante, il ne ressort nullement du rapport du 11 février 2019 que les Drs D_____ et N_____ avaient fixé un contrôle post-opératoire au mois de septembre 2019 pour se déterminer sur la stabilisation de son état de santé. Il ressort au contraire de ce rapport, tout comme des différents rapports du Dr D_____, que ce dernier ne s'est pas

prononcé sur cette question. Par conséquent, c'est à raison que l'expert a retenu que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 1er juillet 2019. La recourante soutient encore que l'expert a estimé de façon contradictoire que la durée de l'activité qu'elle réalisait, soit 17h30 par semaine, était compatible avec son état de santé, alors que cette activité, en raison des tâches qu'elle comportait, n'était pas compatible avec son état de santé, ce indépendamment du temps qu'elle y consacrait. À cet égard, il convient de rappeler que l'expert a indiqué que l'état de santé de la recourante ne lui permettait pas, médicalement, de reprendre son ancienne activité, sauf à l'aménager de manière significative en respectant toutes les limitations fonctionnelles. Selon lui, la « durée du temps de travail était un élément plutôt positif, puisqu'il n'était que de 17,5 heures par semaine, (39%), c'est-à-dire compatible avec l'état de santé de la recourante ». L'on comprend toutefois que cette remarque signifie simplement que le taux d'activité de la recourante était un élément favorable compte tenu de son état de santé, ce qui ne revient pas à dire que son ancienne activité est compatible avec son état de santé. La critique de la recourante tombe ainsi à faux. Concernant, enfin, les critiques élevées par la recourante en lien avec la capacité de travail retenue par l'expert dans une activité adaptée, il appert que celles-ci reposent notamment sur les rapports de la Dre F_____ des 21 mai et 18 septembre 2019. Ces rapports ne suffisent toutefois pas à remettre en cause la fiabilité des conclusions du Dr M_____, dès lors que la Dre F_____ se limite à indiquer que la capacité de travail de la recourante s'élève à 50% compte tenu de ses limitations fonctionnelles. L'expert a quant à lui expliqué de façon convaincante pour quelle raison il retenait que la recourante avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a relevé qu'elle ne se plaignait que de lombalgies chroniques peu invalidantes, chiffrées à 2 ou 3/10 à l'EVA, et que ce n'était que lors d'efforts plus importants, sollicitant sa colonne parce que répétitifs ou réalisés dans de mauvaises positions, que ces lombalgies pouvaient augmenter jusqu'à 6/10. En évitant ces efforts inadaptés, l'état de santé de la recourante lui permettait de conserver un taux de pleine activité, soit 100%, sans entraîner de

A/4277/2025 - 34/44 - recrudescence douloureuse importante. Il a enfin précisé qu'il n'y avait pas d'atteinte neurologique, ni de prise médicamenteuse limitant sa capacité de travail. Les autres avis médicaux mentionnés par la recourante ne contiennent aucune appréciation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, à l'exception du rapport du Prof. L_____, qui a été jugé non probant par la chambre de céans dans son arrêt du 14 novembre 2024. Compte tenu de ce qui précède, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle affirme que sa capacité de travail ne serait que de 50% dans une activité adaptée.

E. 14

avril 2008 consid. 7.2.2 à 7.2.5 et les références). 7.5 On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de

salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de

A/4277/2025 - 37/44 - nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6). La table TA1_skill_level repose sur un système de niveaux de compétence par branches économiques alors que la table T17 repose sur un système de groupes de professions organisé selon des niveaux de compétences homogènes pour chaque grand groupe (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1). 7.6 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une

activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais

A/4277/2025 - 38/44 - seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence). 7.7 Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2). 8. En l'occurrence, la recourante conteste les revenus de valide et d'invalidé retenus par l'intimée, étant rappelé que cette dernière lui a dénié le droit à une rente au motif que son taux d'invalidité ne s'élevait qu'à 5.38%.

A/4277/2025 - 39/44 - 8.1 Il convient tout d'abord d'observer qu'un éventuel droit à la rente de la recourante est né au moment de la stabilisation de son état de santé, soit au mois de juillet 2019, de sorte qu'il sied de déterminer le salaire de valide qu'elle aurait perçu cette année-là, en partant du dernier salaire qu'elle a effectivement réalisé. À teneur de la déclaration de sinistre du 6 octobre 2017, la recourante travaillait à un taux de 38%, soit 17.5 heures par semaine, étant précisé que l'horaire de travail hebdomadaire dans l'entreprise était de 45 heures. Son salaire de base s'élevait à CHF 22.45 par heure, auquel s'ajoutait une indemnité pour vacances de 8.33%. La chambre de céans relève à ce propos que le salaire de la recourante est supérieur au montant minimal prévu par le contrat-type de

travail avec salaires minimaux impératifs de l'économie domestique du 13 décembre 2011 (CTT-EDom – J 1 50.03), dans sa version applicable en 2019, s'agissant des employés non qualifiés (cf. art. 10 al. 1 let. f CTT-Edom), ce que la recourante ne conteste pas. Le 6 février 2018, l'employeur de la recourante a retourné à l'intimée un questionnaire concernant le salaire annuel brut de la recourante. Il a corrigé les indications déjà inscrites par l'assurance pour 2017, soit : « Fr. 22,45/h x 17,50h/s x 52s + 8,33% 13ème salaire », en barrant la mention « 13ème salaire » et la remplaçant par « vacances ». Pour 2018, il a noté : « (Fr 22.45 x 17,5h/sem) + 8,33% de vacances ». Par courriel du 22 juillet 2019, l'employeur de la recourante a informé l'intimée que les données salariales de la recourante n'avaient pas changé en 2019. Le salaire annuel se présentait de la façon suivante : « 22,45/h x 17.50/s x 52s + 8.33% vacances ». Il ressort de la décision querellée que l'intimée a retenu un revenu de valide de CHF 52'533.-, en le déterminant de la façon suivante : CHF 22.45 x 45 heures x 52 semaines = CHF 52'533.-. Ce faisant, elle a déterminé, conformément à la jurisprudence, le salaire annuel de valide correspondant à un temps plein (45 heures par semaine dans l'entreprise). La recourante a quant à elle calculé son revenu de valide de la façon suivante. - $(22.45 \times 17.50 \times 52) + 8.33/100 \times (22.45 \times 17.50 \times 52) = 22'131.27$; - $22'131.27 \times 100 / 38 = 58'240.20$. La chambre de céans relève que le calcul de la recourante est erroné, dès lors qu'il se fonde sur un taux d'activité de 38%. Or, comme l'a souligné à raison l'intimée, le taux d'activité de la recourante s'élevait à 39%, et non à 38% ($17.5 / 45 \times 100 = 38.88\%$), la déclaration de sinistre s'avérant inexacte sur ce point. Par ailleurs, comme l'a remarqué l'intimée, la recourante a intégré deux fois le salaire afférent aux vacances dans le calcul de son revenu de valide, en multipliant

A/4277/2025 - 40/44 - le salaire hebdomadaire par 52 semaines et en additionnant la part afférente aux vacances au montant obtenu. Or, lorsque le salaire horaire comprend une indemnité de vacances, les jours correspondants de vacances doivent être déduits du temps de travail annuel (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 8C_520/2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.2). In casu, il appert que la recourante percevait un salaire horaire de base de CHF 22.45, en sus duquel un taux de 8.33% était prévu au titre d'indemnités pour vacances. Dès lors, le calcul effectué par la recourante ne saurait être suivi, car il revient à tenir deux fois compte du salaire afférent aux vacances de la recourante (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 8C_310/2018 du 18 décembre 2018 consid. 5.2). Il importe peu, à cet égard, que son employeur ait mentionné une formule erronée dans son courriel du 22 juillet 2019. Le calcul effectué par l'intimée est en revanche correct, dès lors qu'il consiste à déterminer le salaire annuel de la recourante en multipliant son salaire horaire de base, sans la part afférente aux vacances, au nombre total de semaines que comporte une année civile. Cela revient, en effet, à multiplier le salaire horaire de la recourante, part afférente aux vacances incluse, à 48 semaines de travail (temps de travail annuel déduit des jours de vacances), étant précisé qu'un taux de 8.33% correspond à un droit aux vacances de 4 semaines. Enfin, comme l'a relevé l'intimée, l'employeur de la recourante a indiqué que son salaire serait resté le même en 2019, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'indexer le revenu de valide de la recourante. Partant, les critiques de la recourante à l'endroit du revenu de valide retenu par l'intimée sont infondées. Celui-ci s'élève ainsi à CHF 52'533.-. 8.2 Concernant le revenu d'invalide, la recourante estime dans son recours que celui-ci devrait être fixé en application de la table T17 de l'ESS, en se référant à la position 91, laquelle correspond au secteur « aides de ménage et de nettoyage ». Ce raisonnement ne saurait être suivi, dès lors que le secteur visé par la table T17 auquel se réfère la recourante n'est pas adapté à ses limitations fonctionnelles, comme en témoigne le rapport d'expertise du Dr M_____. De même, il n'y

a pas lieu de se référer aux lignes 77-82 de la table TA1, lesquelles concernent les activités de service administratif et de soutien. Il appert en effet que la ligne « total secteur privé » est à appliquer, dès lors que la recourante ne peut plus exercer son ancienne activité et est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est disponible. Dès lors, il y a lieu de se référer à la valeur médiane de la table TAI de l'ESS 2018, étant rappelé que la recourante, qui ne peut plus exercer son activité

A/4277/2025 - 41/44 - habituelle, trop astreignante d'un point de vue physique pour son état de santé, conserve une capacité de travail entière dans des travaux légers. Partant, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 1) dans le secteur privé. Cela étant, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, ce montant ne s'élève pas à CHF 4'371.-, mais à CHF 4'316.- compte tenu des ESS publiées par l'OFS le 29 mai 2024, soit la version publiée au moment déterminant étant donné que la décision querellée a été rendue en date du 6 novembre 2025. Le calcul du salaire d'invalidé se présente dès lors comme suit : (CHF 4'316.- x 12 = 51'792.- ; ESS 2018, TA1, tirage skill-level, ligne « total »). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2019 (41.7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 53'993.16 (CHF 52'792.- x 41.7 / 40). Il convient encore d'indexer ce montant à l'année 2019, année déterminante pour la comparaison des revenus. Selon le tableau publié par l'OFS le 22 avril 2025, les salaires nominaux des femmes ont augmenté de 1% en 2019, si bien que le revenu avec invalidité s'élève à CHF 54'553.09 en 2019 ($[1\% \times 53'993.16] + 53'993.16$). 8.3 Il convient encore de déterminer si l'intimée a appliqué à raison un abattement de 10% sur le revenu avec invalidité de la recourante. Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 6 et les références). En l'occurrence, le Dr M_____ a retenu plusieurs limitations fonctionnelles dans son rapport d'expertise. Le port de charges doit être limité à 5 kg au maximum, si possible de manière non répétitive, ou en ménageant des temps de récupération. La manipulation d'objets lourds, comme des déplacements de meubles volumineux est interdite. Tous les mouvements de flexion antérieure vers l'avant sont à proscrire, surtout s'ils sont répétés, ou avec des charges, de même que les mouvements de rotation, ou de torsion du tronc qu'il faut supprimer. Les travaux en position accroupie, ou sur les genoux ne sont pas envisageables. L'utilisation régulière d'outils lourds (plus de 3 kg) est également à éviter. Les stations debout ou assise prolongées doivent être limitées à 1 heure, et il n'y avait pas de limite pour la marche, ou pour l'alternance des stations debout ou assise. Il convient d'éviter le travail sur des échelles, alors que l'utilisation des escaliers ne pose pas de problème. La marche est également possible, mais limitée à 1h30.

A/4277/2025 - 42/44 - La chambre de céans considère que les limitations fonctionnelles précitées n'empêchent pas la recourante d'effectuer des activités simples et légères des secteurs de la production et des services selon l'ESS 2018 (tableau TA1_skill_level et niveau de compétences 1), de sorte que l'intimée était fondée à retenir un taux d'abattement de 10% sur le salaire statistique. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de tenir compte de

circonstances étrangères à l'invalidité. En effet, l'absence de formation de la recourante n'est pas déterminante dans la mesure où l'intimée s'est fondée sur un niveau de compétences 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 5.4). La recourante a en outre la nationalité suisse. S'agissant de l'âge de la recourante, il convient de rappeler que le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, l'âge avancé peut constituer un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA, n'a pas encore été tranché par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références). Selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et a affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelles de l'assuré concerné (ATF 148 V 419 consid. 8.2 et la référence). Le Tribunal fédéral a jugé notamment, à propos d'un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente, qu'il n'y avait pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représentait un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard aux bonnes qualifications professionnelles de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C_439/2017 du 6 octobre 2017). Dans un arrêt concernant une assurée âgée de 58 ans au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente, le Tribunal fédéral a rappelé que dans la mesure où les activités envisagées du niveau de compétence 1 ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis. En outre, ces emplois non qualifiés sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail

A/4277/2025 - 43/44 - équilibré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2 et les références). En l'occurrence, la recourante avait 54 ans au moment de l'ouverture de son droit à la rente et n'expose pas pour quelle raison ses perspectives salariales seraient concrètement réduites sur le marché du travail en raison de son âge. À cet égard, il convient de rappeler que son revenu d'invalidité a été déterminé en tenant compte d'un niveau de compétence 1, ce qui recouvre les emplois non qualifiés, lesquels sont en règle générale disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé. La recourante n'a du reste plus soutenu, à compter de son mémoire de recours, que le taux d'abattement à opérer sur le revenu d'invalidité devrait être supérieur à 10%. Partant, le taux de 10% retenu par l'intimée au titre d'abattement peut être confirmé. Le revenu avec invalidité s'élève ainsi à CHF 49'079.78 ($54'533.09 \times 0.9$), arrondi à CHF 49'080.-, en tenant compte d'un abattement de 10%. L'invalidité de la recourante peut ainsi être calculée comme suit : - $(52'533 - 49'080) / 52'533 = 6.57\%$. Ce taux d'invalidité doit être arrondi à 7% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Dans la mesure où il est inférieur à 10%, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité. 9.

9.1 A l'aune de ces éléments, le recours est rejeté. 9.2 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/4277/2025 - 44/44 - 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.