

GE_GERICHTE A/3116/2016 vom 23. Februar 2017

GE Cour de justice, 2017-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3116_2016

FR: GE_GERICHTE A/3116/2016 du 23 février 2017

IT: GE_GERICHTE A/3116/2016 del 23 febbraio 2017

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS recourante contre CAISSE SUPPLEMENTIVE LAA, sise Hohlstrasse 552, ZÜRICH intimée EN FAIT 1. Madame A_____, ressortissante bolivienne née le _____ 1980, a travaillé dès le 1^{er} septembre 2008, alors qu'elle était titulaire d'un permis « L », comme femme de ménage pour un employeur qui n'avait pas conclu d'assurance-accidents en sa faveur.![endif]>![if> 2. Le 29 octobre 2008, en traversant la chaussée sur un passage piéton, l'intéressée a été heurtée du côté droit et renversée par un automobiliste en état d'ébriété, suite à quoi elle a été blessée aux deux genoux. Le rapport de police établi à cette occasion fait état de blessures légères, à savoir d'ecchymoses et dermabrasions des deux jambes, de la hanche droite, du dos et de la tête, accompagnées de douleurs.![endif]>![if> 3. L'intéressée a été transportée le même jour aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), où elle a séjourné une première fois jusqu'au 12 novembre 2008, puis une seconde du 18 novembre au 17 décembre 2008. Selon le rapport idoine du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, ont été diagnostiqués une rupture du ligament croisé antérieur et un délabrement du point d'angle postéro-externe du genou gauche, ainsi qu'une rupture du ligament latéral interne et une fracture-enfoncement du plateau tibial externe du genou droit. L'assurée a bénéficié d'un traitement antalgique et d'une rééducation pour la marche au moyen d'orthèses aux deux jambes.![endif]>![if> 4. Le 20 janvier 2009 (recte : 2009), l'employeur a annoncé l'accident à la Caisse supplétive LAA (ci-après : la caisse), en précisant que durant le mois concerné, l'horaire hebdomadaire de travail avait été de 40 heures. ![endif]>![if> 5. La caisse a diligenté une expertise auprès du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son premier rapport du 11 mai 2009, l'expert a retenu les diagnostics consécutifs à l'accident suivants : s'agissant du genou gauche, un status après rupture complète du ligament croisé antérieur et une lésion du point d'angle postéro-interne ; s'agissant du genou droit, une fracture-enfoncement du plateau tibial externe, une déchirure du ligament collatéral interne et une rupture de l'aileron rotulien interne. Il a également signalé une obésité morbide, sans lien avec l'accident. La reprise « totale » d'une activité professionnelle exercée en position assise lui paraissait envisageable dans trois mois. Dans une activité de lingère ou de repasseuse exercée partiellement en position assise, une capacité de travail de 50% pouvait être escomptée. Toutefois, l'état de santé ne lui paraissait pas définitif et une rééducation était souhaitable, de sorte qu'il préconisait une nouvelle évaluation médicale une année après l'accident. ![endif]>![if> 6. À la demande de la caisse, le Dr C_____ s'est entretenu une nouvelle fois avec l'assurée puis a rendu un second rapport d'expertise le 23 mars 2010. L'expert a considéré que l'événement du 29 octobre 2008 était la cause certaine des lésions aux deux genoux. L'état de santé pouvait

être considéré comme définitif au 17 mars 2010, date de son entretien avec l'assurée, et compte tenu des lésions accidentelles, il n'y aurait pas de status quo ante ni sine. L'assurée, obèse, pouvait marcher sans canne mais boitait du côté droit. La mobilisation des deux membres inférieurs en position couchée provoquait des douleurs lombaires, ce qui était également le cas lorsque la face externe du genou droit était effleurée, mais les manifestations sonores et mimiques de l'assurée lui paraissaient exagérées. Le genou droit était stable et sec tandis que le genou gauche présentait un battement latéral interne en valgus et un tiroir antérieur modéré. La capacité de travail était considérée comme nulle dans l'activité d'employée de maison ou toute autre profession exercée en position debout, mais de 50% voire 75% dans toute activité adaptée exercée principalement en position assise et permettant de courts déplacements, ou en alternance des positions debout/assise. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'expert l'évaluait à 10% pour chaque genou, soit à 20% au total. [endif]>[if> 7. Dans un rapport du 3 avril 2010, le médecin-conseil de la caisse a indiqué que les expertises du Dr C _____ lui paraissaient complètes, mais qu'il ne lui semblait pas simple de distinguer les problèmes dus à l'accident de ceux d'ordre psychosocial. [endif]>[if> 8. Dans un rapport du 7 juin 2010 établi à la demande de la caisse, Mme D _____, psychologue-psychothérapeute FSP, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique, une anxiété généralisée et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'assurée se plaignait de revivre sans cesse l'accident. Elle présentait des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, une irritabilité et une hypovigilance. Elle paraissait intellectuellement apte à exercer une activité lucrative autre que celle de femme de ménage nonobstant ses limitations (stress post-traumatique et faibles connaissances de la langue française). Un suivi psychothérapeutique d'au moins un an était préconisé. [endif]>[if> 9. Le 11 octobre 2010, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès des HUG, a indiqué que l'évolution avait été lentement favorable mais compliquée par une algoneurodystrophie et des recrudescences occasionnelles de douleurs du genou droit. Il lui paraissait envisageable que l'assurée reprenne à 75% une activité professionnelle en position assise, lui permettant de temps en temps de se lever. [endif]>[if> 10. Selon un journal d'activité de Fliege & Widmer Sàrl, société spécialisée dans la réinsertion professionnelle, l'assurée a effectué un stage à la Migros du 17 janvier au 7 mai 2011, d'abord à temps partiel puis à plein temps dès le 17 février 2011. À l'issue dudit stage, l'assurée n'a pas obtenu de contrat fixe, des erreurs de caisse lui ayant été reprochées. Par la suite, elle a effectué des postulations auprès de nombreux autres employeurs, en vain. [endif]>[if> 11. La caisse a ordonné une nouvelle expertise auprès du Dr F _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, lequel a examiné l'assurée les 22 et 23 septembre 2011. L'expert a confirmé l'obésité morbide et les diagnostics des genoux droit et gauche retenus avant lui par le Dr C _____, en signalant en sus un syndrome lombo-vertébral chronique et une suspicion d'humeur dépressive. À l'examen, l'assurée présentait une légère scoliose, une diminution de la flexion de la hanche droite et du genou, ainsi qu'une claudication antalgique du côté droit. Elle souffrait de douleurs à la pression de l'articulation tibio-tarsienne supérieure. Trois ans environ après l'accident, l'état post-traumatique des genoux était stable. Des symptômes résiduels demeuraient, mais ceux-ci n'étaient que partiellement dûs à l'accident, car l'obésité morbide constituait un facteur de risque supplémentaire pour les genoux et le dos. Bien que les IRM témoignaient d'une ostéite de l'os iliaque, la claudication observée n'était pas totalement compréhensible. Par ailleurs, lors d'une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF), dont il joignait le

résumé à son expertise, l'assurée avait fait preuve de faibles coopération et constance dans l'effort. Sous l'angle rhumato-orthopédique, la capacité de travail était jugée nulle dans l'activité précédemment exercée de femme de ménage, impliquant des marches et stations debout. En revanche, l'assurée paraissait capable d'exercer toute la journée (huit heures par jour) une activité légère permettant d'alterner les positions sans position penchée en avant ou à genoux. Constatant que l'assurée semblait souffrir de sa situation psychosociale, le Dr F_____ a requis une expertise psychiatrique.![endif]>![if> 12. Le 4 novembre 2011, l'assurée a été expertisée par le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il a diagnostiqué une dépression avec épisodes d'intensité moyenne sans syndrome somatique. Il a également mentionné les diagnostics anamnésiques d'anxiété généralisée, d'épisodes dépressifs sévères sans symptômes psychotiques, et de syndrome de stress post-traumatique, en précisant toutefois que ce stress post-traumatique lui paraissait discutable. Âgée de 32 ans et en surpoids, l'assurée lui avait paru un peu abattue pendant l'examen. Occasionnellement, elle luttait pour ne pas pleurer, notamment quand il était question de son accident. Ses préoccupations étaient surtout liées à des problèmes psychosociaux, notamment au fait que ses recherches d'emploi étaient compliquées par son permis « L ». L'anamnèse avait été rendue difficile par des discordances entre les informations au dossier et celles relatées en entretien par l'assurée, ce qui, vraisemblablement, tenait partiellement à des difficultés de traduction. L'assurée présentait une diminution de la motivation, des capacités de concentration, de la confiance en soi, de la faculté à planifier l'existence, du jugement et de la mobilité. Elle demeurait néanmoins capable d'accomplir des activités concrètes, comme en témoignaient plusieurs recherches d'appartement fructueuses. L'expert-psychiatre estimait sa capacité de travail à 50%, en précisant qu'elle pourrait augmenter à 75% en l'espace de trois mois, puis à 100%. Il a préconisé une réévaluation ultérieure et un entraînement au travail.![endif]>![if> 13. Dans un rapport du 24 février 2014, Mme D_____ a relaté que le stress post-traumatique était pratiquement guéri et que l'assurée était beaucoup moins anxieuse, mais qu'elle souffrait encore d'un trouble dépressif récurrent, surtout en relation avec les conditions de vie découlant de l'accident (faibles moyens financiers, inactivité, solitude, conflits familiaux, culpabilité et perte d'estime de soi). Par ailleurs, elle venait d'obtenir un permis de séjour de type B. Selon la psychothérapeute, la reprise d'une activité lucrative était prioritaire.![endif]>![if> 14. Le 12 juin 2014, la Dresse H_____ a indiqué au Dr I_____ que l'assurée avait subi une nouvelle entorse deux mois plus tôt en montant les escaliers. Malgré la laxité du genou gauche, une reconstruction chirurgicale du ligament croisé antérieur ne lui paraissait pas envisageable.![endif]>![if> 15. Dans un rapport adressé à l'assurance-invalidité le 23 septembre 2014, la Dresse J_____ a également mentionné une nouvelle entorse du genou gauche en relation avec une chute dans les escaliers, ainsi qu'une fracture du plateau tibial et une déchirure du ligament croisé antérieur. L'assurée souffrait aussi de crises de gouttes et d'un trouble anxio-dépressif fluctuant. Une reprise du travail à 50% lui paraissait possible à l'issue d'un reclassement professionnel.![endif]>![if> 16. La caisse a diligencé une nouvelle expertise auprès du Dr K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a examiné l'assurée le 26 mai 2015. Après s'être entretenu par téléphone avec les médecins de l'assurée (les Drs J_____ et I_____) et sa psychologue (Mme D_____), l'expert a retenu les diagnostics suivants : au genou droit, une fracture par enfoncement du plateau tibial, une lésion du ligament latéral interne et de l'aileron rotulien interne ; au genou gauche, une rupture du ligament croisé antérieur et une atteinte du point d'ancre postéro-interne ; une obésité morbide. L'obésité de l'assurée

rendait l'examen très difficile et imprécis, ce que le rhumatologue-traitant, le Dr I_____, lui avait également confié. L'assurée, pesant 132 kg pour 155 cm, s'était présentée à l'entretien sans canne, marchait pratiquement sans boiter, et se déshabillait sans difficultés. Elle était aussi capable de marcher sur la pointe des pieds et les talons, mais avec difficultés. Le test de Trendelburg (mise en évidence d'une faiblesse des abducteurs de la hanche) était négatif, mais la station monopodale très incertaine. Les deux genoux avaient le même périmètre et présentaient un valgus (déviation vers l'extérieur), mais pas d'inégalité fonctionnelle. Selon l'expert, l'état des deux genoux était une conséquence naturelle certaine de l'accident d'octobre 2008. En revanche, la prise de poids intervenue depuis l'accident ne résultait pas de celui-ci. Sous l'angle orthopédique, la capacité de travail dans toute activité adaptée permettant l'alternance des positions et des périodes de repos, sans travaux à genoux, port de charges lourdes ou montée d'escaliers ou d'échelles, était évaluée 50% pendant deux mois, puis à 75% et par la suite, éventuellement à 100% selon l'adaptation. Le status quo sine était atteint au plus tard à la date de l'expertise, mais vraisemblablement déjà auparavant. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'expert se ralliait à l'appréciation du Dr C_____ la chiffrant à 20%, soit à 10% par genou.![endif]>![if> 17. Dans un rapport rédigé en allemand du 1^{er} octobre 2015, le médecin-conseil de la caisse a indiqué qu'il se ralliait à l'appréciation de l'expert K_____, que toute activité professionnelle légère (debout, assise ou en mouvement) lui paraissait envisageable si des pauses étaient possibles, et que le status quo sine lui semblait atteint.![endif]>![if> 18. Par décision du 4 février 2016, la caisse a mis fin aux indemnités journalières et à la prise en charge des soins à compter du 29 février 2016. Elle a reconnu à l'assurée, dès le 1^{er} mars 2016, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% (CHF 25'200.-) et à une rente d'invalidité de 15% (CHF 348.80 par mois). Se fondant sur l'expertise du Dr K_____, elle a considéré l'état de santé comme stabilisé et la capacité de travail comme entière dans une activité adaptée. Le revenu annuel avant invalidité, comparé au revenu d'invalidé moyennant abattement de 15%, conduisait à une perte de gain identique de 15%. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% reposait également sur l'appréciation du Dr K_____.![endif]>![if> 19. L'assurée, représentée par un conseil, s'est opposée à cette décision le 3 mars 2016, en contestant la pleine capacité de travail ainsi que les taux d'invalidité et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenus.![endif]>![if> 20. Par décision du 19 août 2016, la caisse a rejeté l'opposition : sur le plan somatique, les conclusions du Dr K_____ quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée lui paraissaient fondées, car l'assurée avait été capable de se déplacer sans boiter ni se plaindre de son genou gauche. Les événements des 29 octobre 2012 et 6 avril 2014 n'avaient pas été omis par l'expert, lequel avait néanmoins fait remarquer qu'ils n'étaient pas étayés par les pièces médicales. Les limitations fonctionnelles, qui cantonnaient la recourante aux activités légères, justifiaient l'abattement retenu de 15%. Les autres limitations (chômage, absence de permis de travail et de séjour) étaient étrangères à l'accident. Par ailleurs aucun trouble psychiatrique résultant de l'accident n'avait été diagnostiqué par l'expert G_____, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Enfin, il ne lui appartenait pas de prendre en charge les frais de soins futurs, car le status quo sine avait été atteint au plus tard le 26 mai 2015, date de l'expertise du Dr K_____.![endif]>![if> 21. Par acte du 16 septembre 2016, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 19 août 2016 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce que l'intimée soit condamnée à lui accorder une rente d'invalidité de 40%, à lui verser des indemnités journalières de CHF 18'904.65, et

à prendre en charges ses traitements futurs. Elle a reproché à l'expert K_____ d'avoir posé un diagnostic incomplet –ne mentionnant pas les atteintes du genou gauche ressortant de l'IRM du 9 avril 2014 – et retenu une pleine capacité de travail en se fondant sur une simple hypothèse. Les conclusions de cet expert ne tenaient pas compte de ses limitations, notamment de la nécessité d'observer des pauses, de sorte qu'il convenait de s'en écarter à la faveur du taux de 75% mentionné par les Drs C_____, L_____ et par le SMR. Sur la base d'une incapacité de travail de 25% et d'un abattement de 15%, elle parvenait à un degré d'invalidité à 40%. S'agissant des indemnités journalières, l'intimée avait omis de tenir compte des conclusions psychiatrique du Dr G_____, attestant d'une incapacité de travail de 50% jusqu'en novembre 2011, puis de 25% jusqu'en février 2012. En conséquence, des indemnités complémentaires devaient lui être versées à 50% du 1^{er} août 2010 au 30 novembre 2011, puis à 25% du 1^{er} décembre 2011 au 29 février 2012, représentant un solde en sa faveur de CHF 18'904.65. Enfin, elle sollicitait la prise en charge des traitements préconisés par la Dresse J_____, médecin-traitant, lesquels lui paraissaient propres à préserver sa capacité résiduelle de travail.![endif]>![if> 22. La recourante a joint diverses pièces, notamment un rapport de la Dresse J_____ du 30 novembre 2015. Selon cette praticienne, les traitements dus à l'accident sont toujours nécessaires pour permettre à l'assurée de maintenir sa capacité résiduelle de travail. Par ailleurs, l'assurée souffre toujours d'instabilité et de douleurs des genoux, aggravées par l'obésité, d'une prise de poids, d'angoisses sévères liées à un stress post-traumatique, de troubles du sommeil, d'agoraphobie et d'anxiété. Elle a également développé une hypertension et un syndrome d'apnée nocturne. Au vu de la gravité de son obésité, l'assurée a décidé de se soumettre à une intervention de bypass gastrique.![endif]>![if> 23. Invitée par la chambre de céans à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 novembre 2016, a conclu au rejet du recours. Sur le plan somatique, la recourante ne s'était plainte auprès de l'expert K_____ que de douleurs au genou droit (et non gauche), pour lesquelles son obésité jouait un rôle déterminant. Les rapports invoqués des Drs L_____, F_____ et du SMR, qui remontaient à 2010-2011, étaient antérieurs à l'expertise du Dr K_____ et partant dénués de pertinence pour apprécier la situation actuelle. En outre, cet expert n'avait pas estimé la capacité de travail de l'assurée sur la base d'hypothèses, car il avait pris contact par téléphone avec le Dr I_____, ancien médecin-traitant, lequel lui avait indiqué que la capacité de travail avait progressivement augmenté à 100% selon l'activité. S'agissant des indemnités journalières, les taux d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique mentionnés par le Dr G_____ n'avaient pas à être additionnés aux taux somatiques. Enfin, aucun traitement lié à l'accident n'était nécessaire pour l'avenir, et les seuls qui avaient été évoqués par le Dr K_____ découlaient de troubles psychiques et d'obésité étrangers à l'accident. ![endif]>![if> 24. Le 20 décembre 2016, la recourante a indiqué à la chambre de céans qu'elle renonçait à répliquer tout en précisant qu'avant son accident, elle avait pu travailler normalement malgré son obésité. Après celui-ci, elle avait perdu son emploi, été contrainte de déménager dans un foyer et été séparée de son fils jusqu'en janvier 2009. L'angoisse qui en avait résulté, cumulée à ses troubles somatiques, l'avait transitoirement empêchée à 100% de travailler.![endif]>![if> 25. Cette écriture transmise à l'intimée, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ;

RS/GE E 5 10). 3. 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 attaqué. 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 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, la décision attaquée met fin à la prise en charge de l'indemnité journalière et du traitement médical dès le 29 février 2016, et octroie à l'assurée, dès le 1^{er} mars 2016, une rente d'invalidité de 15% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. Dans son recours, l'assurée conclut au versement d'une rente d'invalidité de 40%, d'un solde d'indemnités journalières de CHF 18'904.65, et à la prise en charge de ses traitements futurs. En revanche, elle ne conteste pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée. Partant, le litige porte uniquement sur la fin du droit au traitement médical, sur le montant des indemnités journalières versées à la recourante, ainsi que sur l'évaluation de son degré d'invalidité et de sa capacité de travail.

4. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). b. 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). c. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base,

l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement post hoc, ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). e. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4). Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références). Dans la pratique, ont notamment été jugés comme étant de gravité moyenne : l'accident au cours duquel une assurée a été heurtée frontalement sur un passage piéton par un véhicule roulant à environ 40-50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_546/2013 du 24 septembre 2013) ; l'accident subi par la conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route et qui avait été victime d'une fracture de la clavicule et de contusion du pied (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 119/06 du 23 mai 2007) ; le cas d'une assurée qui traversait à vélo, à une vitesse réduite, un

passage sécurisé par des feux lorsqu'elle a été heurtée latéralement par un scooter qui n'avait pas respecté la signalisation lumineuse, roulait à vitesse modérée mais n'avait pas freiné, projetant la victime à une distance de plus de 9 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2012 du 4 septembre 2013). 5. 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 (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 LPGA). 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 (art. 19 al. 1 LAA). 6. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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. 16 LPGA). b. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidé par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222, consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013 consid. 4.2). c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette

réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd. 2010, p. 294ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les références). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). d. 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son 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 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

7. a. 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).

b. 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. A 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 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). 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 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). 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. A 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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 8. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a). 9. a. En l'espèce, l'intimée a accordé à l'assurée des indemnités journalières à 100% jusqu'en avril 2010, réduites à 50% dès le mois de mai puis à 25% dès le mois d'août 2010. La recourante sollicite le versement d'indemnités supérieures entre août 2010 et février 2012, en se prévalant des taux d'incapacité de travail attestés par l'expert-psychiatre G_____, dont elle soutient que l'intimée aurait dû les additionner aux taux d'incapacité de travail certifiés par l'expert C_____. Pour trancher ce premier grief, il convient d'examiner s'il existe un

lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques diagnostiqués par le Dr G_____. b. L'assurée a été percutée latéralement par un automobiliste alors qu'elle traversait la chaussée sur un passage piéton, suite à quoi elle a souffert de vives douleurs aux deux jambes. Elle a été transportée en ambulance aux HUG, lesquels lui ont diagnostiqué une rupture du ligament croisé antérieur et un délabrement du point d'angle postéro-externe du genou gauche, ainsi qu'une rupture du ligament latéral interne et une fracture-enfoncement du plateau tibial du genou droit. Selon le rapport des HUG du 13 novembre 2008, elle a été renversée à faible vitesse et n'a pas perdu connaissance. Du rapport de police - qui ne mentionne que des blessures superficielles (ecchymoses et dermabrasions des deux jambes, de la hanche droite, du dos et de la tête) - il ne ressort pas que l'assurée aurait été éjectée à plusieurs mètres du point d'impact. Au regard de son déroulement et de ses conséquences, la gravité de cet accident doit être qualifiée de moyenne au sens strict. Pour qu'un lien de causalité adéquat puisse être admis, il importe donc que plusieurs critères consacrés par la jurisprudence soient réunis ou revêtent une intensité particulière. c. En l'occurrence, même si l'assurée a probablement été effrayée, les circonstances de l'accident, considérées objectivement, ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. Les lésions des genoux dont il est question ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. S'agissant du critère de la longue durée du traitement médical, on rappellera que la prise d'antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à l'admettre (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 ; 8C_98/2015) ; ce critère n'est pas réalisé en l'espèce au vu du traitement conservateur administré à l'assurée, composé d'antalgiques et de physiothérapie. En outre, il n'y a pas eu d'incapacité de travail substantielle de longue durée, car le Dr C_____ a jugé l'assurée apte à reprendre une activité professionnelle adaptée au plus tard en mars 2010 et avait déjà envisagé une reprise du travail trois mois après son premier rapport de mai 2009. De surcroît, aucune erreur médicale ne ressort du dossier. Enfin, il résulte des expertises que des douleurs persistent au genou droit, mais cela ne suffit pas à admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate. d. En l'absence d'un cumul de critères ou d'un seul critère revêtant une intensité particulière, une relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit être niée. En tout état de cause, un lien de causalité naturel devrait également être écarté, dès lors que selon l'expertise psychiatrique du Dr G_____, les préoccupations de l'assurée résultent essentiellement de problèmes psychosociaux (chômage et permis de séjour de type « L »). En conséquence, la recourante ne peut rien tirer de cette expertise pour contester le montant des indemnités journalières qui lui ont été versées, et ses conclusions tendant au versement de CHF 18'904.65 seront rejetées. 10. a. Il convient à présent de déterminer la capacité de travail de l'assurée. L'intimée l'estime entière dans toute activité adaptée aux limitations, ce que la recourante conteste en se prévalant notamment des conclusions de l'expertise du Dr C_____ de 2010, dont elle infère une capacité de travail limitée à 75%. Afin de se prononcer sur ce point, il convient de se pencher sur la valeur probante des expertises rhumatologiques figurant au dossier, et dont les conclusions peuvent être résumées comme suit : en mars 2010, l'expert C_____ a considéré l'assurée capable d'exercer une activité adaptée à 50% voire 75% ; en septembre 2011, l'expert F_____ l'a jugée apte à exercer une telle activité à raison de huit heures par jour, autrement dit à 100% ; enfin, en mai 2015, le Dr K_____ a conclu qu'elle pouvait exercer une activité adaptée à 50% pendant deux mois, puis à 75% et éventuellement à 100% « selon l'adaptation ». b. La chambre de céans constate que

l'expertise du Dr F_____ a été établie en pleine connaissance du dossier, qu'elle relate les plaintes de l'assurée et repose sur un examen clinique complet du dos, des membres inférieurs et supérieurs, ainsi que sur une évaluation de ses capacités fonctionnelles. Les conclusions de l'expert, témoignant d'une pleine capacité de travail dans toute activité légère permettant d'alterner les positions et l'intensité des efforts, sans position penchée en avant ou à genoux, sont claires, motivées et exemptes de contradiction. Elle répond donc aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. c. S'agissant de l'expertise du Dr K_____, elle se fonde également sur une anamnèse et des examens orthopédiques complets, en tenant compte des plaintes de l'assurée. L'expert K_____ y relate notamment que l'assurée s'est présentée à l'examen en marchant sans canne et sans boiter, qu'elle n'utilise plus de béquille depuis une année et qu'elle parvient également à se déshabiller sans difficultés. S'il est vrai que ses conclusions ne sont pas formulées de manière tout à fait limpide s'agissant de l'aptitude de l'assurée à exercer une activité professionnelle adaptée à 100%, on peut raisonnablement les comprendre dans le sens où l'assurée est capable de reprendre progressivement une activité professionnelle à 100% à condition que celle-ci soit parfaitement adaptée à ses limitations. Partant, on ne décèle pas de divergence manifeste entre les appréciations respectives des experts F_____ et K_____. Au contraire, celle du Dr K_____ rejoint largement celle du Dr F_____. d. La pleine capacité de travail retenue par l'intimée paraît également corroborée par l'appréciation du Dr I_____, ancien médecin-rhumatologue de l'assurée, lequel n'a pas exclu l'exercice d'une activité adaptée à 100% à l'issue d'une période d'adaptation (cf. expertise du Dr K_____, p. 23). En outre, on rappellera que du 17 janvier au 7 mai 2011, l'assurée a été capable d'effectuer un stage à la Migros, d'abord à temps partiel puis à temps plein dès le 17 février 2011, ce qui concourt à démontrer que, dans une activité adaptée, sa capacité de travail n'est pas diminuée (cf. expertise du Dr G_____, p. 8 et 12 ; journal d'activité de Fliege & Widmer Sàrl, p. 26 s).

e. Certes, l'expert C_____ avait attesté en 2010 d'une capacité de travail limitée à 75 % dans toute activité adaptée, appréciation à laquelle le Service médical régional de l'AI s'était rallié. Toutefois, l'expert C_____ a justifié l'incapacité de travail retenue de 25% par l'obésité de la recourante, en expliquant que celle-ci rendait difficile le maintien de la position assise. Or, il sied de relever que cette obésité était déjà présente au moment de l'accident et que son augmentation n'est pas en lien de causalité avec celui-ci, de sorte qu'elle ne saurait justifier le versement d'une rente supérieure par l'assurance-accidents (cf. expertises du Dr C_____, pp. 6 et 8 et du Dr K_____, p. 28). Par ailleurs, il ne ressort ni de l'expertise du Dr C_____ ni des autres rapports figurant au dossier que les experts F_____ et K_____ auraient négligé des éléments importants et objectivement vérifiables dans leurs appréciations respectives. En particulier, la chute que la recourante affirme avoir subie en avril 2014 n'a pas été ignorée par l'expert K_____, lequel a dûment examiné les clichés IRM réalisés à l'époque. Quant aux pauses auxquelles la recourante fait allusion, l'expert F_____ a expliqué qu'elle devait pouvoir occasionnellement s'asseoir lorsqu'elle accomplissait à ses tâches ménagères. Contrairement à ce que celle-ci laisse entendre, la recourante ne saurait déduire de cette affirmation qu'elle souffrirait d'une perte de rendement dans le domaine professionnel, ce d'autant moins que les activités adaptées aux limitations sont précisément celles permettant l'alternance des positions assise et debout. f. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne s'écartera pas de la pleine capacité de travail retenue par l'intimée dans toute activité adaptée dès le 1^{er} mars 2016. 11. Reste à calculer le degré d'invalidité. !endif>![if> a. Constatant que le revenu touché par l'assurée avant son accident, soit CHF 34'878.05, était largement inférieur au salaire moyen

ressortant des statistiques salariales, à savoir CHF 52'215.- (ESS 2012, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, femme, adapté à la durée normale du travail et indexé), l'intimée a pris le parti de majorer le revenu perçu avant l'accident de 50%, obtenant ainsi un revenu sans invalidité de CHF 52'350.-. Ce montant n'est pas contesté et revient en fait à effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu avant invalidité effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalidité (ATF 134 V 323, consid. 4.1). S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée s'est basée sur un salaire statistique de CHF 52'215.- selon l'ESS 2012, duquel elle a déduit 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, aboutissant à un revenu final de CHF 44'383.-. b. La recourante ne conteste pas la fixation de son revenu d'invalidité sur la base de l'ESS 2012 mais affirme qu'il lui est très difficile de trouver un emploi adapté à son handicap. Toutefois, on doit admettre que ses limitations fonctionnelles, qui requièrent une activité professionnelle exercée en alternance des positions, sans travaux à genoux, montées d'échelles ou port de charges lourdes, ne sont pas telles qu'elles rendraient impossible l'accès au marché du travail, lequel comprend un éventail suffisamment large d'activités légères accessibles sans formation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Pour le reste, les circonstances du cas ne permettent pas de s'écarter du taux d'abattement de 15%, qui n'est à juste titre pas critiqué par la recourante (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 264/05 consid. 5 ; I 298/04 consid. 5 ; 8C_910/2010 consid. 6.3). c. En définitive, la comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 15,2 % (52'350 – 44'383) / 52'350), taux qu'il convient d'arrondir à 15%. Partant, la recourante n'a droit qu'à une rente d'invalidité de quotité équivalente. Ses conclusions tendant au versement d'une rente supérieure seront donc rejetées. 12. Enfin, la recourante conteste le refus par l'intimée de prendre en charge les traitements prescrits par la Dresse J_____ au-delà du 29 février 2016, en arguant que ceux-ci lui sont nécessaires pour maintenir sa capacité résiduelle de travail. a. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Cependant le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas énumérés par l'art. 21 alinéa 1 LAA, à savoir : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). b. En l'espèce, la recourante est au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents depuis le 1^{er} mars 2016, date à laquelle il est admis que son état de santé était stabilisé. La question de la prise en charge des traitements futurs s'examine donc au regard de l'art. 21 LAA. Sous l'angle de cette disposition, se pose la question de savoir si les traitements prescrits par la Dresse J_____ satisfont aux conditions prévues par l'art. 21 al. 1 let c voire d LAA, autrement dit si l'assurée en a durablement besoin pour conserver sa capacité résiduelle de gain ou

empêcher une détérioration notable de son état de santé. c. La chambre de céans observe que dans son expertise du 26 juin 2015, le Dr K_____, interrogé sur la nécessité d'éventuels traitements futurs, n'a rien préconisé d'autre que le maintien du suivi psychothérapeutique, la réalisation d'un bypass et éventuellement une cure de deux-trois semaines à la Clinique romande de réadaptation de Sion. Dans le rapport du 30 novembre 2015 sur lequel la recourante fonde son argumentation, la Dresse J_____ a affirmé que « les traitements dus à l'accident et aux chutes sont toujours nécessaires pour permettre à l'assurée de maintenir une capacité de travail résiduelle et lui permettre un reclassement professionnel. Les traitements actuels sont médicamenteux ; infiltrations intra-articulaires ; physiothérapie ; entretiens psychothérapeutiques (...) ». d. Force est de constater qu'hormis la psychothérapie – qui n'est pas à la charge de l'intimée faute de lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques (cf. supra consid. 10) – les traitements énumérés par la Dresse J_____ n'ont pas été considérés par l'expert K_____ comme durablement nécessaires au maintien de la capacité de travail. Quant à la Dresse J_____, elle ne motive pas les raisons qui justifieraient de s'écarter des conclusions de cet expert. Le rapport de la Dresse J_____ se limite au demeurant à énumérer certains traitements jugés nécessaires au 30 novembre 2015, date de son examen, sans se prononcer de manière claire et motivée quant à leur nécessité pour l'avenir. e. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les traitements qui lui ont été prescrits par la Dresse J_____ sont durablement nécessaires au maintien de sa capacité de travail. C'est donc à juste titre que l'intimé a cessé de les prendre en charge dès l'octroi de la rente au 1^{er} mars 2016. L'argumentation contraire de la recourante doit être écartée.

13. Mal fondé, le recours est rejeté.!

14. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).!

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.