

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1565/2006

ATAS/1457/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 24 novembre 2009

En la cause

Madame A _____, domiciliée à Meyrin, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Lucerne

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, ressortissante espagnole née en 1954, est arrivée en Suisse en août 1976. Elle a travaillé à plein temps auprès de X_____ à Genève du 1^{er} mai 1989 au 9 décembre 2002, en qualité d'employée en préparation de plateaux-repas pour avions. Elle était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents, la SUVA.
2. En date du 5 juillet 2001, l'assurée a été victime d'un accident professionnel. Elle a glissé en descendant des escaliers et a subi une entorse du genou gauche.
3. Dans un rapport du 4 février 2002, le Dr L_____, médecin généraliste, a diagnostiqué une entorse du ligament latéral interne et du ménisque interne du genou gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 août 2001.
4. Dans un rapport du 17 avril 2002, le Dr M_____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a diagnostiqué une contusion/entorse du genou gauche aux dépens du ligament latéral interne et une lésion du ménisque interne, ainsi qu'une ébauche de gonarthrose du compartiment. Ce médecin a constaté un status à plus de cinq mois (8 novembre 2001) d'une arthroscopie du genou gauche avec résection d'une lésion de la corne postérieure et partie moyenne du ménisque interne et des lésions cartilagineuses de grade II à III au niveau rotulien I à II au niveau du plateau tibial interne et externe. L'état n'était pas stabilisé et l'incapacité de travail restait justifiée. Ce médecin a proposé une observation à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA.
5. Du 10 juillet au 20 août 2002, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation. Les médecins ont diagnostiqué des gonalgies gauches, un status après arthroscopie du genou gauche, une résection de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne en novembre 2001, ainsi qu'une arthrose du genou gauche (atteinte prédominante du compartiment interne et du compartiment fémoro-patellaire). D'un point de vue subjectif, la patiente signalait la persistance de douleurs. Le poste de travail de l'assurée consistait en une activité en grande partie debout. Dès lors une reprise de cette activité était prématurée. Une modification du poste de travail était par ailleurs en discussion. La situation devait être réévaluée dans le courant du mois de septembre dans l'optique d'une reprise progressive.
6. Dans un rapport du 9 décembre 2002, le Dr M_____ a constaté un examen superposable au status précédent. La patiente marchait toujours à l'aide de cannes. L'incapacité de travail restait justifiée et le traitement se poursuivait.
7. En date du 9 décembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).

8. Dans un rapport du 15 janvier 2003, le Dr N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a diagnostiqué un traumatisme du genou gauche, opéré le 8 novembre 2001 par arthroscopie. La patiente présentait une symptomatologie douloureuse et l'incapacité de travail était toujours totale.
9. Dans des rapports des 7 juillet et 29 octobre 2003, le Dr N_____ a indiqué que l'incapacité était toujours totale. La patiente présentait encore des douleurs au genou gauche et marchait avec deux cannes. Elle avait subi notamment une ostéotomie de valgisation le 14 avril 2003.
10. Dans un rapport du 4 mai 2004, le Dr M_____ a relevé que l'assurée marchait toujours avec des cannes; l'état de santé était en voie de stabilisation. Un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation a été proposé.
11. Dans un rapport du 21 juin 2004, le Dr N_____ a indiqué que sa patiente n'utilisait plus de cannes (elle avait été vue en consultation le 25 mai 2004). L'état de santé était plus ou moins en statu quo et l'assurée n'avait pas repris le travail. Elle allait effectuer un séjour à la Clinique romande de réadaptation, ce qui était positif.
12. L'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 8 juin au 7 juillet 2004. Les médecins ont diagnostiqué des thérapies physiques et fonctionnelles, des gonalgies gauches, une gonarthrose gauche, une entorse du genou gauche le 5 juillet 2001, une arthroscopie du genou gauche avec résection partielle du ménisque interne (corne postérieure et moyenne) en novembre 2001, une ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche le 14 avril 2003, une AMO et une arthroscopie du genou gauche, avec méniscectomie partielle interne (corne postérieure) et externe (corne moyenne) le 9 janvier 2004, une résection de SLAPS cartilagineux instables et une chondroplastie du condyle interne. L'assurée a été soumise à un conseilium psychiatrique et le Dr O_____, psychiatre, a conclu qu'elle ne présentait aucune pathologie psychiatrique. En l'absence de détresse psychosociale évidente et d'un comportement douloureux stéréotypé, ce médecin n'a pas diagnostiqué de trouble somatoforme. L'incapacité de travail comme employée chez X_____ Gourmet était totale. La situation médicale pouvait être considérée actuellement comme stabilisée. L'assurée présentait une limitation fonctionnelle pour les positions debout prolongées, la montée et la descente d'escaliers, l'accroupissement, le travail en position à genou et la marche en terrain irrégulier. Elle marchait toujours avec deux cannes à l'extérieur (cf. rapport du 12 juillet 2004).
13. Dans un rapport d'examen final du 23 août 2004, le Dr P_____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée, avec des limitations fonctionnelles pour les positions debout prolongées, la montée et la descente d'escaliers, l'accroupissement, le travail en position assise ou à genou et la marche

en terrain irrégulier. Dans une activité adaptée, la patiente pourrait travailler à temps complet.

14. Par décision du 20 septembre 2005, la SUVA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 21%, dès le 1^{er} février 2005, découlant d'une comparaison des revenus avant invalidité de 4800 fr. mensuels et après invalidité de 3800 fr. mensuels. Une activité sans déplacement, essentiellement en position assise, telle qu'ouvrière d'usine ou surveillante de machines, était adaptée à l'invalidité de l'assurée et exigible à plein temps. Enfin, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % (ci-après IPAI) lui a été accordée.
15. Par courrier du 14 octobre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a fait valoir que son état n'était pas encore stabilisé. Par ailleurs, elle ne pouvait tenir la position assise que pendant 30 minutes. Dès lors, le calcul du degré d'incapacité de gain avait été sous-estimé.
16. Dans un rapport du 4 novembre 2005, le Dr P_____ a précisé que l'assurée ne pouvait pas maintenir de positions debout et assises prolongées, que la montée et la descente d'escaliers étaient à éviter, de même que l'accroupissement et l'agenouillement. Les déplacements sur de longues distances ou en terrain inégal n'étaient pas possibles. Un travail en position assise/debout alternée devait être privilégié. Une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles était possible à plein temps et plein rendement.
17. Par décision du 11 janvier 2006, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assurée, lui reconnaissant le droit à une rente d'invalidité LAA de 24% (et non plus de 21%), basée sur une comparaison des revenus de 4'800 fr. sans invalidité [57'600 fr. par an] et de 3'628 fr. après invalidité [43'536 fr. par an], depuis le 1^{er} février 2005. Elle s'était notamment fondée sur l'évaluation du Dr P_____, qui estimait qu'un travail en position assise/debout alternée était compatible avec l'état de santé de l'assurée. La SUVA a précisé que cette dernière n'utilisait plus de cannes pour se déplacer sur de courtes distances. Enfin, cinq descriptions de postes de travail (DPT) adaptés au handicap de l'assurée et offrant un revenu de 3628 fr. mensuel avaient été proposées.
18. Par décision du 9 mars 2006, l'OCAI a rejeté la demande de mesures d'ordre professionnel et de rente d'invalidité de l'assurée. Suite à l'opposition de cette dernière, l'Office a confirmé sa décision en date du 20 avril 2006. La cause a été portée devant le Tribunal de céans par l'assurée.
19. Par courrier du 28 avril 2006, l'assurée a recouru contre la décision de la SUVA du 11 janvier 2006, auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA de 80 %, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %. Elle a exposé que selon les médecins consultés, sa capacité de travail était nulle dans son activité antérieure et que ses limitations fonctionnelles

l'empêchaient d'exercer une activité à plus de 20%. Enfin, elle a demandé à compléter son recours.

20. Dans sa réponse du 22 juin 2006, la SUVA s'est référée au rapport du 23 août 2004 du Dr P_____, selon lequel la situation médicale de la recourante était stabilisée et une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée était possible. Ce médecin s'était basé sur l'examen effectué à la Clinique romande de réadaptation. En outre, l'intimée a précisé que le Dr N_____ avait lui-même constaté dans son rapport du 21 juin 2004 que les cannes n'étaient plus nécessaires. Par ailleurs, les activités proposées par le biais des DPT tenaient déjà compte de l'état invalidé de la recourante, raison pour laquelle une diminution du salaire moyen obtenu à l'aide des DPT était injustifiée et contraire à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Enfin, les activités retenues permettaient toutes une position assise/debout alternée et n'impliquaient pas de déplacement sur de longues distances.
21. Dans son mémoire complémentaire du 15 août 2006, la recourante a exposé que selon le Dr P_____, elle ne pouvait pas maintenir les positions debout et assises prolongées, notamment. L'on ne voyait dès lors pas comment elle pourrait trouver une activité adaptée à 100% sans perte de rendement. En outre, sur les dix DPT produites par la SUVA, aucune n'indiquait que la position de travail pouvait être choisie par l'employé; trois faisaient état de positions de longue durée debout ou assises, deux plutôt assises et cinq toujours assises. En tenant compte d'une baisse de rendement de 30%, réaliste, et d'un abattement supplémentaire de 20% intégrant les autres facteurs reconnus par la jurisprudence (limitations fonctionnelles et âge), l'on obtenait un taux d'invalidité correspondant à 62,2%. Elle a précisé que toutes les DPT exigeaient un reclassement préalable, auquel elle avait dès lors droit. Enfin, la décision rendue par la SUVA n'était qu'une décision de rente transitoire, dans l'attente d'une décision définitive de l'OCAI quant aux mesures de reclassement sollicitées.
22. Par courrier du 20 septembre 2006, l'intimée a fait valoir que l'ensemble des activités présentées dans les DPT faisait état de positions de longue durée mais pouvait s'exercer en position alternée debout/assise. Pour le surplus, elle a persisté dans ses conclusions.
23. Par arrêt du 9 novembre 2006, le Tribunal de céans a admis partiellement le recours de l'assurée s'agissant de l'assurance-invalidité, lui octroyant un droit à une rente entière de juillet 2002 à septembre 2004. L'assurée a recouru contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, concluant à l'octroi de trois quarts de rente pour une durée indéterminée.
24. Par courrier du 17 janvier 2007, la recourante a produit un rapport d'expertise du 14 janvier 2007 du Dr Q_____, spécialiste en médecine physique et rééducation

et en rhumatologie. Elle a en outre demandé la suspension de l'instruction jusqu'à droit jugé au Tribunal fédéral dans la cause concernant l'assurance-invalidité.

Dans son rapport, le Dr Q_____ a diagnostiqué une gonarthrose gauche secondaire post-traumatique (arthrose du compartiment interne et arthrose fémoro-patellaire du versant externe avec subluxation externe de la rotule), un status après ostéotomie de valgisation (le 14 avril 2003), un genua valga secondaire et une arthrose débutante du compartiment externe du genou gauche, une périarthrite d'accompagnement de la hanche gauche avec syndrome du muscle pyramidal, et un syndrome vertébral lombaire intermittent sur troubles statiques et probablement dégénératifs débutants. La clinique actuelle de la patiente (subjective par les plaintes, objective par l'examen clinique) était le plus vraisemblablement en rapport direct avec les nombreuses lésions arthrosiques et pré-arthrosiques objectivées par les divers examens radiologiques et arthroscopiques. L'impotence douloureuse du genou gauche était accompagnée de limitations fonctionnelles objectivables. Seule une activité adaptée pourrait être exercée, soit une activité pouvant être effectuée en position assise avec possibilité de mobiliser le genou gauche par intermittence, sans déplacement important (déplacement qui s'effectuerait à l'aide d'une canne anglaise) et sans port de charges. Cette activité pourrait être assurée à 50% à plein rendement ou à deux-tiers temps à 75% de rendement, dès le 1^{er} octobre 2004.

25. Par courrier du 2 février 2007, la SUVA ne s'est pas opposée à la demande de suspension.
26. Par arrêt incident du 6 février 2007, le Tribunal de céans a suspendu l'instance jusqu'à droit connu dans la procédure concernant l'assurance-invalidité, pendante devant le Tribunal fédéral.
27. Par courrier du 23 novembre 2007, la recourante a transmis l'arrêt du Tribunal fédéral attendu, qui rejetait tant son recours que celui de l'OCAI, au motif notamment que l'expertise du Dr R_____ avait pleine valeur probante et que l'expertise du Dr Q_____ constituait un fait nouveau et ne pouvait dès lors être prise en compte dans la procédure devant l'instance fédérale.
28. Par courrier du 27 novembre 2007, le Tribunal de céans a repris l'instance.
29. Dans ses observations du 19 décembre 2007, la recourante s'est référée à l'expertise du Dr Q_____, estimant qu'elle présentait une capacité résiduelle de travail de 50% dans un poste adapté. Dès lors, il convenait de retenir comme salaire après invalidité un revenu annuel de 50'290 fr. De la comparaison des revenus avant et après invalidité résultait ainsi un taux d'invalidité de 63%. La recourante a également conclu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'un taux de 40%.

30. Dans ses observations du 8 janvier 2008, la SUVA a relevé que la principale divergence entre l'appréciation des médecins de la SUVA et du professeur Q_____ résidait dans l'estimation du rendement de la recourante dans une activité adaptée à son handicap, compte tenu des douleurs qu'elle présentait. Or, la symptomatologie douloureuse était déjà connue des médecins de l'intimée, lorsque ceux-ci s'étaient prononcés. Dès lors, la SUVA ne voyait pas de motif de revenir sur la décision entreprise. Enfin, elle a précisé que son service médical n'avait pas encore pu se prononcer sur l'expertise dans la mesure où le dossier radiologique n'avait pas été retrouvé.
31. Par courrier du 9 avril 2008, l'intimée a transmis l'avis du 4 mars 2008 de son médecin-conseil, le Dr S_____, dans sa version allemande et dans sa version traduite en français. Ce médecin a estimé sur la base des radiographies du 11 janvier 2007 l'exigibilité d'un point de vue orthopédique suivante : peu de marche, uniquement sur des trajets courts, peu de stations debout, position assise fréquente, peu d'escaliers à monter ou à descendre, pas de soulèvement ni de port de charges de plus de 10 kilos, en revanche possible et exigible jusqu'à 5 kilos. Une activité comprenant des changements de positions avec une nette prédominance de la position assise, avec peu de stations debout et des déplacements brefs devait être privilégiée. Naturellement une activité à plein temps, principalement en position assise, pourrait également être envisagée et exigée, mais la patiente devrait avoir la possibilité de se lever de temps en temps et de faire bouger son genou. Même en position assise, elle devrait pouvoir bouger librement son genou, en alternant entre flexion et extension (l'espace sous le pupitre devait donc être suffisant). Une telle activité, adaptée à son handicap, dans un environnement de travail lui aussi adapté, serait, du point de vue de l'orthopédiste, certainement possible et exigible à plein temps, car l'on pouvait supposer que, même à la maison, la patiente se tiendrait le plus souvent en position assise et que ses activités, par exemple les tâches ménagères, dans leurs divers aspects, auraient tendance à être plus pénibles qu'une activité à plein temps exercée principalement en position assise. Ainsi, le Dr S_____ se rangeait à l'avis du médecin d'arrondissement et à son appréciation de l'exigibilité.
32. Dans ses observations du 22 avril 2008, la recourante s'est référée à l'expertise du Dr Q_____ qui avait, selon elle, pleine valeur probante et qui exposait clairement les raisons pour lesquelles ce médecin s'écartait, s'agissant de l'exigibilité, de l'avis des précédents médecins, à la lumière notamment d'un syndrome rotulien très marqué expliquant l'importance des douleurs et des limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'avis du Dr S_____ était contradictoire dès lors qu'il déclarait se rallier à l'appréciation de l'exigibilité faite par le médecin d'arrondissement en août 2004, alors que, depuis lors, un syndrome rotulien très marqué avait précisément été mis en évidence en 2007. Le Dr S_____ n'avait en outre pas examiné la recourante et son avis, dénué de valeur probante, devait être écarté. Enfin, la recourante a réitéré ses conclusions, à

savoir la reconnaissance d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans un poste adapté ou de 75% avec une diminution de rendement de 25%, ainsi que l'octroi d'une IPAI de 40%.

33. Par courrier du 2 juin 2008, le Tribunal de céans a demandé à l'OCAI le rapport d'expertise du Dr T_____ du 30 novembre 2004, effectué dans le cadre de la demande de prestations d'invalidité de la recourante.
34. Ce rapport a été reçu par le Tribunal le 6 juin 2008. Le Dr T_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une impotence douloureuse du genou gauche après status post ménisectomie interne par voie arthroscopique le 8 novembre 2001, une arthroscopie de contrôle et ostéotomie de valgisation le 14 avril 2003, une arthroscopie avec ménisectomie externe et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 9 janvier 2004. L'expert a formulé les remarques suivantes : "Il m'est très difficile d'expliquer la discordance totale qui existe entre les plaintes subjectives formulées par *l'assurée*, plaintes très lourdes d'un état invalidé et de douleurs permanentes, diurnes, nocturnes, en position assise et à la marche et mes trouvailles cliniques et radiologiques au genou gauche. (...) Je ne trouve aucune explication orthopédique aux plaintes émises par *l'assurée*." L'expert ne voyait aucune limitation au plan physique. La patiente apparaissait psychiquement saine. Il apparaissait clairement que l'état invalidé de l'époux de la recourante, qui était dépressif et très limité dans ses déplacements, jouait un rôle prépondérant dans la demande d'invalidité de l'assurée. Sur la base de l'examen clinique et des radiographies, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans une occupation s'effectuant en position assise. Seuls les déplacements pouvaient être rendus difficiles du fait de l'emploi d'une canne anglaise. Un reclassement professionnel dans un travail adapté serait de bon aloi. Dans un poste adapté, la capacité de travail était totale sans diminution de rendement. Dans l'état actuel, il y avait certainement une diminution de rendement dans l'activité professionnelle d'employée non qualifiée pour l'entreprise X_____ Gourmet [travail en position debout](cf. rapport d'expertise du 30 novembre 2004).
35. Par ordonnance du 23 septembre 2008, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr U_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, estimant qu'il se trouvait confronté à deux expertises, celle du Dr T_____, chirurgien orthopédiste, et celle du Dr Q_____, rhumatologue, ayant toutes deux valeur probante et aboutissant à des conclusions divergentes. Il n'était pas possible ainsi en l'état, au Tribunal de céans, de trancher en faveur de l'une ou l'autre des deux expertises et de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée. Par ailleurs, le Tribunal de céans a également relevé que le Dr Q_____ avait diagnostiqué de nombreuses lésions arthrosiques et pré-arthrosiques ainsi qu'un syndrome rotulien très marqué qui était apparu et confirmé par une subluxation externe de la rotule gauche, nettement plus marquée que sur les clichés effectués par le Dr T_____.

36. En date du 26 juin 2009, l'expert U _____ a rendu son rapport d'expertise. Il avait reçu la recourante en consultation les 14 janvier et 18 février 2009. Il a posé les diagnostics de gonarthrose gauche avec status post-ostéotomie d'ouverture du genou gauche, de raideur articulaire du genou gauche modérée, de vraisemblable Patella alta gauche, de tendinopathie du tendon quadricipital gauche, d'atonie musculaire abdominale et paravertébrale, d'obésité, d'hypertension artérielle et de hernie hiatale. Les plaintes de la recourante étaient des gonalgies diffuses avec périmètre de marche limité à 30 minutes, des gonalgies diurnes et nocturnes empêchant le sommeil, une limitation dans les déplacements, une limitation dans les activités et une impossibilité de marcher sans canne. Le lien de causalité naturelle entre l'atteinte du genou gauche et l'accident du 5 juillet 2001 existait avec un degré de vraisemblance prépondérante. L'assurée avait chuté avec un mouvement de valgus forcé de son genou gauche, qui avait entraîné une entorse du ligament latéral interne ainsi qu'une lésion du ménisque interne. Elle avait développé par la suite du fait de cet événement une gonarthrose tri-compartimentaire qui restait symptomatique malgré les traitements entrepris jusqu'à présent. Il existait une discrète atteinte dégénérative, sous forme d'une chondromalacie de stade I et II. Ce type d'atteinte était cependant tout à fait classique après 45 ans et il ne s'agissait pas véritablement d'une lésion pré-arthrosique. L'expert pensait se trouver devant une aggravation déterminante d'un état non pathologique et il ne fallait pas s'attendre à un statu quo sine ni à un statu quo ante. Le lien de causalité naturelle avec les atteintes lombaires était seulement possible. L'on pouvait se poser la question de savoir si la marche avec une canne au long cours avait entraîné ces douleurs lombaires, mais il ne fallait pas oublier la surcharge pondérale et l'atonie musculaire abdominale et paravertébrale, comorbidités qui expliquaient également ces troubles. L'expert rejoignait l'avis de ses collègues orthopédistes, en particulier celui du Dr T _____ de novembre 2004 qui proposait un travail adapté en position assise, proche du domicile. Le fait que son expertise suivait celle du Dr T _____ de près de 5 ans confirmait que sur le plan médical et orthopédique, l'évolution n'était pas spectaculaire tant au plan clinique que radiologique et que les propositions quant au type de travail restaient d'actualité. Les limitations fonctionnelles liées aux troubles du genou étaient marquées par une raideur avec un flexum de 10°, flexum cependant réductible par exemple en appui monopodal, ainsi que par une boiterie avec un pas ralenti. L'expert estimait qu'une activité sédentaire, proche du domicile, en position assise mais avec possibilité de mobiliser le genou en extension, de pouvoir se lever de temps à autres, de se déplacer dans des petites distances et adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par l'assurée était possible à 100 %. On pouvait admettre une discrète limitation de rendement de l'ordre de 25 % motivée par l'éventuelle lenteur du pas. Les traitements entrepris jusqu'à présent n'avaient apporté ni amélioration ni péjoration. De ce fait, il était clair qu'au vu des examens cliniques réalisés au cours du temps, examens qui montraient un genou discrètement raide, une absence régulière d'épanchement intra-articulaire, une évolution radiologique

habituelle et non dramatique, il semblait évident à l'expert que l'implantation d'une prothèse totale du genou semblait prématurée et compte tenu de l'histoire présentée par l'assurée, il fallait s'attendre à un résultat identique aux autres traitements entrepris jusqu'à présent. Selon l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, la table 5 de la SUVA déterminait en cas de gonarthrose globale pour une atteinte moyenne un taux de 10 à 30 % et pour une atteinte grave un taux de 30 à 40 %. L'expert retenait la fourchette maximum d'une arthrose moyenne, en tenant compte de l'évolution future et évaluait l'atteinte à l'intégrité à 30 %. Enfin, l'expert a formulé les remarques suivantes : "J'ai vu l'assurée à deux reprises, étant surpris entre la divergence entre les plaintes et mon examen clinique. À la lecture du dossier médical, et j'ai été surpris par le fait qu'à aucun moment, aucun thérapeute n'a noté un épanchement articulaire au niveau du genou gauche, ce qui n'est pas habituel lors d'une arthrose symptomatique, en effet l'un des motifs de consultation pour une arthrose est la présence d'un épanchement articulaire et de ses manifestations collatérales que sont l'enraidissement et la douleur. L'assurée ne note pas en fin de journée, lors d'une journée importante, la présence d'hydrops, classique lors d'une arthrose décompensée. Je pense que sur le plan médical actuellement tout a été tenté (...). Je rejoins l'exigibilité du Dr T _____ qui propose une activité sédentaire, assise sans déplacement lourd, avec un taux de capacité de 100 %, cependant je retiendrai une diminution de rendement de l'ordre de 25 % au maximum".

37. Dans ses observations après expertise du 20 août 2009, la recourante a exposé que l'expert n'avait pas expliqué pourquoi il s'écartait ou rejoignait les conclusions des experts précédents. Il ne s'était pas prononcé sur l'avis du Dr Q _____ quant à la question centrale de l'exigibilité. Dès lors, l'expert U _____ n'avait pas rempli complètement la mission d'expertise qui lui était confiée et ce, sur un point fondamental puisque la lecture de ce rapport ne permettait pas de comprendre pourquoi il s'écartait de l'avis du Dr V _____ et dans une moindre mesure de celui du Dr T _____. Dès lors l'on se trouvait en présence d'un troisième avis d'expert et non pas de l'avis d'un surexpert. Par ailleurs, le Dr U _____ ne retenait pas de discordance entre les plaintes de la recourante et les constatations objectives. Il posait un diagnostic similaire à celui du Dr Q _____ et s'écartait donc de celui posé par le Dr T _____ qui n'avait retenu quasiment aucune atteinte objective. Toutefois, et de manière contradictoire, il déclarait sans motivation rejoindre l'avis du Dr T _____ sur la question de l'exigibilité et s'écartait implicitement de celui du Dr Q _____. L'avis du Dr U _____ n'était cependant pas motivé, contrairement à celui du Dr Q _____. En conclusion, la recourante relevait que le rapport d'expertise du Dr U _____ ne pouvait servir de base pour trancher la question de l'exigibilité au triple motif que premièrement, il ne remplissait pas complètement la mission de surexpertise confiée, deuxièmement, le raisonnement de l'expert était contradictoire et troisièmement, il apparaissait insuffisamment motivé. Dès lors, il fallait se référer à

l'avis du Dr Q_____. Suite à la comparaison des revenus avant et après invalidité pour une incapacité de 50 % dans un travail adapté, le taux d'invalidité s'élevait à 66 %. Enfin, si par impossible le Tribunal devait se baser sur l'avis du Dr U_____, le taux d'invalidité s'élevait toutefois à 43 %, et en tenant compte d'un abattement supplémentaire de 10 %, on devait retenir un droit à une rente de 50 %. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante revendiquait le 30 % établi par le Dr U_____.

38. Dans ses observations après expertise du 19 août 2009, la SUVA a indiqué qu'elle n'avait pas de remarque particulière à formuler. Tout au plus relevait-elle que la baisse de rendement retenue par l'expert, motivée par la lenteur du pas, ne se justifiait pas. Quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 30 %, il n'était nullement motivé et la SUVA maintenait sa position, à savoir une indemnité de 20 %. Pour le surplus, l'intimée a persisté intégralement dans ses conclusions.
39. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement s'est produit en juillet 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision du 11 janvier 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de

son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006, en dérogation à l'art. 60 LPGA et art. 89C de la Loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA ; RS E 5 10; suspension des délais]).
4. a) Est litigieuse la question de savoir à quel taux de rente d'invalidité a droit la recourante ensuite de son accident de juillet 2001, et à quel pourcentage d'IPAI elle peut prétendre.

b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assurance-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. En revanche, il n'est pas nécessaire 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, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références).

Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a). Toutefois, 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. C'est donc essentiellement en présence d'une affection psychique que la causalité adéquate joue un rôle important (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 16).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En ce qui concerne la preuve, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

5. En l'occurrence, se trouvent notamment au dossier les rapports du médecin traitant, le Dr N _____, du Dr P _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, du Dr S _____, médecin-conseil de la SUVA, de la Clinique romande de réadaptation, et les expertises des Drs T _____, Q _____ et U _____.

Le Dr N _____ s'est prononcé pour la dernière fois en date du 21 juin 2004. Il a indiqué que l'état de santé était plus ou moins en statu quo et il attendait le résultat du séjour de la patiente à la Clinique romande de réadaptation.

Dans leur rapport du 12 juillet 2004, les médecins de la Clinique romande de réadaptation ont diagnostiqué des thérapies physiques et fonctionnelles, des gonalgies gauches, une gonarthrose gauche, une entorse du genou gauche le 5 juillet 2001, une arthroscopie du genou gauche avec résection partielle du ménisque interne (corne postérieure et moyenne) en novembre 2001, une ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche le 14 avril 2003, une AMO et une arthroscopie du genou gauche, avec ménissectomie partielle interne (corne postérieure) et externe (corne moyenne) le 9 janvier 2004, une résection de SLAPS cartilagineux instables et une chondroplastie du condyle interne. La recourante ne présentait pas

de pathologie psychiatrique. L'incapacité de travail comme employée chez X_____ Gourmet était totale. La situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée. L'assurée présentait une limitation fonctionnelle pour les positions debout prolongées, la montée et la descente d'escaliers, l'accroupissement, le travail en position à genou et la marche en terrain irrégulier.

Le 23 août 2004, le Dr P_____ a retenu que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée avec des limitations fonctionnelles pour les positions debout prolongées, la montée la descente d'escaliers, l'accroupissement, le travail en position assise ou à genou et la marche en terrain irrégulier. Dans une activité adaptée, la patiente pourrait travailler à temps complet. Dans un rapport du 4 novembre 2005, ce médecin a précisé les limitations fonctionnelles de l'assurée. Selon lui, un travail en position assise/debout alternée devait être privilégié. Une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles était possible à plein temps et plein rendement.

Dans son rapport d'expertise du 30 novembre 2004, le Dr T_____ a diagnostiqué une impotence douloureuse du genou gauche après status post-ménisectomie interne par voie arthroscopique le 8 novembre 2001, une arthroscopie de contrôle et ostéotomie de valgisation le 14 avril 2003, une arthroscopie avec ménisectomie externe et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 9 janvier 2004. Il ne s'explique pas la discordance qui existe entre les plaintes subjectives très lourdes d'un état invalidé et les trouvailles cliniques et radiologiques du genou gauche. Cet expert ne trouve aucune explication orthopédique aux plaintes émises par l'assurée. Selon lui, il n'existe aucune limitation au plan physique. Il n'y a pas d'incapacité de travail dans une occupation s'effectuant en position assise. Seuls les déplacements peuvent être rendus difficiles du fait de l'emploi d'une canne anglaise. Dans un travail adapté, la capacité de travail est ainsi totale sans diminution de rendement.

Dans son rapport d'expertise du 14 janvier 2007, le Dr Q_____ a diagnostiqué une gonarthrose gauche secondaire post-traumatique (arthrose du compartiment interne et arthrose fémoro-patellaire du versant externe avec subluxation externe de la rotule), un status après ostéotomie de valgisation (le 14 avril 2003), un genua valga secondaire et une arthrose débutante du compartiment externe du genou gauche, une périarthrite d'accompagnement de la hanche gauche avec syndrome du muscle pyramidal, et un syndrome vertébral lombaire intermittent sur troubles statiques et probablement dégénératifs débutants. La clinique actuelle de la patiente (subjective par les plaintes, objective par l'examen clinique) est le plus vraisemblablement en rapport direct avec les nombreuses lésions arthrosiques et pré-arthrosiques objectivées par les divers examens radiologiques et arthroscopiques. L'impotence douloureuse du genou gauche est accompagnée de limitations fonctionnelles objectivables. Seule une activité adaptée pourrait être exercée, soit une activité pouvant être effectuée en position assise avec

possibilité de mobiliser le genou gauche par intermittence, sans déplacement important (déplacement qui s'effectuerait à l'aide d'une canne anglaise) et sans port de charges. Cette activité pourrait être assurée à 50% à plein rendement ou à deux-tiers temps à 75% de rendement, dès le 1^{er} octobre 2004.

Le Dr S _____, a, le 4 mars 2008, indiqué, sur la base de radiographies et sans examen clinique, que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : peu de marche, uniquement sur des trajets courts, peu de stations debout, position assise fréquente, peu d'escaliers à monter ou à descendre, pas de soulèvement ni de port de charges de plus de 10 kilos, en revanche possible et exigible jusqu'à 5 kilos. Une activité comprenant des changements de positions avec une nette prédominance de la position assise, avec peu de stations debout et des déplacements brefs devait être privilégiée. Une activité à plein temps, principalement en position assise, pourrait être envisagée et exigée, mais la patiente devrait avoir la possibilité de se lever de temps en temps et de faire bouger son genou. Même en position assise, elle devrait pouvoir bouger librement son genou, en alternant entre flexion et extension (l'espace sous le pupitre devait donc être suffisant). Une telle activité, adaptée à son handicap, dans un environnement de travail lui aussi adapté, serait, du point de vue de l'orthopédiste, certainement possible et exigible à plein temps.

Dans son rapport d'expertise judiciaire du 26 juin 2009, le Dr U _____ diagnostique une gonarthrose gauche avec status post-ostéotomie d'ouverture du genou gauche, une raideur articulaire du genou gauche modérée, une vraisemblable Patella alta gauche, une tendinopathie du tendon quadricipital gauche, une atonie musculaire abdominale et paravertébrale, une obésité, une hypertension artérielle et une hernie hiatale. Le lien de causalité naturelle entre l'atteinte du genou gauche et l'accident du 5 juillet 2001 existait avec un degré de vraisemblance prépondérante. L'assurée avait développé du fait de l'accident une gonarthrose tri-compartimentaire qui restait symptomatique malgré les traitements entrepris jusqu'à présent. Il existait une discrète atteinte dégénérative, sous forme d'une chondromalacie de stade I et II. Ce type d'atteinte était cependant tout à fait classique après 45 ans et il ne s'agissait pas véritablement d'une lésion pré-arthrosique. L'expert pensait se trouver devant une aggravation déterminante d'un état non pathologique et il ne fallait pas s'attendre à un statu quo sine ni à un statu quo ante. Le lien de causalité naturelle entre les atteintes lombaires était seulement possible. Par ailleurs, le fait que son expertise suivait celle du Dr T _____ de près de 5 ans confirmait que sur le plan médical et orthopédique l'évolution n'était pas spectaculaire tant au plan clinique que radiologique et que les propositions quant au type de travail restaient d'actualité. L'expert estimait ainsi qu'une activité sédentaire, proche du domicile, en position assise mais avec possibilité de mobiliser son genou en extension, de pouvoir se lever de temps à autres, de se déplacer dans des petites distances et adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par l'assurée était possible à 100 %. On pouvait admettre une discrète limitation de rendement de l'ordre de 25 % motivée par l'éventuelle lenteur du pas. Les limitations fonctionnelles liées

aux troubles du genou étaient marquées par une raideur avec un flexum de 10°, flexum cependant réductible par exemple en appui monopodal, ainsi que par une boiterie avec un pas ralenti. Selon l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, la table 5 de la SUVA déterminait en cas de gonarthrose globale pour une atteinte moyenne un taux de 10 à 30 % et pour une atteinte grave un taux de 30 à 40 %. L'expert retenait la fourchette maximum d'une arthrose moyenne, en tenant compte de l'évolution future et évaluait l'atteinte à l'intégrité à 30 %. Il avait été surpris par la divergence entre les plaintes et son examen clinique.

A propos de cette expertise, il convient de relever qu'elle a pleine valeur probante au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, que les diagnostics sont clairs et bien expliqués, l'anamnèse est complète, les plaintes de la recourante prises en compte et les limitations fonctionnelles bien décrites. Cette expertise, dénuée de contradiction, emporte la conviction du Tribunal de céans. Certes, le Dr W_____ n'a pas expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions du Dr B_____, mais ce dernier n'a pas non plus motivé pourquoi il retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il était dès lors difficile de contrer de manière motivée son avis.

S'agissant de ces divers avis médicaux, il convient de relever que tous les médecins, retiennent les mêmes limitations fonctionnelles qui ne concernent que le genou gauche. Une activité plutôt sédentaire, permettant d'alterner les positions, soit, en position assise mais avec possibilité de mobiliser le genou en extension, de pouvoir se lever de temps à autre, de se déplacer sur de petites distances devait être possible. Selon le Dr S_____, l'espace sous le pupitre doit être suffisant pour bouger le genou. Les Drs P_____, S_____, T_____ et W_____ sont d'avis que les atteintes que présente la recourante, lui permettent d'exercer une activité adaptée à plein temps. L'expert W_____ retient une diminution de rendement de 25% pour tenir compte de l'éventuelle lenteur de déplacement. Cette diminution de rendement ne pourra cependant pas être prise en compte car elle concerne non pas l'activité en elle-même mais le temps de déplacement du domicile au lieu de travail. En revanche, une diminution du salaire après invalidité pourra être retenue dans le cadre de la comparaison des gains, ceci pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Ainsi seul le Dr Q_____ estime la recourante capable de travailler à 50% sans expliquer nullement pour quelles raisons les limitations qu'elle présente entraîneraient une diminution de la capacité de travail. En effet, ces limitations ne touchent que le genou et l'on comprend mal dès lors la justification - à laquelle le Dr Q_____ n'a d'ailleurs nullement procédé contrairement à ce que soutient la recourante - pour une activité à mi-temps.

Ainsi, au vu de l'avis quasi unanime des médecins et particulièrement de l'avis de l'expert judiciaire, il sera retenu que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. a) Il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité, afin de déterminer le degré d'invalidité de la recourante liée à ses atteintes au genou.

b) Selon l'art. 18 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). 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 et 18 LAA).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472), les DPT de la CNA n'ayant pas de valeur prépondérante par rapport aux données statistiques (RAMA 1999 U 343 consid. 4b/aa, p. 412). S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321),

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).

Enfin, est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222).

Aux termes de l'art. 19 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. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né. En vertu de l'art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

7. En l'espèce, l'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2005, puisque le droit à la rente débute le 1^{er} février 2005. Enfin le Tribunal de céans relève que comme les DPT sont contestées, il convient de se référer aux salaires statistiques issus de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour déterminer le gain après invalidité, un certain nombre d'activités ne requérant pas de formation professionnelle et étant adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de se référer à la déclaration de l'employeur du 1^{er} avril 2004, selon laquelle un salaire brut de 4'766 fr. 60 a été versé en 2004. Après réévaluation de ce montant à l'évolution des salaires (année 2005; La Vie économique, tableau B10.3), il y a lieu de retenir un revenu mensuel brut de 4'819 fr. 10. Ainsi le revenu annuel s'élèverait à 57'829 fr. 20 en 2005.

Pour le revenu après invalidité, compte tenu de l'activité adaptée au handicap de la recourante (activité sédentaire avec possibilité de mouvoir le genou ou alternance des positions assises et debout), le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives en 2004, à savoir 3'893 fr. par mois ou 46'716 fr. par an (ESS 2004, tableau TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures en 2004; cf. La Vie économique tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 48'584 fr. 65. Il convient encore de réévaluer ce montant à l'indice des salaires nominaux de l'année 2005 (La Vie économique, tableau B10.3), ce qui entraîne un montant de 49'119 fr. 85. Enfin, compte tenu des limitations que présente la recourante, un abattement de 15 % au

maximum selon la jurisprudence se justifie, ce qui porte le revenu après invalidité à 41'751 fr. 90.

Ainsi, si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ([57'829 fr. 20 – 41'751 fr. 90] x 100 / 57'829 fr. 20), l'on obtient un degré d'invalidité de 27,80 %.

Partant, la recourante a droit à une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 27,80 % dès le 1^{er} juillet 2004.

Enfin, s'agissant des mesures de réadaptation professionnelle, celles-ci n'entrent pas en ligne de compte, les activités adaptées à l'état de santé étant simples et ne requérant pas de formation particulière.

8. Il y a maintenant lieu de déterminer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Si par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera, avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (GILD et ZOLLINGER, Die Integritätenschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; RUMO-JUNGO, MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe 3 de l'OLAA. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le chiffre 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. La division médicale de la SUVA a en outre élaboré des tables complémentaires plus détaillées

(Informations de la division médicale de la SUVA n° 57 à 60, ainsi que 62), que le Tribunal fédéral a jugées compatibles avec l'annexe 3 OLAA, dans la mesure où elles ne constituaient pas des règles de droit impératives, mais simplement des indications destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés (ATF 116 V 156; 113 V 218). Par ailleurs, le TFA a jugé dans une jurisprudence constante que les troubles psychiques consécutifs à un accident ne donnaient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité que lorsqu'il était possible de poser de manière indiscutable un diagnostic individuel à long terme, qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (cf. ATFA du 3 avril 1998 en la cause U 257/96 et RAMA 1998 p. 354 et ss).

9. Selon la table 5 de la SUVA, en cas de gonarthrose globale pour une atteinte moyenne, un taux de 10 à 30 % est prévu et pour une atteinte grave un taux de 30 à 40 % est prévu. Selon l'expert judiciaire, un taux de 30 % se justifie car celui-ci tient compte de l'évolution future (fourchette maximum d'une atteinte moyenne). Le Tribunal de céans ne voit pas d'argument pour s'écarter de cette appréciation et confirmera ce taux, qui diffère de celui retenu par la SUVA (20 %).
10. Obtenant partiellement gain de cause, la recourante aura droit à des dépens fixés à 1'800 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de la SUVA du 11 janvier 2006.
4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 27,80 % dès le 1^{er} février 2005.
5. Dit que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 30 %.
6. Condamne la SUVA à verser à la recourante une indemnité de 1'800 fr. à titre de dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le