

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2203/2024

ATAS/151/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 mars 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Michael RUDERMANN, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

## EN FAIT

- A.**
- a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 1<sup>er</sup> janvier 1968, était employée comme aide-comptable pour le compte de B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) depuis le 1<sup>er</sup> février 2000 et assurée à ce titre contre le risque d'accident auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
  - b.** Le 25 mai 2020, l'employeur a licencié l'assurée avec effet au 31 août 2020 pour des raisons économiques.
  - c.** Selon des certificats médicaux établis dès le 15 juin 2020 par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'assurée était en incapacité de travail totale du 2 juin au 9 août 2020. Elle n'a plus travaillé par la suite.
  - d.** Dans un rapport du 4 novembre 2020, le docteur D\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction mixte, dépressive et anxieuse (code F43.22 de la 10<sup>e</sup> édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de 2008 [ci-après : CIM-10]) dès le 6 septembre 2020. Selon le spécialiste, le deuil de la perte de l'emploi, le lien qu'elle avait avec ses patrons et les circonstances du licenciement participaient encore de son état émotionnel fragile, avec le risque d'un effondrement thymique plus franc.
  - e.** Le 7 janvier 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
- B.**
- a.** Le 13 février 2021, l'assurée a subi un accident de ski. Selon la déclaration d'accident établie par l'employeur le 22 février 2021, un de ses skis était parti dans la poudreuse, la faisant chuter et provoquant une fracture de son plateau tibial.
  - b.** Le cas a été pris en charge par la SUVA.
  - c.** Selon un rapport du 13 février 2021, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale à la Clinique F\_\_\_\_\_, a retenu, sur la base d'imageries effectuées le même jour, le diagnostic de fracture de Schatzker de type 2 du plateau tibial du genou gauche.
  - d.** Selon une lettre de sortie du 2 mars 2021, établie par le professeur G\_\_\_\_\_ et les docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecins au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée a subi une intervention chirurgicale du genou gauche en date du 18 février 2021 (réduction sous arthroscopie, allogreffe cylindrique 11 x 28 mm postérolatérale, réduction indirecte sous scopie de la partie antérieure de l'enfoncement comblé par de l'allogreffe en chips et ostéosynthèse par plaque anatomique LCP 3.5) et a été

hospitalisée jusqu'au 25 février 2021. L'assurée était en incapacité de travail à 100% du 13 février au 16 mai 2021.

**e.** Selon deux certificats médicaux des 5 et 26 mai 2021, établis par les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, respectivement médecin interne et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein des HUG, l'assurée était en incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2021.

**f.** Le 4 juin 2021, la SUVA a informé l'assurée et son ancien employeur qu'elle procéderait au paiement de l'indemnité journalière, pour les suites de l'accident du 13 février 2021, dès le 16 février 2021.

**g.** Dans un rapport du 2 août 2021, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était toujours justifiée en raison du genou raide, d'une lésion neurologique surajoutée (lésion iatrogène du nerf fibulaire traitée avec Pégabaline, mais qui n'était pas clairement diagnostiquée et qui était la cause de fortes douleurs) et d'une consolidation osseuse qui n'était pas acquise. Il était encore trop tôt pour envisager un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).

**h.** Dans un rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 23 septembre 2021, la docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rapporté un premier fléchissement thymique au moment du licenciement de l'assurée ayant donné lieu à un suivi psychiatrique durant six mois qui avait permis une évolution favorable des symptômes sans traitement médicamenteux. Suite à son accident de ski en février 2021, l'assurée avait décrit une nouvelle baisse de la thymie depuis l'été 2021, constatant ses pertes fonctionnelles et en lien avec des douleurs invalidantes. L'assurée présentait un état dépressif d'intensité modérée dans un contexte de douleurs chroniques post fracture accidentelle.

**i.** Dans un rapport du 9 mai 2022, la Dre M\_\_\_\_\_ a expliqué avoir effectué un suivi psychothérapeutique d'orientation cognitivo-comportementale, avec, dès janvier 2022, un traitement de Duloxétine (30 mg 1x/j).

**j.** Selon un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 12 juin 2022, la rééducation avait été difficile à cause d'un *flexum* déjà présent, quatre à cinq semaines postopératoires, une irritation du nerf saphène et des douleurs mécaniques et neuropathiques. En raison de ces douleurs et du manque de mobilité, une intervention chirurgicale était prévue pour le mois de septembre suivant.

**k.** Selon un compte rendu opératoire du 17 septembre 2022 établi par le Dr K\_\_\_\_\_, l'assurée a subi, le 13 septembre 2022, une intervention chirurgicale, à savoir une ablation de matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO), un débridement d'un hématome du tibia distal, une arthrolyse arthroscopique extensible du genou gauche ainsi qu'une mobilisation du genou et une section de l'aileron interne et externe (subtotal).

**l.** À teneur d'une lettre de sortie des soins de réadaptation musculo-squelettique du 7 octobre 2022, les docteurs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, respectivement médecin interne et spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation aux HUG, ont indiqué que l'assurée avait été hospitalisée du 16 septembre au 7 octobre 2022 pour une rééducation orthopédique. En fin d'hospitalisation, le périmètre de marche à l'aide de deux cannes anglaises était de 400 m, l'intéressée pouvant monter et descendre 36 marches d'escalier. Elle marchait sans son attelle, afin de favoriser la flexion et continuait à la porter la nuit, afin de maintenir l'extension.

**m.** Dans un rapport du 21 février 2023, la Dre M\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de douleur chronique dès 2021 et un épisode dépressif moyen. Le suivi psychiatrique et psychothérapeutique se poursuivait à une fréquence d'une consultation toutes les deux à quatre semaines et la durée du traitement était estimée à six mois.

**n.** Le 14 mars 2023, l'assurée a bénéficié d'une intervention d'antalgie effectuée par le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie au sein du service d'anesthésiologie des HUG.

**o.** Dans un rapport du 4 avril 2023, le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé que les douleurs persistaient et que la réévaluation chirurgicale orientait vers un nouveau cycle de physiothérapie incluant un apprentissage à l'autohypnose ciblant le *flexum*. Les douleurs étaient globalement identiques, avec une composante nociceptive musculaire sur la région du jambier antérieur et des muscles péroniers ainsi que sur le creux poplité. Le spécialiste a aussi relevé une composante neuropathique avec paresthésie sur la partie supérolatérale de la jambe ainsi qu'une sensation d'étau du genou.

**p.** Dans un rapport du 16 mai 2023, le Dr P\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne rapportait pas d'amélioration notable. Il n'avait pas d'autre proposition de suivi à ce jour, si ce n'était un essai de neurostimulation médullaire qui ne serait toutefois envisagé qu'à l'épuisement du traitement conservateur et uniquement dans le cas où les douleurs devenaient encore plus invalidantes.

**q.** Le 19 juin 2023, le Dr L\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen médical de l'assurée et a indiqué, dans un rapport du même jour, que l'intéressée montrait une boiterie évidente du membre inférieur gauche, avec des difficultés pour se mettre sur la pointe des pieds. Elle parvenait toutefois à marcher sur les talons. En position couchée, le spécialiste a noté un *flexum* peu réductible du genou gauche, d'environ 10°. La flexion dépassait les 110°, mais les douleurs étaient globales autour du genou en péri-patellaire. Il a retenu le diagnostic de status après fracture du genou gauche opérée en février 2021 (plateau tibial externe). L'évolution globale de ce genou était défavorable avec un *flexum* résistant aux traitements habituels. Au vu de l'évolution à plus de deux ans de l'accident, la stabilisation définitive de la situation était atteinte. Il convenait toutefois d'obtenir plus de détails concernant la charge de travail car le descriptif effectué par les services extérieurs en 2021 n'était pas suffisant. Sur la base des documents disponibles, la reprise d'une

activité professionnelle sédentaire, permettant les déplacements de courte durée et les changements de position pouvait être envisagée. Cette activité ne devait pas prévoir le port de charges importantes de plus de 10 kg sur des déplacements courts, les marches importantes étaient à éviter, de même que l'utilisation d'échelles ou d'escaliers. En respectant ces limitations, la reprise d'une activité sédentaire pouvait être envisagée dès le mois de septembre 2023. La détermination de la date exacte de reprise d'une activité professionnelle serait toutefois proposée en fonction du rapport radiologique demandé auprès des HUG et du descriptif du poste de travail par l'ancien employeur.

**r.** Dans son rapport du 23 juin 2023, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic principal de douleur chronique, soit des gonalgies gauches chroniques post traumatiques (code MG30.20 CIM-11) persistantes après chirurgies, avec une composante nociceptive musculaire et neuropathique, sur contexte de troubles de l'humeur. Après la mobilisation effectuée le 13 septembre 2022, la mobilité et notamment la flexion ne s'amélioraient quasiment pas, avec une persistance du *flexum*. La mise en place d'un stimulateur endo-médullaire semblait être une idée potentiellement favorable, dès lors qu'une solution chirurgicale n'était pas envisageable. Il ne prévoyait pas de revoir l'assurée au vu du manque d'alternative thérapeutique.

**s.** Selon un rapport de radiographie du genou du 6 juillet 2023, l'assurée présentait, entre autres, une gonarthrose fémoro-patellaire avec ostéophytes patellaires ainsi que des calcifications méniscales, en lien avec une maladie des dépôts de pyrophosphate de calcium.

**t.** Le 6 juillet 2023 également, l'ancien employeur de l'assurée a indiqué que l'activité habituelle de « responsable de contentieux » consistait en une activité de bureau (tâches de comptabilité et diverses tâches administratives), l'organisation d'événements d'entreprise et la gestion de l'économat (faire les commandes et le lien avec les fournisseurs). L'activité était une activité de bureau à 100%, dont 75% en position assise et 25% en marchant. La position de travail était celle d'un travail à l'ordinateur.

**u.** Le 21 juillet 2023, le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé une évolution clinique défavorable avec un *flexum* résistant et un bilan radiologique confirmant l'existence d'une arthrose fémoro-tibiale de type pangonarthrose. Il a fixé l'atteinte à l'intégrité à 30%, en se référant à la table n° 5 de la SUVA.

**v.** Dans un rapport du 28 juillet 2023, le docteur Q\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué qu'une composante nociceptive était au moins suffisante pour imaginer que l'assurée puisse bénéficier d'une injection intra-articulaire de plasma riche en plaquette (PRP). Quant aux limitations fonctionnelles en lien avec le genou gauche, il a retenu que la position assise

prolongée, la position debout prolongée, les flexions répétées de genou, la position accroupie et le port de charges lourdes étaient impossibles.

**w.** Par rapport du 8 août 2023, la Dre M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'après trois mois, le traitement de Duloxétine n'avait pas montré d'efficacité franche concernant les symptômes douloureux, les symptômes dépressifs s'étant légèrement améliorés. L'assurée présentait une persistance de symptômes dépressifs légers en lien avec une acceptation difficile de ses douleurs chroniques survenues à la suite de son accident de ski. En raison d'effets indésirables et de l'absence d'indication formelle à un traitement antidépresseur, pour un épisode dépressif léger à moyen, le traitement était interrompu depuis le mois d'août 2023.

**x.** Le 28 août 2023, la SUVA a accepté de prendre en charge la physiothérapie proposée par les médecins traitants des HUG pendant une durée de douze mois, précisant que les traitements proposés par le centre de la douleur des HUG et les consultations médicales pourraient être acceptés pour la même période.

**y.** Dans une appréciation médicale du 10 novembre 2023, le Dr L\_\_\_\_\_ a confirmé que la reprise d'une activité professionnelle sédentaire était envisageable à partir du mois de septembre 2023, aucun élément ne pouvant empêcher l'assurée de faire une activité de type sédentaire, sans port de charge.

**z.** Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2023, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière, basée sur un taux d'invalidité de 100%, du 1<sup>er</sup> février 2022 au 30 septembre 2023 uniquement, l'assurée étant considérée comme apte au travail à 100%, dans toute activité, depuis le 19 juin 2023. Dès cette date, la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité également, de sorte que le droit à la rente était supprimé, trois mois après l'amélioration de son état de santé.

**aa.** L'assurée s'est opposée à cette décision le 12 décembre 2023.

**bb.** Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2023, le Dr Q\_\_\_\_\_ a expliqué qu'aucune prise en charge chirurgicale n'était raisonnablement possible pour améliorer les symptômes et que les techniques actuelles étaient arrivées à leur terme d'efficacité, mis à part des injections de toxine botulique qui pouvaient apporter une amélioration potentielle de la symptomatologie.

**C. a.** Par courrier du 4 décembre 2023, la SUVA a indiqué à l'assurée que, selon son service médical, les séquelles de son accident ne diminuaient pas significativement sa capacité de travail dans son activité habituelle, bien que les limitations fonctionnelles suivantes aient été retenues : pas de ports de charges de plus de 10 kg (même sur des déplacements courts), pas de longues marches et éviter l'utilisation d'échelles ou d'escaliers. La reprise d'une activité sédentaire, permettant des déplacements de courte durée et les changements de position, pouvait désormais être envisagée dès le mois de septembre 2023. Elle mettrait donc un terme au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2023, étant précisé qu'elle continuerait à prendre en charge, pendant une année, les

séances de physiothérapie, les traitements proposés par le centre de la douleur des HUG et les consultations médicales.

**b.** Par décision du 6 décembre 2023, la SUVA a reconnu à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 30% correspondant à un montant de CHF 44'460.-.

**c.** Le 12 décembre 2023, l'assurée, représentée par un avocat, a considéré comme une décision le courrier susvisé et y a fait opposition, en faisant valoir que les limitations fonctionnelles retenues par le service médical de la SUVA étaient en réalité plus importantes, tel que cela ressortait du rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2023 (position assise prolongée, position debout prolongée, flexions répétées du genou, position accroupie, port de charges lourdes et douleurs globales persistantes). Il n'était donc pas établi que son ancienne activité soit adaptée à sa situation actuelle ni qu'elle serait en mesure de déployer une activité professionnelle à 100% compte tenu, notamment, de ses douleurs permanentes.

**d.** Le 2 janvier 2024, le Dr Q\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était très difficile de répondre à la question de savoir si l'activité purement sédentaire retenue par le Dr L\_\_\_\_\_ était compatible avec les limitations fonctionnelles, notamment l'impossibilité d'une position assise prolongée. L'aide d'un médecin du travail était essentielle pour mieux comprendre les positions habituelles au travail.

**e.** Dans un rapport du 19 février 2024, qui précisait celui du 2 janvier 2024, le Dr Q\_\_\_\_\_ a expliqué qu'en tenant compte d'une capacité diminuée, une activité en position assise avec la possibilité de se lever fréquemment lui semblait théoriquement possible, mais pas réaliste dans le sens où l'intéressée ressentait le besoin constant de se lever en raison de la douleur. Après réflexion, l'activité exercée avant l'accident n'était pas compatible avec les limitations fonctionnelles de l'assurée et, compte tenu de l'accident et des limitations fonctionnelles, une activité – même adaptée aux contraintes (sédentaire et besoin de se lever fréquemment) – ne lui semblait pas imaginable à 100%.

**f.** Le 3 avril 2024, la SUVA a rendu une décision ayant la même teneur que son courrier du 4 décembre 2023.

**g.** Par courrier 4 avril 2024, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée au docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

**h.** Le 23 mai 2024, le Dr L\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les rapports du Dr Q\_\_\_\_\_ des 2 janvier et 19 février 2024. Selon le médecin d'assurance, les observations du médecin traitant ne modifiaient pas les limitations fonctionnelles qu'il avait retenues, ni ne comportaient de motifs suffisants pouvant justifier la modification de ses conclusions.

**i.** Par décision sur opposition du 31 mai 2024, la SUVA a écarté l'opposition de l'assurée, en se fondant sur l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_ du 23 mai 2024.

**D. a.** Le 28 juin 2024, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre cette décision sur opposition. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction complémentaire, notamment la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (orthopédie et psychiatrie) et nouvelle décision. En substance, sur le plan somatique, elle a admis que le cas était stabilisé à compter de l'examen final effectué par le Dr L\_\_\_\_\_ le 19 juin 2023. Elle a en outre relevé que le suivi psychiatrique mis en place depuis l'accident n'était plus du tout en relation avec la perte de son emploi, mais en relation exclusive avec les douleurs chroniques à son genou gauche. Selon ses médecins traitants, il était établi que ces douleurs chroniques avaient un impact sur son fonctionnement physique et psychique et, par conséquent, aussi sur sa capacité de travail, respectivement sur son rendement. Si le médecin de la SUVA avait reconnu la réalité de ces douleurs et leur impact en acceptant de prendre en charge les frais relatifs aux traitements proposés par le centre de la douleur et les consultations médicales pendant douze mois, il n'en avait toutefois pas tenu compte dans son évaluation de la capacité de travail, de sorte que son appréciation était contradictoire. En outre, l'avis contraire du Dr Q\_\_\_\_\_, qui avait retenu que les douleurs permanentes constituaient un facteur limitant, justifiait la mise en œuvre d'une expertise médicale.

**b.** Dans un rapport d'expertise du 5 août 2024, établi dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations de l'OAI, le Dr R\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante.

**c.** Par réponse du 30 août 2024, l'intimée, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir que l'accident n'était pas à l'origine des troubles psychiques de la recourante, de sorte que leur prise en charge n'était pas du ressort de la SUVA. Par ailleurs, selon le Dr L\_\_\_\_\_, la douleur ne provoquait aucune diminution du rendement dans une activité sédentaire et aucun document au dossier n'attestait d'une diminution certaine de rendement en raison de la douleur, relevant que le Dr Q\_\_\_\_\_ n'avait pas chiffré une prétendue diminution de rendement. Il n'y avait donc aucune raison de s'écarter des conclusions claires et dûment motivées du médecin d'assurance, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise médicale ne se justifiait pas.

**d.** Par réplique du 30 septembre 2024, la recourante a modifié ses conclusions. Outre l'annulation de la décision, elle a conclu, sous suite de dépens, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, notamment la mise en œuvre d'une expertise orthopédique portant sur la question de la stabilisation du cas, la capacité de travail et le rendement exigible, et à ce qu'une nouvelle décision soit rendue sur le droit aux prestations d'assurance, respectivement la poursuite des indemnités journalières après le 31 décembre 2023 et le droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024. Au vu des avis médicaux

contradictoires ressortant du rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ du 5 août 2024 et du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 3 septembre 2024, la question de la stabilisation du cas devait être revue, ce qui justifiait le renvoi de la cause afin de mettre en œuvre une expertise orthopédique. Il était par ailleurs établi que la recourante ne souffrait d'aucun diagnostic psychique et que son suivi psychiatrique depuis l'accident, ainsi que ses limitations fonctionnelles, étaient en lien avec les symptômes physiques dûment objectivés, de sorte que la question de la causalité adéquate des troubles psychiques ne se posait pas. L'atteinte à la santé physique était établie et engendrait un syndrome douloureux chronique du genou gauche obligeant la recourante à se lever une trentaine de fois par heure, pour soulager ses douleurs dues à l'immobilisation du genou, ce qui engendrait une diminution de sa résistance au stress et de ses capacités attentionnelles et mnésiques. Les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ n'étaient pas crédibles dès lors qu'il admettait l'existence d'un syndrome douloureux chronique mais n'en tirait aucune conséquence pour la détermination de la capacité de travail. Par ailleurs, le Dr R\_\_\_\_\_ avait fixé l'atteinte à la capacité de travail à 50% au moins et, dans son rapport du 24 septembre 2024, la Dre M\_\_\_\_\_ n'était pas en mesure d'identifier quelle activité concrète pourrait être exercée malgré les limitations fonctionnelles retenues. Ces deux avis médicaux contredisaient ainsi celui du médecin de l'assurance ayant retenu une capacité de travail à 100% dans une activité strictement sédentaire, ce qui justifiait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique par l'intimée.

**e.** Par duplique du 6 janvier 2025, l'intimée a maintenu ses conclusions, les rapports des médecins traitants n'étant pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_.

**f.** Par écriture spontanée du 13 janvier 2025, la recourante a maintenu la nécessité de mettre en œuvre une expertise administrative orthopédique au motif que la décision litigieuse était contestée à la fois par les médecins traitants et par l'expert mandaté par l'OAI, ce dernier n'ayant toutefois pas expliqué pour quelles raisons il retenait une capacité de travail diminuée de 50% dans toute activité en raison des douleurs et de la nécessité de changer de position.

**g.** Le 28 janvier 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Selon l'appréciation de son médecin conseil du 7 janvier 2025, la douleur chronique n'était pas susceptible de diminuer la capacité de travail de 50% et, si une éventuelle modification du rendement évaluable sur la place de travail pouvait certes être envisagée, cet examen n'était toutefois pas possible en l'état compte tenu du fait que la recourante n'avait plus d'employeur.

**h.** Le 6 février 2025, la recourante a relevé que le médecin d'assurance considérait désormais la possibilité d'une modification du rendement de la recourante, qui devait être évalué, et n'apportait aucun élément objectif à même de contester la position du Dr R\_\_\_\_\_. Enfin, le Dr L\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas non plus sur

l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, qui considérait que des traitements étaient encore possibles, de sorte que l'état de santé n'était pas encore stabilisé.

i. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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

### **3.**

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

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

**3.3** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de

l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1<sup>re</sup> phr. LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2<sup>e</sup> phr. LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Une telle amélioration doit être évaluée au regard de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre du traitement médical, une amélioration insignifiante de celle-ci n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire. L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

4. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la

pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## 5.

**5.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

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

p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

6. En l'espèce, il convient de rappeler, à titre préliminaire, que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité de la recourante indépendamment de la décision rendue en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.1).

Par conséquent, l'intimée n'est pas liée par l'évaluation de l'OAI, étant au surplus relevé que ce dernier n'avait pas statué de manière définitive lorsque la décision dont est recours a été rendue.

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

Il s'agit donc d'examiner le présent cas du point de vue de l'atteinte somatique de la recourante.

**6.2** S'agissant de la question de la stabilisation de l'état de santé, l'intimée s'est fondée sur le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 23 juin 2023 pour retenir que l'état de santé de la recourante était définitivement stabilisé dès le jour de l'examen de la recourante par ce médecin d'assurance, soit dès le 19 juin 2023.

Si, dans un premier temps, la recourante n'a pas contesté cette stabilisation au vu de l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ du 23 juin 2023, à teneur de laquelle ce dernier ne prévoyait pas de revoir l'intéressée en raison de l'absence de solution chirurgicale envisageable et du manque d'alternative thérapeutique (*cf.* mémoire

de recours, p. 17), elle s'est, par la suite, fondée sur les conclusions des Drs R\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ pour contester la stabilisation de son état de santé (*cf.* mémoire de réplique, p. 5). Dans son rapport d'expertise du 5 août 2024, établi à la demande de l'OAI, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué que les chances de guérison ou d'amélioration au moyen d'un traitement conservateur étaient pratiquement nulles. Pour sa part, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 3 septembre 2024, que des traitements conservateurs (poursuite de la physiothérapie et infiltration du genou gauche) étaient encore possibles. De l'avis de la recourante, les conclusions contradictoires de ces deux spécialistes justifiaient la mise en œuvre d'une expertise orthopédique par l'intimée.

La chambre de céans rappellera que, conformément à la jurisprudence fédérale, la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs ou l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent pas à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Dès lors, l'administration d'un traitement par infiltrations, tel que suggéré par le Dr H\_\_\_\_\_, qui n'a qu'un but antalgique, ne suffit pas à exclure la stabilisation de l'état de santé de la recourante. S'agissant de la proposition de mise en place d'un stimulateur endo-médullaire par le Dr K\_\_\_\_\_ en date du 23 juin 2023, qualifiée par ce spécialiste d' « idée potentiellement favorable dès lors qu'une solution chirurgicale n'était pas envisageable » et de la recommandation du Dr P\_\_\_\_\_ de procéder à un tel essai de neurostimulation médullaire, qui ne devait être envisagé qu'à l'épuisement du traitement conservateur et uniquement dans le cas où les douleurs devenaient encore plus invalidantes (*cf.* rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 16 mai 2023), elles ne constituent qu'une simple possibilité d'une amélioration notable de l'état de santé de la recourante. Il en va de même du traitement par injections de toxine botulique évoqué par le Dr Q\_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2023, dès lors que ce traitement ne pouvait apporter, selon ce spécialiste, qu'une amélioration potentielle de la symptomatologie. Il est au surplus relevé que le Dr Q\_\_\_\_\_ a en outre conclu qu'aucune prise en charge chirurgicale n'était raisonnablement possible pour améliorer les symptômes et que les techniques actuelles étaient arrivées à leur terme d'efficacité et que, selon l'appréciation du Dr R\_\_\_\_\_, les chances de guérison ou d'amélioration avec un traitement conservateur étaient pratiquement nulles, la recourante étant candidate à la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche (*cf.* rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ du 5 août 2024, p. 11).

Enfin, conformément à la jurisprudence fédérale, le bénéfice que peut amener la poursuite de la physiothérapie préconisée par le Dr H\_\_\_\_\_ ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références).

Au vu de ces éléments, la chambre de céans retient que l'état de santé est stabilisé dès le 19 juin 2023, soit la date correspondant à l'examen médical de la recourante par le Dr L\_\_\_\_\_.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2023, tout en maintenant le traitement de physiothérapie, les traitements préconisés par le centre de la douleur des HUG ainsi que les consultations médicales pour une durée de douze mois.

**6.3** L'état de santé de la recourante étant stabilisé, se pose la question de son droit éventuel à une rente d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAA.

En effet, dès lors que l'intimée a retenu que la recourante présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle de comptable/responsable du contentieux, considérant par là même que ladite activité était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr L\_\_\_\_\_, elle a ainsi implicitement refusé de lui allouer une rente d'invalidité.

Il convient donc d'examiner la capacité de travail de la recourante telle que retenue par le Dr L\_\_\_\_\_ et de confronter les conclusions de ce médecin de l'assurance aux autres appréciations médicales figurant au dossier.

Pour rappel, dans son rapport du 22 juin 2023, le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de status après fracture du genou fauche opérée en 2021 (plateau tibial externe) et une reprise d'une activité professionnelle sédentaire, permettant des déplacements de courte durée et des changements de position, correspondant aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges importantes de plus de 10 kg sur des déplacements courts, les marches importantes ainsi que l'utilisation d'échelles et d'escaliers devant être évitées. En respectant ces limitations, la reprise d'une activité sédentaire était possible dès le mois de septembre 2023 à 100% et sans diminution de rendement.

Le Dr R\_\_\_\_\_, expert orthopédique mandaté par l'OAI, a quant à lui retenu que la recourante pouvait exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité essentiellement sédentaire, avec alternance des positions assise et debout à la guise de la recourante, sans port de charges, sans marche en terrain irrégulier et sans devoir monter ou descendre des pentes ou des escaliers de manière répétée. De courts déplacements à plat étaient possibles. L'activité habituelle qui se déroulait essentiellement en position assise, sans port de charges et avec de courts déplacements à plat pouvait être adaptée aux limitations fonctionnelles susvisées. Une diminution de la capacité de travail 50% lui paraissait toutefois justifiée, probablement depuis septembre 2023, en raison de la symptomatologie persistante et des changements de position nécessaires (cf. rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ du 5 août 2024, p. 12). S'agissant de l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_, ce spécialiste a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, l'impossibilité d'avoir la position assise ou debout prolongée, sans que la durée précise ne puisse être définie dès lors qu'elle dépendait probablement du moment

de la journée, du nombre de pauses possibles et de l'intensité de la douleur. Étaient également impossibles les flexions répétées de genou (par exemple, l'utilisation d'échelles ou d'escaliers), la position accroupie ou demi-accroupie, ainsi que le port de charges lourdes (à partir de 10 kg) (cf. rapports du Dr Q\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2023 et du 2 janvier 2024). Ce médecin traitant a cependant indiqué qu'il lui était impossible de déterminer un taux de capacité résiduelle de travail ou un éventuel rendement attendu, relevant néanmoins qu'une capacité de travail de 100% ne lui paraissait « pas imaginable » (cf. rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 2 janvier 2024). Quant à la question de savoir si l'activité habituelle de comptable/responsable du contentieux était compatible avec les limitations fonctionnelles identifiées, il a répondu par la négative au motif que, si une activité en position assise avec la possibilité de se lever fréquemment lui semblait, en théorie, possible, celle-ci n'était pas réaliste dès lors que la recourante ressentait le besoin constant de se lever en raison de la douleur (trois à quatre fois sur une période de 30 minutes) (cf. rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 19 février 2024).

Invité à se déterminer sur le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ susvisé, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué, dans son appréciation médicale du 7 janvier 2025, qu'une incapacité de travail de 50% n'était pas justifiée dès lors que, selon le descriptif de la place de travail auprès du dernier employeur, daté du 31 mai 2021, son activité habituelle était déployée en position assise, sans port de charge et avec de courts déplacements.

La chambre de céans relève cependant qu'il ressort du descriptif du poste de travail auquel s'est référé le Dr L\_\_\_\_\_ que l'activité habituelle de comptable à temps complet était une activité sédentaire (utilisation bureautique, téléphone, fax et courriels), mais que l'intéressée officiait également en qualité de responsable de l'économat, ce qui impliquait la manutention de charges pouvant peser 10 kg et des déplacements au sein de l'entreprise. La recourante était en outre chargée de l'organisation d'événements pour le compte de son employeur (cf. compte rendu de l'entretien entre un collaborateur de l'intimée et la recourante du 31 mai 2021, p. 1 et 2). Par ailleurs, à teneur de la description du poste de travail par l'ancien employeur, l'activité habituelle était une activité de bureau à 100%, dont 75% du temps s'effectuait en position assise (travail à l'ordinateur) et 25% en position debout (cf. descriptif de la place de travail par l'employeur du 6 juillet 2023).

Il apparaît ainsi que l'activité habituelle de comptable, pour laquelle il était nécessaire de se tenir debout pendant une partie importante de la journée de travail (25%), ainsi que le port de charges pour les tâches liées à la gestion de l'économat de l'entreprise, ne correspond pas à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les Drs L\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, en soutenant que la douleur chronique n'était pas susceptible de diminuer la capacité de travail à un taux de 50% et qu'il s'agissait d'une impression subjective de la part de la recourante (cf. avis du Dr L\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2025), le Dr L\_\_\_\_\_ n'écarte pas de manière suffisamment motivée

la baisse de 50% retenue par le Dr R\_\_\_\_\_ en raison de la symptomatologie persistante et des changements de position nécessaires dus à celle-ci. Les conclusions du Dr R\_\_\_\_\_ sont par ailleurs corroborées par l'analyse du Dr Q\_\_\_\_\_ qui, sans déterminer un taux de capacité de travail spécifique, a tout de même contesté, dans son principe, la capacité de travail entière dans une activité adaptée au vu de l'impossibilité, pour la recourante, d'avoir la position assise ou debout pendant une période prolongée, en précisant à cet égard qu'en tenant compte d'une capacité diminuée, une activité en position assise avec la possibilité de se lever fréquemment lui semblait théoriquement possible, mais pas réaliste au motif que l'intéressée ressentait le besoin constant de se lever en raison de la douleur. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a d'ailleurs indiqué avoir lui-même constaté, en consultation, que la recourante s'était levée trois à quatre fois sur une période de trente minutes (*cf.* rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 19 février 2024). Ce besoin fréquent de changer de position a, au demeurant, également été constaté par la Dre M\_\_\_\_\_ qui a relevé, chez la recourante, la nécessité de se lever et de bouger 30 fois par heure pour soulager les douleurs déclenchées par l'immobilisation de son genou (*cf.* rapport de la Dre M\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2024).

S'agissant d'une éventuelle baisse de rendement dans l'activité habituelle, le Dr L\_\_\_\_\_ a admis qu'une éventuelle « modification du rendement » pouvait certes être envisagée, mais celle-ci ne pouvait pas, en l'état, être évaluée dès lors que la recourante ne travaillait pas. La chambre de céans relève que ni le Dr R\_\_\_\_\_, ni le Dr Q\_\_\_\_\_ ne se sont prononcés sur la question d'une éventuelle baisse de rendement dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que le Dr L\_\_\_\_\_ n'a pas écarté de façon convaincante les avis médicaux divergents, que ses conclusions se fondent sur une description tronquée du dernier poste de travail occupé par la recourante et qu'il a, en fin de compte, admis qu'une diminution du rendement dans l'activité habituelle était possible, sans toutefois la déterminer. Dans ces circonstances, il sera retenu que l'appréciation du cas par le Dr L\_\_\_\_\_ ne permet pas d'établir clairement la capacité de travail de la recourante, en particulier de savoir si celle-ci est véritablement donnée dans l'activité habituelle de comptable/responsable du contentieux. Or, pour se voir conférer pleine valeur probante, l'appréciation de la situation médicale doit être claire et les conclusions des experts dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). Par conséquent, l'intimée ne pouvait pas valablement se fonder sur l'avis de son médecin d'arrondissement et écarter les autres rapports versés au dossier, en particulier ceux rendus par deux spécialistes en chirurgie orthopédique (Drs R\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_), sans un examen approfondi.

Conformément à la jurisprudence fédérale, dès lors que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation du médecin de l'assurance et que les avis du Dr R\_\_\_\_\_ et du Dr Q\_\_\_\_\_ laissent subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée

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

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

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

8.

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

**8.2** Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 31 mai 2024, sous réserve de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui est admise.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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