



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2776/2005

ATAS/459/2007

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 7 mai 2007

En la cause

Madame I _____, domiciliée , GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

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

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente

EN FAIT

1. Madame I _____, née en 1961, était directrice de l'entreprise familiale X _____-I _____ SA depuis avril 1988. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA).
2. En date du 3 janvier 2002, l'assurée a chuté en marchant, ce qui a provoqué une torsion de son genou droit. Le cas a été déclaré à la SUVA en date du 14 janvier 2002.
3. Dans un rapport du 12 mars 2002, le Dr A _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une grave entorse du genou droit. La patiente présentait une limitation fonctionnelle, un épanchement intra-articulaire du genou droit ainsi qu'une instabilité antéropostérieure et rotatoire du genou droit. En date du 11 mars 2002, une plastie ligamentaire intra-articulaire du genou droit avait été faite par ce médecin. L'incapacité était totale depuis le 7 janvier 2002.
4. Dans un rapport du 5 juin 2002, le Dr A _____ a confirmé son diagnostic précédent. L'évolution était défavorable en raison d'une désinsertion de l'aileron rotulien post-opératoire. Une révision chirurgicale était prévue le 10 juin 2002.
5. En date du 29 juillet 2002, l'assurée a exposé à la SUVA en quoi consistait son travail de directrice de l'entreprise X _____-I _____ SA. Dans le cadre de son activité professionnelle, elle travaillait essentiellement sur le terrain et n'accomplissait pas de tâches dites administratives. Elle était toujours en déplacement, sur les chantiers, à l'atelier ou chez les clients. L'assurée a en outre déclaré que depuis la deuxième intervention chirurgicale de juin 2002, elle constatait une amélioration au niveau de son genou droit mais avait toujours un blocage. Du point de vue maladie, elle présentait de petites hernies qu'il n'y avait pas lieu d'opérer au niveau des lombaires. Elle n'avait pas de traitement particulier, mais portait un corset en cas de douleurs trop importantes.
6. Dans un rapport du 11 septembre 2002, le Dr A _____ a relevé que l'évolution était lentement favorable. Une reprise de l'activité professionnelle était prévue à mi-novembre 2002.
7. En date du 22 octobre 2002, l'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr B _____, spécialiste en chirurgie. Ce médecin a tout d'abord établi une anamnèse médicale, de laquelle il ressortait que l'assurée avait été victime de quatre accidents, de 1984 à 1998, qui avaient été pris en charge par la SUVA. Il a relevé que l'on retenait, dans l'évolution, une longue période d'utilisation de cannes anglaises, une rééducation difficile au niveau du

genou droit et une probable algodystrophie selon une IRM du 5 août 2002. A l'examen, la marche était effectuée avec une boiterie au dépend du membre inférieur droit; l'on constatait un défaut modéré de flexion avec extension complète, un genou douloureux dans le compartiment externe et la présence d'un tiroir antérieur. L'état n'était pas stabilisé et l'incapacité de travail restait actuellement justifiée. En raison d'une mauvaise démarche et des douleurs dorsales, un séjour à la Clinique romande de réadaptation a été proposé à la patiente.

8. Du 30 octobre au 4 décembre 2002, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation. Les médecins ont posé les diagnostics suivants : diagnostics primaires : thérapies physiques et fonctionnelles et diagnostics secondaires : grave entorse du genou droit le 3 janvier 1992 (recte 2002) avec rupture du LCA, plastie du LCA le 10 mars 2002, status post-arthrotomie le 10 juin 2002 pour hématomes et brides cicatricielles externes, algoneurotrophie du genou droit, conflits antérieurs entre le LCA et le compartiment externe, inflammation du Hoffa, chondropathie rotulienne et condylienne interne et spondylarthrose L5-S1. Les comorbidités étaient un status post-entorse grave du genou droit en 1984 avec lésion du LCA traitée par révision articulaire, un status post-ménisectomie interne gauche en 1984, un status post-ménisectomie interne droite en 1986, ainsi qu'un status post-entorse du genou droit avec distension du LCA traitée conservativement. Les médecins ont formulé les remarques suivantes : "L'évolution est légèrement favorable avec une diminution des douleurs au repos. Mais, bien que la patiente soit indépendante pour toutes les activités de la vie quotidienne, elle boîte toujours et éprouve beaucoup de peine à la descente et à la montée des escaliers ainsi qu'en flexion en charge. Elle ne peut actuellement pas effectuer une activité à genou et accroupie. Les douleurs sont toujours extrêmement vives à la charge. (...) Si l'évolution devait rester défavorable, il conviendrait de rediscuter d'une arthrolyse avec section du greffon puis physiothérapie intensive. D'un point de vue professionnel, la capacité de travail de la patiente dans son entreprise est de 0%. Du point de vue de sa thymie, une consultation psychiatrique conclut à un trouble dépressif majeur en rémission partielle pour lequel aucune thérapie n'est envisagée et un suivi psychologique n'est pas souhaité par la patiente" (cf. rapport de la Clinique romande de réadaptation du 27 décembre 2002).
9. En date du 7 février 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.
10. Dans un rapport du 24 décembre 2003, le Dr A_____ a relevé que l'état de santé était stationnaire et que l'assurée présentait des douleurs chroniques au genou droit.
11. En date du 14 mai 2003, l'assurée a été revue par le médecin d'arrondissement. Dans son rapport du 15 mai 2003, le Dr B_____ a relevé que dans l'évolution, l'on retenait des troubles lombaires ayant nécessité temporairement de

la physiothérapie. Une consultation pour second avis orthopédique avait conclu à un possible lâchage partiel de la plastie du LCA et à une éventuelle intervention. En revanche, le neurochirurgien consulté par la patiente estimait qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale pour les troubles du dos. Une capacité de travail résiduelle devrait être possible dans la mesure où il s'agirait d'une activité essentiellement de bureau.

12. Dans un rapport final du 20 janvier 2004, le Dr B_____ a formulé les remarques suivantes : "L'état peut être considéré comme stabilisé et, dans le cadre d'un genou qui a été opéré pour réparation itérative du LCA, développement d'un début de gonarthrose, une persistance d'une certaine instabilité et amyotrophie du quadriceps malgré différents traitements. Compte tenu des troubles dégénératifs au niveau lombaire, il faut admettre que ceux-ci sont préexistants mais influencés défavorablement par la boiterie de jambe droite (...). La patiente ne peut surcharger le membre inférieur droit, monter, descendre fréquemment les escaliers et les échelles, s'accroupir et s'agenouiller, se déplacer sur de longues distances et sur des terrains inégaux. En principe, dans le cadre d'une activité ne demandant pas les sollicitations ci-dessus, en privilégiant des déplacements sur de courtes distances et en terrain plat, faisant alterner les positions assises et debout, la patiente pourrait avoir une activité complète". Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après l'IPAI), basé sur la table V de la SUVA, s'élevait à 20%.
13. Par courrier du 11 février 2004, la SUVA a informé son assurée que le versement de ses prestations prendrait fin au plus tard le 30 juin 2004. L'assurance se prononcerait alors sur un droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, l'assurée avait droit à une IPAI s'élevant à 21'360 fr.
14. En date du 26 mars 2004, l'assurée a à nouveau exposé à la SUVA en quoi consistait son travail au sein de l'entreprise X_____ -I_____ SA. Elle était au poste de directrice depuis 23 ans et ne s'occupait guère du secrétariat, mais gérât le travail de l'atelier, le service à la clientèle, la prise des métrés chez les clients, préparait la matière en atelier et effectuait aussi la pose des vitres. Elle travaillait principalement debout mais devait pouvoir se mouvoir dans toutes les positions. Il fallait aussi monter et descendre des échelles et des échafaudages et il arrivait qu'elle doive porter des charges pouvant aller jusqu'à quarante kilos. Elle a précisé qu'elle ne connaissait rien du travail de secrétariat et qu'une secrétaire travaillait déjà dans l'entreprise. Elle ne pouvait rester longtemps assise ou longtemps debout et devait se coucher toutes les deux heures en raison de ses douleurs. Actuellement, elle ne pouvait assumer son travail dans la société.
15. Lors d'un entretien le 26 juillet 2004, la SUVA a proposé à l'assurée de lui verser une rente d'invalidité LAA de 30% dès le 1^{er} juillet 2004.

16. Par courrier du 28 juillet 2004, l'assurée a sollicité un délai de réflexion concernant la proposition de rente qui lui avait été faite.
17. Lors d'un entretien du 18 août 2004, l'assurée a sollicité des explications quant à la proposition de rente; en fin d'entretien, les parties ont convenu de rediscuter du cas.
18. Par courrier du 21 novembre 2004, la SUVA a informé son assurée qu'elle lui verserait une IPAI de 20%, répartie à raison de 5% pour le cas du 4 janvier 1998 et de 15% pour le cas du 3 janvier 2002.
19. Par décision du 3 janvier 2005, la SUVA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité LAA, basée sur un degré de 54%, calculée sur un gain annuel assuré de 106'800 fr. En effet, il ressortait du dossier que l'assurée était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir mettre à forte contribution son membre inférieur droit. Des activités telles celles d'ouvrière d'usine, de contrôle de produits manufacturés, de travaux d'emballage ou d'expédition, ne nécessitaient pas de mesures de recyclage particulières et lui permettraient de réaliser un salaire mensuel de 4'250 fr. Comparé au gain de 9'250 fr. qui serait réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 54,01%, lui ouvrant droit à une rente du même taux. S'agissant de l'IPAI, elle s'élevait à 20% et donnait droit à un montant de 20'880 fr.
20. Par courrier du 24 janvier 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision, concluant à l'octroi d'une rente transitoire prenant en compte son incapacité totale de travail et de gain, depuis le 1^{er} juillet 2004, jusqu'à droit connu sur la demande de prestations déposée auprès de l'assurance-invalidité. Elle a fait valoir qu'elle ressentait de vives douleurs, constatées par le Dr B _____, qui l'empêchaient de travailler. Par ailleurs, entre les rapports du Dr B _____ du 15 mai 2003 et du 20 janvier 2004, son état n'avait pas évolué et elle devait continuer à être considérée comme totalement incapable de travailler. L'assurée a relevé que les postes proposés par la SUVA nécessitaient de se maintenir pendant toute une journée de travail, soit debout, soit assis, sans possibilité de faire des pauses assez longues pour lui permettre de se coucher afin de diminuer et ses douleurs n'étaient dès lors pas compatibles avec son état de santé; ils constitueraient en outre un déclassement professionnel. Enfin, la rente transitoire devait être estimée avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation et devait prendre en compte l'activité qui pouvait être raisonnablement exigée de la part d'un assuré non encore réadapté.
21. Par décision du 24 mai 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée. Tout d'abord, d'un point de vue médical, les médecins de la Clinique romande de réadaptation avaient précisé ce qu'était un travail adapté pour l'assurée, soit un travail qui excluait le port de charges lourdes, l'usage d'échelles ou d'échafaudages ou la station debout ou assise prolongée. Selon le rapport du Dr B _____ du

20 janvier 2004, l'assurée pourrait avoir une activité complète tenant compte desdites limitations fonctionnelles. Dès lors, les postes proposés par la SUVA étaient compatibles avec son état de santé et la comparaison des revenus avant invalidité de 9'250 fr. et après invalidité de 4'250 fr. mettait en évidence une perte de gain de 54%, correspondant au taux de la rente provisoire à laquelle avait droit l'assurée.

22. Par courrier du 5 août 2005, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité transitoire basée sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1^{er} juillet 2004. Elle a fait valoir qu'elle remplissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité LAA transitoire dès lors qu'elle avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité mais qu'aucune décision n'avait été encore prise par cet office. Quant au taux de la rente, la recourante a allégué que la SUVA n'avait pas pris en compte les troubles dorsaux dont elle souffrait et qui étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. En effet, sans cet accident, ces troubles ne seraient pas tels qu'ils étaient actuellement, bien qu'étant préexistants, car ils étaient influencés défavorablement par sa boiterie, comme l'avait admis d'ailleurs le Dr B_____. De surcroît, selon ce médecin, les troubles dorsaux ne seraient pas à ce stade de leur évolution négative sans l'influence de l'accident subi. Ainsi, l'état actuel de ses lombaires était dû en même temps à ses troubles préexistants et à l'accident. Cependant, ces affections dorsales ne constituaient pas un motif de réduction de la rente selon l'art. 36 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), puisqu'il s'agissait d'éléments ne portant pas atteinte à la capacité de gain avant l'accident. Enfin, elle a repris l'argumentation de son opposition, faisant valoir que son état ne s'était pas amélioré entre les deux rapports du Dr B_____ dont les conclusions différaient et que dès lors elle ne présentait pas de capacité résiduelle de travail si ce n'est dans une activité de bureau qu'elle ne pouvait occuper sans mesure de réadaptation. Quant aux postes proposés par la SUVA, ils n'offraient pas la possibilité de faire des pauses assez longues et n'étaient donc pas adaptés à son état de santé. Dès lors, elle avait droit à l'octroi d'une rente transitoire d'un degré de 100%.
23. Dans sa réponse du 11 octobre 2005, l'intimée, concluant au rejet du recours, a fait valoir que le Dr B_____ avait noté, en mai 2003, avoir examiné la recourante qui souffrait encore de troubles du genou. A l'occasion de son examen final du 20 janvier 2004, ce médecin avait relevé qu'il n'y avait plus de signe d'algodystrophie floride. Ainsi, contrairement à ce que soutenait la recourante, son état de santé avait évolué favorablement. Par ailleurs, il était évident que l'activité de bureau visée par le Dr B_____ dans sa première appréciation devait être comprise comme donnant une indication sur les aptitudes physiques de la recourante et non pas sur ses aptitudes professionnelles. Enfin, s'agissant des troubles dégénératifs lombaires, la SUVA avait soumis le dossier au Dr C_____, chirurgien orthopédiste, qui s'était prononcé le 5 octobre 2005. Ce médecin avait constaté l'adéquation de la

capacité résiduelle telle que définie par le Dr B _____, mais pour tenir compte des problèmes dorsaux, avait rajouté quelques restrictions complémentaires. Cependant, selon le Dr C _____, les lombalgies n'étaient pas à prendre en charge de la SUVA car il n'existait pas de liens entre l'accident et les troubles lombaires. En outre, les études médicales écartaient l'hypothèse soutenue par la recourante et retenue par le Dr B _____, selon laquelle une boiterie pourrait aggraver des lombalgies. Enfin, l'intimée a en outre relevé que la recourante soutenait que les postes proposés par la SUVA étaient incompatibles avec son état de santé, mais n'apportait néanmoins aucun argument de nature à justifier cette incompatibilité.

24. Par courrier du 9 novembre 2005, la recourante a sollicité la traduction française du rapport du Dr C _____ du 5 octobre 2005, rédigé en allemand.
25. Par courrier du 29 novembre 2005, l'intimée a produit la traduction française dudit rapport.
26. Dans une réplique du 7 décembre 2005, la recourante a contesté le rapport du Dr C _____ au motif qu'il ne se fondait sur aucun examen et n'avait pas valeur probante. Au vu de la contradiction entre le Dr C _____ et le Dr B _____, seule une expertise indépendante permettrait au Tribunal de trancher la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles lombaires. Par ailleurs, elle a relevé que les postes de travail proposés par la SUVA étaient encore moins adaptés à son état de santé, au vu des nouvelles limitations établies par le Dr C _____. La recourante a en outre relevé que l'intimée ne pouvait soutenir qu'une activité de bureau exigeait les mêmes efforts physiques que les postes d'ouvrière proposés. Enfin, elle a persisté dans les conclusions de son recours et sollicité l'ordonnance d'une expertise portant sur les questions du lien de causalité entre l'accident et les troubles lombaires ainsi que du caractère adapté des postes de travail proposés.
27. Dans sa duplique du 3 janvier 2006, la SUVA a relevé que l'appréciation du Dr C _____ ne contenait aucune contradiction, bien qu'il ait précisé - malgré l'absence de lien de causalité - l'exigibilité des postes qui pourrait être attendue dans l'hypothèse où l'on tiendrait compte des troubles lombaires. Enfin, son rapport avait pleine valeur probante et rendait inutile une expertise judiciaire.
28. Par courrier du 30 janvier 2006, la recourante a fait valoir qu'une expertise judiciaire se justifiait, étant donné l'absence de valeur probante de l'avis du Dr C _____.
29. Par courrier du 13 octobre 2006, la recourante a transmis un projet d'acceptation de rente de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 9 octobre 2006, par lequel, il mettait la recourante au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 3 janvier 2003, basée sur un degré d'invalidité de 100%.

30. Par courrier du 27 octobre 2006, l'intimée a fait valoir que le principe de coordination entre assureurs sociaux supposait que les deux assureurs aient à répondre des mêmes troubles, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. Dès lors, l'octroi d'une rente entière d'invalidité en matière d'assurance-invalidité ne signifiait pas que l'assurance-accidents dut verser une rente du même taux.
31. Par ordonnance du 29 novembre 2006, le Tribunal de céans a demandé l'apport du dossier de l'assurance-invalidité à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.
32. Le dossier de l'assurance-invalidité a été reçu par le Tribunal de céans le 21 décembre 2006. Il en ressort que l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 3 janvier 2003 en raison d'un trouble affectif bipolaire de type II et d'un trouble obsessionnel-compulsif, forme mixte.
33. Par courrier du 16 janvier 2007, l'intimée a relevé que c'était une atteinte psychique qui justifiait l'incapacité totale de travail de la recourante, ouvrant droit à une rente d'invalidité. Or lesdits troubles étaient sans rapport de causalité avec l'accident qui était anodin - l'assurée avait posé le pied sur un objet (caillou ?) et était tombée de sa hauteur -. Dès lors, la SUVA a persisté à conclure au rejet du recours, maintenant que la rente de 54 % octroyée en raison des troubles du genou avait été établie sur la base d'une exigibilité appropriée - d'ailleurs admise par le service médical de l'assurance-invalidité - et de DPT compatibles avec elle. Ces DPT étaient au demeurant également adaptées aux limitations complémentaires dues aux troubles dorsaux, de sorte que même si ceux-ci devaient être rattachés à l'accident, ce qui était contesté - le taux de rente resterait inchangé.
34. Par courrier du 22 janvier 2007, le Tribunal de céans a octroyé à la recourante un délai au 16 février 2007 pour se déterminer quant au dossier de l'assurance-invalidité, auquel elle n'a pas donné suite.
35. Par courriers du 3 avril 2007, le Tribunal de céans a informé les parties de son intention d'ordonner une expertise neurochirurgicale pour déterminer la causalité et les éventuelles répercussions des troubles lombaires sur la capacité de travail de la recourante. Le nom de l'expert et les questions de la mission d'expertise ont été soumis aux parties avec un délai au 27 avril pour se déterminer.
36. Par courrier du 17 avril 2004, la SUVA a suggéré que la recourante soit expertisée par un médecin spécialiste en orthopédie.
37. Par courrier du 18 avril 2007, le Tribunal de céans lui a répondu que l'expert aurait à se prononcer plus particulièrement sur la problématique des hernies de l'assurée et que dès lors un neurochirurgien était le plus habilité à le faire.

38. Par courrier du 25 avril 2007, la recourante a soumis au Tribunal de céans certaines questions qu'elles désirait voir poser à l'expert et qui seront reprises dans la mesure de leur pertinence.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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) qui sont relatives à .

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 janvier 2002, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 24 mai 2005 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 depuis le 1^{er} janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).
4. a) Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante peuvent ouvrir droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de plus de 54%.
- b) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident 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). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement 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*, ch. 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 n° U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

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, FRESARD, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, p. 16).

7. 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

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).

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. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

5. En l'occurrence, la recourante allègue d'une part que ses douleurs lombaires sont en lien de causalité avec l'accident de janvier 2002 car elles ont été aggravées par sa boiterie - découlant de l'accident - et d'autre part qu'elles ne lui permettent pas d'effectuer les activités décrites par le Dr B_____. La SUVA quant à elle estime que les troubles lombaires ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident et que de surcroît les activités proposées sont adaptées non seulement aux atteintes au genou mais également aux troubles lombaire, se référant à l'avis du Dr C_____.

Il convient tout d'abord de constater que la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante par l'assurance-invalidité ne concerne en rien ses atteintes au genou ou au dos. En effet, la rente d'invalidité a été accordée sur la base de troubles psychiques n'ayant aucun lien avec l'accident, puisqu'il s'agit de troubles obsessionnels compulsifs et de troubles bipolaires, connus de longue date.

Cela dit, il y a lieu de relever que dans son rapport final du 20 janvier 2004, le Dr B_____ a estimé que les troubles dégénératifs au niveau lombaire, bien que préexistants étaient influencés défavorablement par la boiterie de jambe droite. Aucun diagnostic s'agissant de ces atteintes lombaires n'a été posé et l'on ignore si celles-ci se trouvent dans un rapport de causalité avec l'accident et quels sont leurs incidences sur la capacité de travail de la recourante. À cet égard, l'avis du Dr Ludwig qui n'a pas examiné la recourante mais s'est prononcé sur dossier n'a pas la valeur probante requise par la jurisprudence. Ainsi, en tout état, il semble que le Dr B_____ n'écarte pas d'emblée un lien de causalité entre ces troubles et la boiterie, découlant de l'accident. Or, en cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations existe jusqu'au moment où l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement 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). Le Tribunal de céans ne peut ainsi que constater que la présente cause n'est pas en état d'être jugée à défaut de renseignements sur les troubles lombaires présentés par la recourante (à savoir à défaut notamment de diagnostics précis s'agissant de ses atteintes au dos,

de renseignements sur la causalité naturelle desdits troubles avec l'accident, ainsi que de précisions sur le statu quo sine). Il se justifie donc de commettre un expert a qui devra déterminer si les troubles lombaires préexistants ont été aggravés par l'accident, à savoir par la boiterie notamment, et si, le cas échéant, ils ont une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. L'expert devra également établir, en cas de causalité naturelle, si des activités sont adaptées aux problèmes de dos et de genou de la recourante, et dans l'affirmative lesquelles et dans quelle proportion.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr D _____, neurochirurgien.
Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante.
 - c. Examiner la recourante.
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelles sont les plaintes de la recourante s'agissant de ses atteintes au dos ?
 - g. Quelles sont les atteintes à la santé somatiques dont souffre la recourante (diagnostic précis quant aux atteintes au genou et au dos) ?
 - h. Depuis quand existe-t-il des troubles lombaires ? Y a-t-il eu une aggravation de ces troubles et si oui depuis quelle date ?
 - i. Existe-il un lien de causalité naturelle entre l'aggravation des atteintes du dos constatée et l'accident dont a été victime la recourante le 3 janvier 2002 ?

Si oui, pour quelles raisons ? Ce lien de causalité est-il probable ou seulement possible ? En d'autres termes, considérez-vous que ce lien de causalité existe avec un degré de vraisemblance prépondérante et que les troubles lombaires ont été avec un degré de vraisemblance prépondérante aggravés par l'accident du 3 janvier 2002 ?

Si non, pour quelles raisons et, le cas échéant, depuis quelle date le statu quo sine a-t-il été atteint ?

En cas de causalité naturelle au moins probable entre l'accident et l'aggravation des atteintes aux dos, répondre aux questions suivantes :

- j. Quelles sont les répercussions de ces atteintes au dos sur la capacité de travail de la recourante ?
 - k. Existe-il une capacité de travail si l'on tient compte de l'ensemble des atteintes (genou et dos) ? Si non dire pour quelles raisons.
 - l. Si oui, quelles sont les limitations fonctionnelles liées aux troubles du genou et liées aux troubles du dos ?
 - m. Si oui, quelles sont les activités adaptées à l'ensemble des troubles physiques de la recourante et à quel taux ?
 - n. Quelles mesures thérapeutiques sont nécessaires en raison des atteintes au dos ?
 - o. Tous les traitements ont-ils été tentés s'agissant des troubles dorsaux ?
 - p. Faire toute autre remarque utile.
3. Invite l'expert à déposer son rapport en deux exemplaires au greffe du Tribunal de céans d'ici au 31 août 2007.
4. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente :

Janine BOFFI

Karine STECK

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