

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2776/2005

ATAS/729/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 1^{er} juillet 2010

En la cause

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

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY-
ORSAT-ORSAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame I _____, née en juin 1961, travaillait dans l'entreprise familiale J _____-I _____ SA et était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).
2. En date du 3 janvier 2002, l'assurée a chuté alors qu'elle marchait, ce qui a occasionné une torsion de son genou droit.
3. Par décision du 3 janvier 2005, la SUVA lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% et à une rente correspondant à un degré d'invalidité de 54% dès le 1er juillet 2004.
4. Le 24 janvier 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision en concluant à l'octroi d'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 100%.
5. Par décision du 24 mai 2005, la SUVA a confirmé celle du 3 janvier 2005.
6. Par écriture du 5 août 2005, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2004. Elle reprochait à la SUVA de n'avoir pas tenu compte des troubles dorsaux préexistant à l'accident mais influencés défavorablement par la boiterie consécutive à l'accident.
7. Le 7 mai 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr L _____, neurologue, afin qu'il établisse notamment s'il existait un lien de causalité naturelle entre l'aggravation des atteintes dorsales de la recourante et l'accident du 3 janvier 2002 et qu'il se prononce sur la capacité de travail de l'intéressée.
8. Dans son rapport d'expertise du 8 novembre 2007, le Dr L _____ a conclu qu'il était possible que la progression naturelle de l'atteinte dégénérative lombaire soit accélérée en raison de la défaillance de la stabilisation musculaire. Il a ajouté que l'on pouvait ainsi suspecter une influence défavorable des problèmes du genou sur la pathologie lombaire pendant la période antérieure à 2002. Il en a tiré la conclusion que l'existence d'un lien de causalité était dès lors probable.
9. Le 29 mai 2008, le Tribunal de céans a rendu un arrêt (ATAS/652/2008), aux termes duquel il a estimé que le rapport de l'expert ne suffisait pas à prouver au degré de vraisemblance prépondérante requis qu'il existait un lien de causalité probable entre les problèmes rencontrés par la recourante au niveau de son genou et les altérations dégénératives marquées de son rachis. Dès lors, le Tribunal a jugé que la SUVA n'avait pas à prendre en charge l'incapacité de travail consécutive aux troubles dorsaux de la recourante, dont il a estimé le degré d'invalidité à 64,27% après comparaison des revenus avant et après invalidité.

10. Le 1er juillet 2008, la SUVA a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral (ci-après le TF).
11. Par courrier du 4 juillet 2008, l'assurée a fait de même.
12. Le TF a rendu son arrêt en date du 4 mars 2009. Il a partiellement admis les recours et renvoyé la cause au Tribunal de céans afin que ce dernier mette en œuvre une sur-expertise judiciaire ayant pour objectif d'établir s'il existait un lien de causalité naturelle entre l'atteinte au dos et celle du genou, en déterminant notamment à partir de quel moment les troubles lombaires se seraient aggravés, la nature et l'importance du handicap de l'assurée du à son genou droit dans la période précédant et suivant l'accident du 3 janvier 2002, ainsi que l'incapacité de travail. Pour le surplus, le TF a considéré que le revenu avant invalidité devait être fixé à 111'065 fr. (cf. 8C_543/2008; 8C_568/2008).
13. En conséquence, le Tribunal de céans a ordonné une nouvelle expertise qu'il a confiée au Dr M_____, rhumatologue.
14. Ce dernier a rendu son rapport en janvier 2010, sur la base de deux examens de la recourante (pratiqués en dates des 4 et 16 septembre 2009) et du dossier.

L'expert a retenu au titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée : des gonalgies droites chroniques sur chondropathie rotulienne de grade III et instabilité chronique sur rupture du LCA, un status après révision du LCA droit en 1984, après menissectomie interne droite en 1986, après entorse du genou droit en 1988, après plastie du LCA en 2002, un status après résection d'une bride et évacuation d'un hématome au niveau du genou droit en juin 2002, un status après algoneurodystrophie du genou droit en 2002, des lombalgies chroniques sur séquelle d'une maladie de Scheuermann, une discarthrose sévère L5-S1 de degré I, une hernie discale L5-S1 et des troubles bipolaires.

Il a relaté que l'assurée se plaignait de douleurs quotidiennes au niveau du genou droit, d'un sentiment d'instabilité, d'une impossibilité de fléchir le genou et de se mettre à genoux et d'une difficulté pour monter ou descendre. Elle disait avoir également constaté une augmentation de ses douleurs lombaires, présentes depuis un lumbago survenu en 1999. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) à laquelle elle avait alors été soumise avait montré une instabilité de L5-S1 avec listésis de grade I, une petite hernie L5-S1 et des séquelles d'une maladie de Scheuermann. Ces lombalgies n'avaient pas de conséquence dans sa vie de tous les jours. La recourante portait parfois un corset Bob, surtout lors d'une activité physique fatigante. Deux à trois mois après l'accident survenu en janvier 2002, les lombalgies avaient fortement augmenté. Cette aggravation semblait correspondre à la péjoration des douleurs au niveau du genou droit suite à la présence d'une bride, d'un hématome intra-articulaire et d'une algoneurodystrophie. L'assurée se déplaçait en boitant. Selon elle, les lombalgies n'ont ensuite plus disparu, se manifestant quoti-

diennement et s'aggravant à la moindre activité physique de sorte qu'elle ne pouvait plus s'occuper de son ménage.

Selon l'expert, le début de l'aggravation des lombalgies est difficile à préciser. Il relève que l'entretien du 29 juillet 2002 entre l'assurée et un collaborateur de la SU-VA ne fait pas mention d'une aggravation à ce niveau mais que les lombalgies ont ensuite été mentionnées par le Dr N_____ dans son rapport du 23 octobre 2002. Les investigations faites pour pouvoir poser le diagnostic d'algodystrophie ont permis de mettre en évidence une hypercaptation au niveau L5-S1. Une IRM lombaire pratiquée en 2003 a montré une péjoration de la discopathie L5-S1. L'expert a constaté que l'histoire clinique, l'anamnèse et la lecture des examens radiologiques démontraient une péjoration des lombalgies, principalement une aggravation de la discarthrose entre L5-S1 après l'accident du 3 janvier 2002. L'instabilité (hystésis de grade I entre L5 et S1) ne s'était pas modifiée. Cependant, pendant au moins 3 mois, la recourante n'avait plus réussi à plier son genou et elle devait, pour pouvoir faire une flexion, appuyer fortement sur la rotule. Ce problème avait entraîné une boiterie. Elle avait dû être opérée et, par la suite, avait développé une algoneurodystrophie qui avait également péjoré la marche en provoquant une limitation de la flexion du genou droit. Cette péjoration des lombalgies avait été confirmée par une scintigraphie osseuse qui avait mis en évidence une hypercaptation au niveau L5-S1 ; des radiographies avaient montré une péjoration du pincement du disque L5-S1 et une IRM lombaire en 2003 avait démontré une discarthrose sévère L5-S1. Par la suite, l'évolution avait été favorable, avec la guérison de l'algoneurodystrophie. La scintigraphie du 4 juin 2003 était dans la norme. L'hypercaptation au niveau L5-S1 avait disparu.

L'expert a conclu à une péjoration temporaire des lombalgies suite à l'accident, du 3 janvier 2002 jusqu'au 4 juin 2003, date à laquelle, selon lui, le statu quo sine a été atteint. L'expert a relevé que l'examen clinique qu'il avait pratiqué n'avait mis en évidence aucune pathologie rhumatologique lombaire. L'examen neurologique était dans la norme, ce qui permettait d'écarter un syndrome radiculaire lié à l'hernie L5-S1. Or, si la situation au niveau lombaire avait continué à se péjorer après juin 2003, une aggravation de l'instabilité lombaire et de l'arthrose auraient été mises en évidence, ce qui n'était pas le cas.

L'expert a conclu à une totale incapacité de travail dans le métier de vitrier. En revanche, il a estimé que, dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni port de charges, ni déplacements, ni montée ou descente, ni fléchissement des genoux ou agenouillement, ni mouvements de flexion de rotation ou d'inclinaison du rachis et permettant d'alterner les positions toutes les 30 minutes, la capacité de travail de l'assurée, sur un plan rhumatologique, s'élevait à 50%. L'expert a toutefois souligné que l'assurée souffrait par ailleurs d'une importante atteinte à la santé psychique (elle est suivie pour un trouble bipolaire et doit se soumettre à un lourd traitement), laquelle a certainement également des conséquences sur sa capacité de travail. Il a

ajouté qu'il est aussi probable que cette pathologie ait une influence sur la gestion de la douleur et entraîne une diminution du seuil de tolérance à celle-ci.

Il a estimé que, pour l'heure, seule une prise en charge physique pour renforcer la musculature dorsale lombaire et la sangle abdominale était nécessaire.

En l'absence de traumatisme direct sur le rachis, l'expert a émis l'avis qu'on ne pouvait conclure à un lien de causalité probable entre l'accident de 2002 et l'aggravation des lombalgies. Les examens n'avaient en effet démontré qu'une péjoration limitée dans le temps avec un retour au statu quo sine en juin 2003. Il n'existait pas de données fiables dans la littérature entre l'augmentation d'une boiterie et une aggravation de lombalgies. Sur ce point, il partageait l'avis du Dr O_____.

15. Dans sa détermination du 18 janvier 2010, la SUVA, concluant au rejet du recours, a retenu que l'expert avait conclu à une péjoration temporaire du 3 janvier 2002 au 4 juin 2003, date du retour au statu quo sine et que, selon lui, le lien de causalité avec l'accident était seulement possible.

L'intimée en tire la conclusion que, puisque la rente d'invalidité a pris naissance le 1er juillet 2004, elle n'avait pas à prendre en compte les troubles lombaires pour en déterminer le taux.

L'intimée relève par ailleurs que l'expert a estimé la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée en procédant à une évaluation globale, sans distinguer les conséquences relatives au genou de celles relatives au dos. Or, les médecins de la SUVA, qui s'en étaient tenus aux seuls troubles du genou, avaient conclu à une pleine capacité dans une activité adaptée. Le Dr L_____ avait estimé quant à lui que les problèmes dorsaux entraînaient à eux seuls une incapacité de travail de 50%.

L'intimée souligne que les limitations physiques induites par les séquelles au genou retenues par l'expert sont parfaitement superposables à celles retenues par le Dr N_____ en janvier 2004 et s'étonne dès lors de la divergence existant entre les conclusions des Drs M_____ et N_____ quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'intimée rappelle que le TF a fixé le revenu avant invalidité à 111'065 fr. Elle soutient que, sur la base de 6 descriptions de postes de travail (DPT) compatibles avec les limitations physiques de l'assurée, le revenu d'invalidité doit quant à lui être évalué à 51'915 fr., ce qui conduit à un degré d'invalidité de 53,26%, arrondi à 53%.

L'intimée ajoute que si l'on se base sur les données issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), en retenant un niveau de qualification 3 - et non un niveau de qualification 4 - pour tenir compte du fait que l'assurée conserve des com-

pétences administratives, techniques et commerciales et parle deux langues nationales, ce qui lui permet d'assumer des responsabilités, on obtient un revenu d'invalidé de 51'660 fr. 96 et ce, après avoir encore appliqué une réduction supplémentaire de 15%.

Pour le cas où le Tribunal devrait néanmoins retenir un niveau de qualification 4, l'intimée demande qu'il soit alors procédé à une adaptation vers le haut (de 34 %) du revenu d'invalidé obtenu, pour tenir compte de ce que le revenu avant invalidité était sensiblement supérieur aux valeurs statistiques usuelles du secteur concerné, d'autant plus que la recourante n'était au bénéfice que d'un CFC de pâtissier-confiseur. En effet, les données pour les niveaux de qualification 1 et 2 auxquelles l'on peut se référer pour déterminer le salaire avant invalidité (notamment construction) conduisent à un revenu mensuel moyen de 6'620 fr., inférieur de 34,43% à celui effectivement réalisé par l'assurée dans l'entreprise familiale. Un tel calcul conduit également à un degré d'invalidité de 53%.

16. Dans ses observations du 4 février 2010, la recourante quant à elle constaté que le Dr M_____ rejoignait l'avis du Dr O_____ quant à la date du statu quo sine.

Elle relève que l'expert a toutefois conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en raison de la seule atteinte au genou, rejoignant en cela l'avis du Dr L_____.

La recourante a indiqué qu'elle n'entendait pas contester l'appréciation du Dr M_____ au sujet de la péjoration passagère de la problématique dorsale.

17. Interpellé par le Tribunal de céans, le Dr M_____, par courrier du 13 avril 2010, a répondu que, si l'on ne tenait compte que de l'atteinte au genou, il fallait considérer la capacité de travail de la recourante comme entière dans une activité adaptée.
18. Par écriture du 19 mai 2010, l'intimée a persisté dans ses conclusions après avoir relevé que l'opinion du Dr M_____ sur ce point était partagée par les Drs N_____ et O_____.
19. Quant à la recourante, elle s'est exprimée en date du 25 mai 2010. Selon elle, la réponse du Dr M_____ à la question n°8 de l'expertise était claire et en répondant tel qu'il l'a fait en date du 13 avril 2010, il aurait ainsi changé d'opinion sans motiver ce revirement. En conséquence de quoi, la recourante a également persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Les questions de compétence et de recevabilité ayant d'ores et déjà été examinées dans l'arrêt rendu en date du 29 mai 2008, il est inutile d'y revenir.
2. Il est rappelé que, 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 que 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).

En l'espèce, 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3), étant précisé que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité telles qu'elles se décrivaient sous l'empire de l'ancienne LAA et que la jurisprudence du TFA y relative est donc toujours d'actualité.

Par ailleurs, 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. 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% dès le 1^{er} juillet 2004.

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2, 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

En l'occurrence, cependant, l'assurance-invalidité a octroyé à la recourante une rente entière, basée sur une affection psychiatrique sans lien de causalité avec l'accident de janvier 2002.

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

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

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du

contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

Selon 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 LPGA), 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, 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).

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).

4. En l'occurrence, il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr M_____, auquel a été confié le soin de procéder à une sur-expertise judiciaire.

L'expert a rencontré l'expertisée à deux reprises ; il a examiné l'ensemble des pièces médicales et administratives du dossier (cf. rappel et résumés des dites pièces; analyse du dossier), s'est livré à une anamnèse détaillée (données subjectives et données personnelles et familiales), a tenu compte des plaintes de la recourante, a posé un status somatique et rhumatologique (données objectives), et a pratiqué des examens complémentaires ; il a établi des diagnostics clairs (avec et sans répercussion

sur la capacité de travail) et a procédé à une synthèse et discussion ; il a répondu de façon claire et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées dans l'ordonnance d'expertise ; ses conclusions sont motivées, dépourvues de contradiction et convaincantes. Il convient ainsi, au vu de ce qui précède, de constater que cette expertise et son complément ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. A cet égard, on relèvera que, contrairement à ce que soutient la recourante, la réponse apportée dans un premier temps par l'expert à la question n°8 du mandat d'expertise n'était pas aussi claire qu'il y paraît puisque l'expert se référerait en effet expressément à la discussion menée à partir de la page 20 de son rapport, laquelle n'évoquait pas seulement les problèmes de genou. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le Tribunal de céans a jugé bon de l'interpeller particulièrement sur ce point. La réponse apportée par l'expert en date du 13 avril 2010 est en revanche dépourvue de toute ambiguïté.

Il ressort de l'expertise les éléments suivants. Les diagnostics retenus au titre d'atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée consistent en substance en des gonalgies droites et en des lombalgies chroniques sur séquelle d'une maladie de Scheuermann. Ont été mises en évidence une discarthrose sévère L5-S1 de degré I et une hernie discale L5-S1. S'y ajoutent des troubles bipolaires.

L'expertisée se plaint de douleurs quotidiennes au niveau du genou droit, d'un sentiment d'instabilité, d'une impossibilité de fléchir le genou et de s'agenouiller et d'une difficulté pour monter ou descendre. Elle se déplace en boitant. Selon elle, les lombalgies sont quotidiennes et s'aggravent dès qu'elle entreprend une activité physique.

Selon l'expert, l'histoire clinique, l'anamnèse et la lecture des examens radiologiques démontrent une péjoration des lombalgies, principalement une aggravation de la discarthrose entre L5-S1 après l'accident du 3 janvier 2002. Pendant au moins 3 mois, la recourante n'a plus réussi à plier le genou et devait, pour réussir à le fléchir, appuyer fortement sur la rotule. Ce problème a entraîné une boiterie. La recourante a dû être opérée et a par la suite développé une algoneurodystrophie qui a également péjoré la marche en limitant la flexion du genou droit. Cette péjoration des lombalgies a été confirmée par une scintigraphie osseuse, des radiographies et une IRM lombaire. Par la suite, l'évolution a été favorable puisque l'algoneurodystrophie a guéri que qu'une scintigraphie pratiquée le 4 juin 2003 s'est révélée dans la norme.

Sur la base de ces éléments, l'expert a conclu à une péjoration des lombalgies limitée dans le temps à la période du 3 janvier au 4 juin 2003, date à laquelle il a estimé que le statu quo sine avait été atteint. L'examen clinique auquel s'est livré l'expert n'a pas montré de pathologie rhumatologique lombaire et l'examen neurologique s'est révélé dans la norme, alors que si la situation au niveau lombaire avait continué à se péjorer après juin 2003, une aggravation de l'instabilité lombaire et de l'ar-

throse aurait dû être mise en évidence. Tel n'a pas été le cas, raison pour laquelle, en l'absence de traumatisme direct sur le rachis, l'expert n'a pas retenu de lien de causalité probable entre l'accident de 2002 et l'aggravation des lombalgies.

Les conclusions de l'expert apparaissent convaincantes de sorte qu'il y a lieu de suivre ses conclusions selon lesquelles l'aggravation des lombalgies en relation avec l'accident n'a été que passagère et limitée dans le temps au mois de juin 2003. Au-delà, la recourante n'a certes plus été capable d'exercer son activité de vitrier mais aurait pu en revanche exercer à plein temps une activité adaptée à son état, telle que décrite par l'expert.

Le droit à la rente de l'assurance-accidents ne s'étant ouvert qu'au mois de juillet 2004, l'intimée n'avait donc effectivement pas à tenir compte des lombalgies dans son calcul du degré d'invalidité. Il convient à présent de vérifier la comparaison des revenus avant et après invalidité.

5. Selon l'art. 18 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 18 LAA).

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

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

La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATFA non publié du 28 décembre 2004, I 290/04 et les références). La seule circonstance qu'un assuré disposerait de meilleures possibilités de gain que celles qu'il met en valeur et qui lui permettent d'obtenir un revenu modeste ne justifie pas encore que l'on s'écarte du gain qu'il perçoit effectivement (ATFA non publié du 14 octobre 2002, I 777/01). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral admet cependant que des circonstances justifient de s'écarter du revenu effectif de l'assuré lorsqu'il ressort de la situation dans son ensemble que celui-ci, sans invalidité, ne se contenterait pas durablement d'une telle rémunération.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

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

Aux termes de l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né. En vertu de l'art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

6. En l'espèce, l'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2004, puisque le droit à la rente débute le 1er juillet de cette année-là.

Le revenu sans invalidité ayant d'ores et déjà été déterminé par le Tribunal fédéral, il y a lieu de s'y tenir et de considérer qu'il s'élève donc à 111'065 fr.

Quant au revenu après invalidité, l'intimée soutient qu'il doit être déterminé sur la base de 6 descriptions de postes de travail compatibles avec les limitations physiques de la recourante, ce qui conduit à un montant annuel de 51'915 fr. et à un de-

gré d'invalidité de 53%. L'intimée souligne qu'on arrive à un degré d'invalidité similaire en se basant sur les données issues de l'ESS pour une activité correspondant à un niveau de qualification 3 et après une réduction supplémentaire de 15 % (ce qui conduit à un revenu d'invalidé de 51'660 fr. 95). Elle ajoute qu'on arrive au même résultat en retenant un degré de qualification moindre mais en procédant alors à une adaptation vers le haut (de 34 %) du revenu d'invalidé obtenu pour tenir compte de ce que le revenu obtenu par la recourante avant l'atteinte était sensiblement supérieur aux valeurs statistiques usuelles du secteur concerné.

Quant à la recourante, elle soutient que les 6 postes proposés par la SUVA ne sont pas adaptés à ses limitations fonctionnelles et se réfère donc aux salaires issus des statistiques, en retenant un niveau de qualification 4 (activités simples et répétitives).

Le Tribunal de céans constate que, contrairement à ce que soutient la recourante, les 6 postes de travail proposés par l'intimée respectent les limitations fonctionnelles énoncées par l'expert (cf. description précise pour chaque poste des exigences du point de vue physique) et ne requièrent par ailleurs aucune formation particulière, à l'exception du poste d'ouvrier régleur, serveur aux presses, qui nécessite un apprentissage ou le suivi d'une école professionnelle, mais qui conviendrait néanmoins, étant rappelé que l'assurée est au bénéfice d'un CFC. Le revenu annuel moyen obtenu sur la base des 6 postes proposés par l'intimée s'élevant à 51'915 fr., c'est ce montant qui sera retenu par le Tribunal de céans pour la comparaison des revenus, d'autant qu'il ne diffère pas sensiblement de celui issu des statistiques.

La recourante, en tant que directrice d'une entreprise familiale, bien que n'étant pas chargée de tâches administratives pointues, percevait un revenu annuel supérieur au revenu moyen d'un vitrier salarié. Cette différence s'explique certes en partie par le fait que l'assurée s'était vu confier certaines tâches de responsabilité, mais également par le fait qu'elle travaillait dans une entreprise familiale. Il convient cependant de s'en tenir, pour la comparaison des revenus, à l'intégralité du revenu obtenu avant invalidité, ce que le Tribunal fédéral a confirmé. En effet, le revenu après invalidité doit se calculer d'après les tâches que la recourante peut effectuer en tenant compte des limitations fonctionnelles consécutives à l'état de son genou (les seules dont l'assurance-accidents doit répondre, cf. supra). La jurisprudence fédérale ne permet pas une adaptation du salaire après invalidité au motif que le salaire avant invalidité était supérieur à celui réalisé en moyenne dans la même profession. La jurisprudence citée par l'intimée (ATF 129 V 122), relative à un travailleur saisonnier, ne s'applique pas au cas d'espèce.

Ainsi faut-il, pour déterminer le salaire après invalidité, se baser sur le tableau TA1 de l'ESS 2004, qui indique, pour les femmes exerçant des activités de niveau 3, un revenu mensuel de 4'870 fr. En effet, et contrairement à ce que soutient la recourante, il y a lieu en l'espèce de se référer au niveau de qualification 3, lequel corres-

pond à des connaissances professionnelles spécialisées, puisque l'activité de directrice d'une entreprise de pose de vitres précédemment exercée par la recourante comportait des responsabilités et requérait des compétences en matière d'organisation et de gestion de la clientèle, notamment.

Au vu de ce qui précède, il convient de prendre en considération un salaire mensuel après invalidité de 4'870 fr., soit de 58'440 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures en 2004; cf. La Vie économique tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 60'777 fr. 60. Compte tenu des limitations dont souffre la recourante, un abattement de 15% se justifie selon la jurisprudence fédérale, ce qui porte le revenu après invalidité à 51'660 fr. 95.

Si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ([111'065 fr. – 51'660 fr. 95] x 100 / 111'065 fr.), l'on obtient un degré d'invalidité de 53,48 %, devant être arrondi à 53 % (ATF 130 V 121), similaire à celui obtenu en comparant le revenu avant invalidité au revenu moyen obtenu selon les DPT proposées par l'intimée (53,25%).

La SUVA avait, dans sa décision initiale, fixé la rente d'invalidité à 54 %. Le Tribunal de céans, renoncera cependant, comme il en a la faculté, à une reformatio in pejus (cf. ATF 119 V249) et confirmera par conséquent la décision litigieuse.

La recourante a ainsi droit à une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 54 % dès le 1^{er} juillet 2004.

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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

Statuant

Au fond :

1. Le rejette.
2. Constate que la recourante a droit à une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 54 % dès le 1^{er} juillet 2004.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

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