RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3127/2021 **ATAS/1048/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er décembre 2022

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Zoltan SZALAI	recourante
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née le _____ 1963, est de nationalité suisse et réside à Genève depuis le 20 octobre 1995. Elle est mariée et mère de trois enfants nés en 1984, 1987 et 1988.

b. En parallèle des indemnités de chômage qu'elle percevait depuis le 1er juillet 2010, l'assurée a en dernier lieu travaillé 2 heures 30 par jour à Genève en tant qu'agente d'entretien pour la société B_____, sise _____ à Zurich. Cet emploi a pris fin au 30 juin 2015.

B. **a.** Le 13 décembre 2010, l'assurée a trébuché sur son sac à main et est tombée sur son genou droit, ce qui a engendré une fracture de sa rotule droite et une incapacité totale de travail. Elle n'a plus travaillé depuis cette date.

b. Le 18 décembre 2012, une ostéosynthèse par haubanage et embrochage a été réalisée au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

c. Par décision datée du 28 janvier 2011, la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) a octroyé à l'assurée des indemnités journalières d'un montant quotidien de CHF 4.35 depuis le 16 décembre 2010.

d. Dans un rapport du 21 août 2012, les docteurs C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et D_____, médecin-assistant, exerçant tous deux au sein de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA à Sion (ci-après : la CRR) ont retenu une incapacité de travail complète de l'assurée du 17 juillet au 9 août 2012, tout en notant qu'une reprise de l'ancienne activité d'agente d'entretien semblait « difficile ». Ces médecins ont en revanche retenu que l'intéressée serait dans le futur capable de travailler sans perte de rendement dans une activité ne comportant que des ports de charges légères, voire rarement moyennes, et sans position contraignante pour les genoux.

e. Le 20 septembre 2012, l'assurée a chuté en sortant de sa baignoire, ce qui a engendré une fracture de son poignet gauche.

f. Le 25 septembre 2012, une opération d'ostéosynthèse sur l'extrémité inférieure du radius gauche de l'assurée a été entreprise aux HUG.

g. Dans un rapport du 5 décembre 2012, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en anesthésiologie ainsi qu'en parmacologie et toxicologie cliniques, a relevé que l'assurée souffrait potentiellement de gonalgies (douleurs aux genoux) chroniques avec une possible composante neurogène. Elle a précisé que des examens complémentaires étaient prévus.

h. Dans un rapport médical intermédiaire du 18 décembre 2012, le docteur F_____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a relevé qu'un pronostic quant à l'état de santé de celle-ci devait être établi par un colloque

interdisciplinaire aux HUG en janvier 2013. En l'état, elle était incapable de travailler pour une durée inconnue.

i. Le 20 août 2013, le matériel d'ostéosynthèse introduit le 25 septembre 2012 a été retiré lors d'une opération réalisée aux HUG.

j. Dans un rapport médical intermédiaire du 11 février 2014, le Dr F_____ a précisé que le traitement de l'assurée était toujours en cours, et ce pour une durée indéterminée.

k. Le 11 septembre 2015, une opération de dénervation du poignet gauche de l'assurée a été réalisée aux HUG. Celle-ci faisait suite à un diagnostic d'arthrose post-traumatique audit poignet.

l. Dans un avis du 27 février 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que la situation médicale était stabilisée eu égard au genou droit de l'assurée, mais pas en ce qui concernait son poignet gauche. Eu égard audit poignet, une arthrose était radiologiquement observable. La capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité d'agente d'entretien était nulle. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, un travail dans une activité sédentaire serait exigible, mais uniquement une fois l'état médical du membre supérieur gauche stabilisé.

m. Dans des rapports médicaux intermédiaires du 19 mai et 28 octobre 2017, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main travaillant aux HUG, a relevé que le pronostic de l'atteinte au poignet gauche de l'assurée était réservé. Celle-ci était incapable de travailler et la date de fin de son traitement n'était, en l'état, pas prévisible.

n. Dans un rapport médical intermédiaire du 30 octobre 2017, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu que, s'agissant du genou droit de l'assurée, le pronostic était réservé et que le traitement, soit les consultations de suivi et la physiothérapie occasionnelle, devrait être poursuivi jusqu'à sa mort.

o. Dans un avis du 10 avril 2018, le docteur J_____, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'état du poignet gauche de l'assurée était stabilisé avec présence d'une arthrose à la limite entre moyenne et grave. Il a précisé que si une chirurgie n'était pas programmée, il faudrait alors « décider de la stabilisation ». La capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité d'agente d'entretien était nulle. Même un travail sédentaire sans port de charges avec le bras gauche et sans déplacements réguliers apparaissait difficile au Dr J_____, en absence d'arthrodèse et d'usage permanent d'une canne.

p. Dans un rapport du 23 novembre 2018 adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), le Dr I_____ a relevé que la situation médicale du poignet gauche de l'assurée n'était pas encore stabilisée. La capacité de travail de l'intéressée était nulle dans toute activité au vu de ses limitations fonctionnelles qui impactaient aussi bien ses membres inférieurs que ses membres supérieurs et l'empêchaient notamment d'exercer une activité bimanuelle.

q. Dans un second avis du 9 décembre 2020, le Dr J_____ a retenu que l'atteinte au genou droit de l'assurée était médicalement stabilisée depuis le 27 février 2017. S'agissant de son poignet gauche, il constatait une régression objective de la mobilité depuis les avis du 27 février 2017 et du 10 avril 2018 mais l'évolution allait « vers une stabilisation ». Il retenait néanmoins une stabilisation de la situation qui impliquait que le port d'une attelle ou une arthrodèse ne changerait rien dans l'utilisation objective du poignet. Sur cette base, le Dr J_____ a considéré qu'une activité sédentaire légère sans port de charges tant du côté droit que du côté gauche avec manipulation uniquement de la main droite était exigible avec une capacité de travail de 100 % sans perte de rendement.

r. Dans un rapport complémentaire du 29 décembre 2020, le Dr I_____ a précisé qu'il considérait que la question de la capacité de gain de l'assurée était stabilisée et que les séances de physiothérapie avaient uniquement un but antalgique.

s. Dans un avis du 7 janvier 2021, le Dr J_____ a estimé que l'atteinte à l'intégrité subie par l'assurée s'élevait à 20 %.

t. Dans un rapport médical intermédiaire du 8 février 2021, le docteur K_____, spécialiste en médecine interne générale, a relevé que l'état de l'assurée était stationnaire et défavorable et que l'incapacité de travail de celle-ci était totale.

C. **a.** Par courrier daté du 26 février 2021, la SUVA a informé l'assurée qu'elle mettait fin immédiatement à la prise en charge de ses soins médicaux, sous réserve du paiement de paracétamol 1000 et de deux fois neuf séances de physiothérapie par année. Elle lui également annoncé qu'elle cesserait de lui verser des indemnités journalières au 30 juin 2021 et qu'elle allait rendre une décision sur ses autres prestations éventuelles, et notamment sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b. L'assurée s'est opposée à cette décision par courrier motivé daté du 18 mars 2021 en requérant la poursuite du versement des indemnités journalières.

c. Par décision datée du 22 juin 2021, la SUVA a rejeté le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, en considérant que le degré d'invalidité de celle-ci s'élevait à 3 %. Elle lui a en revanche octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 25'200.- (20 % : 10 % pour chacun de ses troubles à la santé).

d. Par courrier daté du 6 juillet 2021, l'assurée s'est opposée à cette décision en soulignant notamment qu'elle n'avait toujours pas reçu de réponse à son opposition du 18 mars 2021.

e. Par décision sur opposition datée du 10 août 2021, la SUVA a confirmé sa décision du 22 juin 2021 en précisant que le calcul du taux d'invalidité de l'intéressée était basé sur un salaire hypothétique de valide annuel de CHF 51'741.- et un salaire hypothétique d'invalide annuel de CHF 50'304.-, lequel tenait compte d'un abattement de 10 % fondé sur les limitations fonctionnelles de l'assurée.

D. **a.** Par mémoire du 14 septembre 2021, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition susmentionnée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) en concluant principalement à l'octroi en sa faveur d'une rente d'invalidité entière à partir du 1er juillet 2021 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la SUVA pour complément d'instruction. Elle a en outre requis qu'une expertise médicale judiciaire soit mise en œuvre.

b. L'intimée a répondu par mémoire du 13 octobre 2021 en concluant au rejet du recours.

c. La recourante a répliqué par courrier du 30 novembre 2021 en maintenant sa position.

d. L'intimée a dupliqué par courrier du 21 janvier 2022 en joignant à celui-ci un avis médical complémentaire du Dr J_____ daté du 12 janvier 2022.

e. Par décision d'instruction du 27 janvier 2022, confirmée le 2 mars 2022 après une contestation de l'intimée, la chambre de céans a requis de celle-ci qu'elle produise à la procédure les questions qu'elle avait posées au Dr J_____. L'intimée s'est exécutée en date du 14 mars 2022.

f. La recourante s'est déterminée sur ces questions par courrier du 28 avril 2022. En date du 2 mai 2022, ces observations ont été transmises à l'intimée et les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

g. Les autres faits seront exposés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt d'un recours est compétent pour connaitre de celui-ci.

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans le délai de recours de trente jours, suspendu du 15 juillet au 15 août 2021 (cf. art. 60 et 38 al. 4 LPGA), et dans les formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

3. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Les parties sont en particulier en désaccord en ce qui concerne la question de son degré d'invalidité.

En revanche, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité octroyé par l'intimée à l'intéressée n'a pas été contesté et ne fait partant pas l'objet de la présente procédure de recours.

3.1 Selon la recourante, c'est à tort que l'intimée a arrêté son taux d'invalidité à 3 % sur la base d'un revenu hypothétique d'invalide de CHF 50'304.- (abattement de 10 % inclus) en retenant une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Pour ce faire, l'intimée s'est en effet fondée uniquement sur des avis médicaux de son médecin-conseil qui sont d'une part contradictoires et, d'autre part, sont contredits par le rapport du Dr I_____, lequel retient que la recourante est incapable de travailler dans toute activité.

3.2 Selon l'intimée, les avis de son médecin-conseil ne sont pas contradictoires mais révèlent uniquement une évolution en lien notamment avec la perception subjective par la recourante de son atteinte au poignet gauche. De plus, le marché du travail équilibré comporte suffisamment d'emplois adaptés aux limitations fonctionnelles de la recourante pour lui permettre de compenser presque totalement son incapacité de travail totale dans son ancienne activité d'agente d'entretien sur le plan économique.

4. Pour rendre son jugement, le juge de droit social doit se baser sur les faits qui existent au moment de la décision contestée par-devant lui (ATF 143 V 295 consid. 4.1.4 ; ATF 142 V 337 consid. 3.2.2 ; ATF 139 V 88 consid. 4.2).

En l'espèce, ce principe a notamment pour conséquence que les éléments qui ressortent de la proposition de décision de l'OAI datée du 10 septembre 2021 ne peuvent être pris en compte que dans la mesure où ils se rapportent à la situation factuelle antérieure au 11 août 2021. Le dispositif de cette décision sort en particulier du cadre factuel de la présente procédure.

5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont notamment allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte soudaine et involontaire qui compromet la santé

physique ou psychique et dont la cause est extérieure et extraordinaire (« évènement accidentel »).

En présence de plusieurs accidents qui ont causé une invalidité chez un assuré, il faut procéder à une fixation d'ensemble de la rente d'invalidité (ATF 123 V 45 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 345/02 du 30 avril 2004 consid. 5.2 ; ATAS/665/2022 du 11 juillet 2022 consid. 10.4)

6. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence.

6.1

6.1.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

6.1.2 Selon l'art. 18 al. 2 LAA, le degré d'invalidité d'un assuré pertinent pour l'octroi d'une prestation par une assurance-accidents est déterminé par la méthode prévue à l'art. 16 LPGA, sous réserve des règles spéciales prévues aux art. 28 et 29 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré, le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu hypothétique de valide) 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 (revenu d'invalide) ; il faut ainsi diviser le revenu hypothétique de valide par le revenu d'invalide pour obtenir le taux/degré d'invalidité (ATF 148 V 174 consid. 6.1 ; ATF 143 V 295 consid. 2.1).

6.2 Selon l'art. 19 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 ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

La question de la fin des prestations provisoires et celle de l'octroi de la rente et/ou de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité constituent un tout juridique et doivent donc faire l'objet d'une décision unique de la part de l'assurance-accidents (ATF 144 V 354 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3). Les prestations de soins au sens de l'art. 10 LAA et les indemnités journalières sont des prestations temporaires au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 144 V 418 consid. 3.2 ; ATF 143 V 148 consid. 5.3.3 et 6.2).

La notion d'amélioration sensible de l'état de l'assuré ne fait pas, en tant que telle, référence à l'état médical d'un assuré, mais à l'influence de celui-ci sur sa capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 ; 8C_674/2019 du 3 décembre 2019 consid. 4.1). Autrement dit, il est nécessaire que l'état de santé de l'assuré puisse subir une modification notable et que celle-ci soit de nature à modifier sa capacité de travail en général, soit sa capacité de gain, pour considérer qu'un cas d'assurance n'est pas encore stabilisé, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. L'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective, c'est-à-dire à la lumière des circonstances connues au moment de la clôture potentielle du cas (arrêts du Tribunal fédéral 8C_604/2021 du 25 janvier 2022 consid. 5.2 ; 8C_44/2021 du 5 mars 2021 consid. 5.2 ; 8C_363/2020 du 29 septembre 2020 consid. 3.2).

7. Pour évaluer un droit à une prestation sociale dépendant de l'état médical d'un assuré, il faut pouvoir se fonder sur des opinions médicales probantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

7.1 Il n'existe pas de règles systématiques absolues en matière d'appréciation de rapports médicaux, le principe général restant l'appréciation libre de ceux-ci par le juge (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). Ainsi, la force probante d'un rapport d'expertise dépend en premier lieu du contenu de celui-ci, à savoir s'il est complet (au regard du/des trouble(s) médical(aux) potentiel(s) de l'assuré), s'il se base sur l'anamnèse, les « plaintes » de l'assuré et tous les autres éléments factuels disponibles, s'il est clair dans son appréciation de la situation médicale et si le ou les résultat(s) au(x)quel(s) il parvient est/sont motivé(s) (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).

7.2 Selon la jurisprudence fédérale, il est possible de distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaire sur la base de l'art. 61 let. c LPGA et du droit cantonal (*expertise judiciaire*), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (*expertise administrative*) et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui

sont subordonnés, ou réalisés par un médecin sur demande de l'assuré *(« expertise » de partie*).

S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur pertinence (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), en ce sens qu'un tel rapport médical peut avant tout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c). Lorsqu'une décision administrative sociale ne s'appuie que sur l'avis d'un médecin interne à l'assureur social et qu'il existe des doutes, même minimes, sur la pertinence de l'appréciation de ce médecin, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, soit de ne pas se contenter de se reposer sur cette opinion interne à l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_526/2021 du 3 octobre 2022 consid. 2.2 ; 8C_23/2022, 8C_51/2022 du 21 septembre 2022 consid. 4.2.2 ; 8C_251/2022 du 11 juillet 2022 consid. 3.2.2 ; 8C_347/2021 du 10 novembre 2021 consid. 4.4).

8. En l'occurrence, l'intimée a considéré que la recourante était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée. Il ne ressort cependant pas clairement de ses décisions si la date de stabilisation du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, et donc de clôture de celui-ci, est le 26 février (fin de la prise en charge des frais médicaux sauf exceptions selon courrier de l'intimée du 26 février 2022 auquel sa décision du 22 juin 2021 fait référence), le 22 juin 2021 (date de la décision sur la rente d'invalidité) ou le 30 juin 2021 (fin du paiement des indemnités journalières).

D'emblée, on doit constater que le procédé de l'intimée consistant à séparer la date de fin de la prise en charge des soins médicaux, celle du paiement des indemnités journalières et celle de la décision relative à la rente d'invalidité n'est pas conforme au droit. Cela ressort du reste clairement de la jurisprudence publiée applicable détaillée par l'intimée en p. 6 de sa décision sur opposition.

Une instruction de la chambre de céans sur ce point à des fins de clarification n'apparaît toutefois pas nécessaire car la cause doit de toute façon être renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire comme on le verra plus bas.

9. Pour retenir que la recourante était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée depuis une date indéterminée en 2021, l'intimée s'est fondée

exclusivement sur les avis de son médecin d'arrondissement. Il convient donc d'examiner la force probante de ceux-ci.

Dans son avis médical du 10 avril 2018, le Dr J_____ a considéré que l'état de santé de la recourante était stabilisé eu égard à son trouble à son poignet gauche. Si aucune chirurgie n'était programmée, il faudrait alors « décider de la stabilisation ». L'activité antérieure d'agente d'entretien n'était plus possible. Même, une activité adaptée dans un travail sédentaire sans port de charges avec le bras gauche et sans déplacements réguliers apparaissait difficile en l'absence d'arthrodèse et d'usage permanent d'une canne.

Dans son avis médical du 9 décembre 2020, le Dr J_____ a retenu que le trouble au genou droit de la recourante était stabilisé depuis le 27 février 2017 et que le trouble au poignet « droit » de celle-ci évoluait vers une stabilisation, bien qu'une régression objective de la mobilité dût être constatée depuis son examen réalisé le 4 avril 2018. La situation étant stabilisée, le port d'une attelle ou la réalisation d'une arthrodèse radio-carpienne n'aurait rien changé dans l'utilisation du poignet gauche. Sur cette base, le Dr J_____ a considéré qu'une activité sédentaire légère sans port de charges tant du côté droit que du côté gauche avec manipulation uniquement de la main droite était exigible avec une capacité de travail de 100 % sans perte de rendement. Le prénommé n'évaluait en revanche pas l'importance de l'atteinte à l'intégrité de l'intimée, faute de radiographie récente, nécessaire pour ce faire.

Comme le souligne à juste titre la recourante, les avis du Dr J_____ contiennent plusieurs contradictions.

En premier lieu, le Dr J_____ n'explique pas comment il a pu retenir le 10 avril 2018 que l'état médical était stabilisé, mais qu'il faudrait « décider de la stabilisation », puis retenir le 9 décembre 2020 que l'évolution allait « vers une stabilisation », malgré une régression objective du poignet gauche de la recourante, mais que la situation était stabilisée et qu'il pouvait ainsi se prononcer sur ses limitations fonctionnelles. Sur ce point, les deux avis médicaux du prénommé sont ainsi non seulement contradictoires entre eux, mais comportent également des incohérences internes. Dans ses explications complémentaires du 12 janvier 2022, le Dr J_____ affirme que son avis du 10 avril 2018 s'inscrivait dans une situation évolutive et qu'il n'a pas retenu que l'état médical de la recourante était définitif à cette date. Cette justification entre toutefois en contradiction avec la lettre de son avis du 10 avril 2018 selon laquelle : « On peut considérer aujourd'hui que l'état est stabilisé avec une arthrose de poignet objectivée radiologiquement à la limite de l'arthrose moyenne et de l'arthrose grave » (cf. pièce 6 recourante, p. 2).

Ensuite, le Dr J_____ semble indiquer dans son premier avis qu'une arthrodèse est nécessaire, d'avant d'affirmer le contraire dans son second avis car « la situation étant stabilisée, le port d'une attelle ou une arthrodèse radio-carpienne ne

changerait rien dans l'utilisation objective du poignet » (cf. pièce 9 recourante, p. 9). Le prénommé perd ici de vue que c'est l'état médical objectif d'un assuré qui permet d'établir si son état est stabilisé ou non. Or, il est difficile de comprendre comment l'état de la recourante peut être considéré comme suffisamment stabilisé pour fixer sa capacité de travail, respectivement de gain, alors même que la nécessité ou non d'une opération destinée à bloquer, en principe définitivement, une articulation reste en suspens. Dans ses explications complémentaires du 12 janvier 2022, le Dr J_____ précise qu'une arthrodèse n'a pas été réalisée, car la recourante semblait considérer subjectivement la mobilité de son poignet gauche comme acceptable bien qu'une arthrodèse permette une meilleure utilisation du poignet. Les éléments fondant une telle justification ne ressortent cependant en rien de l'avis du 9 décembre 2020. Ledit avis relevait du reste que l'intéressée « se comporte avec une attelle comme si elle avait une arthrodèse qui permet de soulager les problèmes douloureux » (cf. pièce 9 recourante, p. 8), ce qui laisse entendre que la recourante, loin de s'accommoder de son trouble au bras gauche, portait en permanence une attelle afin de soulager ses douleurs.

En troisième lieu, le Dr J_____ affirme dans son avis du 9 décembre 2020 qu'il n'est pas en mesure de statuer sur l'importance de l'atteinte à l'intégrité de la recourante car « là encore, nous ne disposons pas de radiographie récente » (cf. pièce 9 recourante, p. 9). Le prénommé semble donc conclure qu'il n'existe pas suffisamment de clarté sur l'état médical du poignet gauche de l'intéressée pour statuer sur l'atteinte à l'intégrité, en conformité avec la jurisprudence fédérale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_68/2021 du 6 mai 2021 consid. 4.4). Il n'explique en revanche pas comment il lui est possible de considérer que la situation est néanmoins stabilisée s'agissant des limitations fonctionnelles de l'intéressée liées à son trouble au poignet gauche en absence de radiographie récente, document qu'il semble pourtant considérer comme médicalement nécessaire. Or, une motivation détaillée aurait été nécessaire pour s'écarter du principe selon lequel le moment de la stabilisation est en principe le même s'agissant de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_68/2021 du 6 mai 2021 consid. 4.4).

Enfin, le Dr J_____ a retenu le 10 avril 2018 que l'exercice d'une activité adaptée par la recourante apparaissait « difficile », en tout cas en absence d'arthrodèse, avant de conclure le 9 décembre 2020 que l'état de santé de la recourante se dégradait mais qu'elle était capable de travailler à 100 % sans perte de rendement dans une activité adaptée et qu'une arthrodèse n'était pas nécessaire. Ces deux avis sont donc en discrépance sur la question essentielle de la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée, sans que ladite discrépance soit expliquée, ou même relevée par son auteur. Dans ses explications complémentaires, celui-ci précise que son second avis tenait compte des « évolutions favorables » de la situation de la recourante. Comme le souligne pertinemment celle-ci, cette affirmation non motivée est elle-même en

contradiction avec le contenu de son avis du 9 décembre 2020 qui fait état d'une régression objective de la mobilité du poignet gauche de l'intéressée.

Dans l'ensemble, les avis du Dr J_____ comportent ainsi de nombreuses incohérences et contradictions non motivées, au point d'en devenir incompréhensibles. Il faut en conséquence considérer qu'ils étaient d'emblée dénués de toute force probante.

Partant, c'est à tort que l'intimée s'est basée exclusivement sur ceux-ci pour retenir que la recourante disposait d'une capacité entière dans une activité adaptée, et donc fixer son degré d'invalidité à 3 %. Cela vaut d'autant plus que l'intimée était consciente des contradictions contenues dans les avis médicaux de son médecin-conseil puisque dans une notice de son service légal du 16 décembre 2021 intitulée « instruction complémentaire en procédure de recours », elle a requis du prénommé qu'il s'explique sur deux incohérences relevées par le conseil de la recourante dans ses écritures. L'intimée s'est donc fondée sur des avis internes qu'elle savait contradictoires pour rejeter le droit de la recourante a une rente d'invalidité en retenant un degré d'invalidité de 3 % malgré les limitations fonctionnelles considérables dont souffre cette dernière. Cette position est insoutenable.

Du reste, l'affirmation du Dr J_____ du 9 décembre 2020 selon laquelle la recourante serait entièrement capable de travailler dans une activité adaptée sans perte de rendement est contredite par le rapport du Dr I_____ du 23 novembre 2018, lequel a clairement affirmé qu'il retenait que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans toute activité vu l'importance de ses limitations fonctionnelles. Ce seul rapport médical suffit ainsi déjà à engendrer un doute quant à l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée. L'opinion du Dr I_____ apparaît en outre partagée par le Dr K_____, qui a relevé dans un rapport médical intermédiaire du 8 février 2021 que l'état de la recourante était stationnaire et que son incapacité de travail était totale.

En conclusion, il faut retenir que la cause n'a pas été instruite à satisfaction par l'intimée.

10. Il convient maintenant de clarifier les conséquences juridiques de cette instruction insatisfaisante.

10.1 Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction complémentaire est nécessaire, il doit en principe mettre en œuvre une expertise lorsqu'il considère qu'un état de fait médical ne peut être élucidé que par ce biais et que l'expertise administrative ordonnée par l'autorité sociale est incomplète sur des points essentiels ou non-probante ; un renvoi à l'administration est en revanche possible lorsqu'il convient de clarifier une question médicale restée jusqu'alors non instruite (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_354/2020 du 8 septembre 2020 consid. 2.1 ; 8C_503/2019 du 19 décembre 2019 consid. 2.1).

10.2 En l'espèce, le seul élément médical abordant de manière motivée la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, soit de sa capacité de gain, est le rapport du Dr I_____ du 23 novembre 2018. Ce rapport émane toutefois du médecin traitant de la recourante et remonte déjà à plusieurs années. Il n'apparaît donc pas possible de se fonder uniquement sur celui-ci pour trancher la question de la capacité de gain de l'intéressée, et dans la suite, celle de son droit à une rente d'invalidité.

L'intimée n'a jusqu'ici pas ordonné d'expertise indépendante sur la question de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, de ses limitations fonctionnelles, et de sa capacité de travail. Il y a donc lieu de lui renvoyer la cause afin qu'elle mette en œuvre une telle expertise orthopédique.

11. En conclusion, le recours doit être partiellement admis. La décision sur opposition attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, et en particulier pour que celle-ci mette en œuvre une expertise orthopédique indépendante.

Cette expertise devra notamment porter sur la question du moment de la stabilisation médicale des troubles de la recourante au genou droit et au poignet gauche et sur les limitations fonctionnelles précises qui en découlent. L'expert devra en outre donner une appréciation de la capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité d'agente d'entretien et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, pour autant qu'une telle activité existe sur un marché du travail équilibré au sens de l'art. 7 al. 1 LPGA.

12. En ce qui concerne les frais et dépens, un arrêt de cassation et renvoi doit être considéré comme un arrêt où le recourant obtient gain de cause, même si celui-ci n'y avait conclu que subsidiairement (ATF 141 V 281 consid. 11.1 ; ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_453/2019 du 3 février 2020 consid. 4 ; 8C_245/2019 du 16 septembre 2019 consid. 6 ; 8C_128/2019 du 12 juillet 2019 consid. 5).

La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} a contrario LPGA en lien avec l'art. 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 attaquée et renvoie la cause à l'intimée pour complément d'instruction au moyen de la mise œuvre d'une expertise indépendante au sens des considérants.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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