RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3856/2020 **ATAS/316/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 avril 2022

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Mme B_____, à GENÈVE, représentée par l'ASSUAS - Association suisse des assurés	recourante
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, représentée par sa Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), de nationalité brésilienne, née le _____ 1975, est titulaire d'une formation de comptable réalisée au Brésil, où elle a notamment travaillé dans l'administration.

b. A son arrivée en Suisse en 2008, l'assurée a travaillé, dans un premier temps, en tant que garde d'enfants. Depuis le 1er novembre 2015, elle exerce comme femme de ménage pour le compte de sept particuliers, à raison de 23 heures par semaine Elle est déclarée auprès de chèque service et est, à ce titre, assurée contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

c. Le 1er mars 2019, l'assurée a été victime d'une chute à vélo, ayant entraîné une fracture complexe spinobitubérositaire avec enfoncement majeure et subluxation du genou gauche, laquelle a nécessité une ostéosynthèse du plateau tibial le jour même de l'accident puis une reprise arthroscopique. En octobre 2020, l'assurée a également évoqué des douleurs dans le pli de l'aine au niveau de la hanche gauche.

d. Depuis lors, l'assurée est incapable de travailler et la SUVA a pris en charge les suites de cet accident.

B. **a.** Le 24 janvier 2020, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée. Dans son appréciation du 27 janvier 2020, le médecin précité a notamment expliqué que l'assurée présentait encore une légère boiterie du côté gauche mais qu'elle marchait sans cannes. Elle se plaignait également de douleurs occasionnelles survenant lors de la marche. Après avoir étudié le dossier et examiné l'assurée, le Dr C_____ a considéré le cas comme stabilisé. Si l'activité habituelle de femme de ménage n'était plus exigible, il n'en allait pas de même d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (essentiellement activité en position assise, nécessitant quelques déplacements brefs, sans déplacements dans les escaliers, avec un port de charges ponctuel limité à 7kg), laquelle pouvait être exercée à 100%, sans diminution de rendement.

b. Dans une appréciation du 7 février 2020, le Dr C_____ a également fixé l'atteinte à l'intégrité à 15%.

c. Se fondant sur l'appréciation du Dr C_____ du 24 janvier 2020, la SUVA a informé l'assurée, par courrier du 10 février 2020, qu'il allait être mis un terme à la prise en charge des soins médicaux, que l'indemnité journalière lui serait encore versée jusqu'au 31 mars 2020 et qu'elle allait examiner son droit à une rente d'invalidité à compter du 1er avril 2020.

d. Par décision du 31 mars 2020, la SUVA a mis l'assurée au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, aucune rente d'invalidité ne lui étant

cependant octroyée, le degré d'invalidité de 7%, obtenu après comparaison des revenus, étant insuffisant.

e. Le 20 octobre 2020, sur opposition, la SUVA a confirmé la décision précitée, persistant à considérer que le cas était stabilisé et que la comparaison des revenus montrait un degré d'invalidité de 7%, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

C. **a.** Le 23 novembre 2020, sous la plume de son conseil, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 20 octobre 2020 et a conclu à son annulation, à la réappréciation de son état de santé après avis médical de ses médecins, à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, en particulier d'une rente d'invalidité, « après recalcul [du] taux d'invalidité et jusqu'à une décision entrée en force de l'assurance-invalidité », et à la prise en charge de l'ensemble de ses traitements médicaux. A l'appui de ses conclusions, elle a notamment considéré que l'instruction médicale effectuée par la SUVA était lacunaire, que l'appréciation du Dr C_____ du 27 janvier 2020 n'était pas probante et qu'un abattement aurait dû être appliqué sur son salaire statistique d'invalide.

b. La SUVA a répondu par écriture du 2 mars 2021 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. En substance, la défenderesse a considéré qu'il ressortait des pièces médicales figurant au dossier, et notamment d'une appréciation établie le 12 février 2021 par la doctoresse D_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, médecin-conseil, que l'état de santé de la recourante était stabilisé s'agissant de l'atteinte au genou gauche. Les douleurs à la hanche, soit plus particulièrement l'atteinte labrale gauche, n'étaient qu'en lien de causalité possible avec l'accident. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par les différents médecins étaient similaires et n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps et rendement. Enfin, ni abattement ni perte de rendement n'étaient justifiés, l'atteinte au genou gauche n'étant pas contraignante dans une activité sédentaire.

c. Les parties ont encore rappelé leurs positions respectives par écritures des 8 mai, 18 juin, 16 juillet et 8 septembre 2021 en ce qui concerne la recourante et par écritures des 20 mai, 29 juin et 10 août 2021 s'agissant de l'intimée.

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).

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

2. La LPGA est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la recevabilité des conclusions de la recourante tendant au versement de prestations de l'assurance-accidents, sans précisions (ce qui inclut les indemnités journalières), et à la prise en charge du traitement au-delà du 31 mars 2020, dans le cadre du recours contre la décision sur opposition confirmant le refus d'une rente d'invalidité.

4.1.1. Selon l'art. 49 al. 1 à 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

Un assureur-accidents ne peut pas nier définitivement le droit à toute prestation en relation avec un accident assuré en mettant simplement fin, en procédure simplifiée, à l'octroi de prestations temporaires (indemnité journalière et traitement médical). Dans la mesure où des prestations durables sont en jeu, il lui appartient de rendre une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 3.2).

4.1.2. La distinction entre la procédure prévue par l'art. 49 et celle de l'art. 51 LPGA s'effectue de la manière suivante : il y a décision uniquement dans le cas où le document est qualifié de tel ou s'il contient, au moins, une indication des voies de droit. Si une décision présente un défaut, ses conséquences seront alors examinées conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Si le courrier, dans lequel l'assureur fait valoir sa position, ne respecte pas les conditions précitées, il ne peut être qualifié de décision, de sorte que la procédure ne doit pas tendre à la notification d'une décision sur opposition mais à celle d'une décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008).

4.2. A l'ATF 144 V 354, le Tribunal fédéral a considéré que la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente, selon laquelle on se trouve en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (consid. 4.2).

5. En l'espèce, par courrier du 10 février 2020, l'intimée a clairement signifié à la recourante qu'elle considérait son état de santé comme stabilisé et qu'elle entendait mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières avec effet au 1er avril 2020, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. A cette date, elle examinerait le droit à une rente et déterminerait l'ampleur d'une éventuelle atteinte à l'intégrité.

Contrairement aux affirmations de l'intimée dans sa décision sur opposition du 20 octobre 2020, ce courrier du 10 février 2020 ne constitue pas une décision : en effet, il n'est pas qualifié comme tel et il ne contient pas non plus l'indication des voies de droit (voir dans le même sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008 consid. 4.2 et les références citées). Il s'agit donc d'une simple communication rendue conformément à la procédure simplifiée. Dans la mesure où elle entendait mettre un terme au versement des indemnités journalières, l'intimée aurait dû adresser à la recourante une décision en bonne et due forme, ce qui n'a pas été le cas.

Moins de deux mois après, la SUVA a rendu, le 31 mars 2020, une décision formelle de refus du droit à la rente et d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. Ce faisant, la SUVA a implicitement confirmé son refus de verser des indemnités journalières et de prendre en charge le traitement médical au-delà du 31 mars 2020.

Cette manière de procéder est toutefois conforme à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral et ne lèse pas la situation juridique de l'assurée, dès lors qu'elle a pu contester la stabilisation de son état de santé et, par voie de conséquence, faire valoir son droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical en formant opposition à la décision du 31 mars 2020.

Par conséquent, les conclusions tendant au versement de prestations de l'assurance-accidents, sans précisions (ce qui inclut les indemnités journalières), sont recevables.

6. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 mars 2020, singulièrement sur la stabilisation de l'état de santé de la

recourante, la valeur probante des appréciations des médecins d'arrondissement de l'intimée et l'abattement à appliquer sur le revenu avec invalidité.

7. **7.1.** En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

A teneur 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2, 1ère phrase).

7.2. Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). A teneur de la disposition précitée, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi

la prise en charge du traitement médical et le versement d'indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

Le droit à la prise en charge du traitement médical et au versements des indemnités journalières cesse donc dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1, 2e phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 et les références citées).

7.3. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accidents sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001).

L'amélioration sensible doit découler de la continuation du traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_188/2010 consid. 3.2). Cette condition n'est pas remplie en ce qui concerne les contrôles médicaux, la prise de médicaments et les traitements de thérapie manuelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_6306/2016 consid. 5.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_ 956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a récemment précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3).

7.4. Aux termes de l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de

la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

En application de cette disposition, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), lequel prévoit que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité, ou avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle ou encore avec la fixation de la rente définitive (al. 1). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 246 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (ATF 129 V 283). La décision portant sur l'allocation d'une rente transitoire doit mentionner qu'elle sera remplacée dès l'achèvement de la réadaptation ou s'il est renoncé à sa mise en œuvre. Il s'agit, en effet, d'éviter de faire naître de faux espoirs quant au montant de la rente ordinaire ou « définitive », pour reprendre la terminologie de l'art. 30 OLAA (ATF 139 V 514 consid. 2.3 et les références).

7.5. Le moment déterminant pour délimiter, du point de vue temporel, le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité est celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1).

7.6. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ;ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1, ATF 116 V 41 consid. 2c).

7.7. Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b).

Avant stabilisation du cas, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 10 LAA. En revanche, après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait conformément à l'art. 21 LAA. Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne perçoit pas de rente LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 et 8C_403/2011 du 11 octobre 2011), lorsque la décision de rente n'est pas entrée en force lors de la demande de prise en charge d'un traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 252/01 du 17 juin 2002) ou encore lorsque la rente a été supprimée lors d'une révision (arrêt du Tribunal fédéral 8C 215/2016 du 22 juin 2016).

Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 in fine).

8. **8.1.** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

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

8.2.1. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

8.2.2. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

8.2.3. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la

validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9. **9.1.** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

9.2. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9.3. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, 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 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

11. En l'espèce, la recourante conteste, en premier lieu, la stabilisation de son état de santé à la date retenue par l'intimée, compte tenu des interventions futures (ablation du matériel d'ostéosynthèse, greffe osseuse et pose d'une prothèse) susceptibles d'entrer en considération.

A titre liminaire, la Chambre de céans relève que c'est lors de la clôture du cas qu'une éventuelle rente d'invalidité succède aux indemnités journalières. L'assureur-accidents peut ainsi clore un cas quand bien même l'assuré ressent

encore une gêne ou des douleurs. La seule question qui se pose en effet dans ce contexte est celle de savoir si le traitement médical peut encore entraîner une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, ce par quoi il faut entendre une amélioration de la capacité de travail (cf. ATAS/1004/2021 du 27 septembre 2021 consid. 15). Dans le cadre de l'examen de la stabilisation de l'état de santé et de la clôture du cas, la question n'est donc pas celle de savoir si la recourante est guérie. Il s'agit en réalité uniquement de déterminer s'il existe encore un traitement médical pouvant entraîner une amélioration de la capacité de travail de la recourante.

Cela étant précisé, force est de constater que selon le dossier, la recourante a bénéficié d'une ostéosynthèse puis d'une reprise arthroscopique au niveau du genou gauche. Suite à ces interventions, les médecins lui ont essentiellement prescrit des antalgiques et de la physiothérapie, ce qui n'est pas contesté. Or, selon la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 7.3 supra), ces mesures ne sont pas considérées comme faisant partie d'un traitement médical susceptible d'entraîner une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante au sens entendu par la jurisprudence dans le contexte de l'art. 19 LAA. Au demeurant, la recourante ne le prétend pas.

En réalité, la recourante considère que son état ne serait pas stabilisé, uniquement parce que diverses interventions, soit une ablation du matériel d'ostéosynthèse, une greffe osseuse et une implantation d'une prothèse, ont été évoquées. Cette argumentation ne saurait toutefois être suivie, dès lors que ces interventions ne sont de toute manière pas susceptibles d'entraîner une amélioration de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de femme de ménage, celle-ci étant et restant nulle. De plus, de telles interventions n'entraîneront pas non plus d'amélioration des limitations fonctionnelles d'épargne du genou, lesquelles resteront d'actualité, de sorte que la nature de l'activité adaptée n'en sera pas non plus modifiée. Au demeurant, la Dresse D_____ a explicitement retenu, dans son appréciation du 12 février 2021, que le droit à la prise en charge de la rechute (liée aux interventions chirurgicales éventuellement nécessaires à l'avenir) était acquis pour la recourante en raison de ces interventions, lesquelles étaient en relation de causalité avec l'accident assuré.

Enfin, c'est le lieu de relever qu'à aucun moment la recourante n'a spécifiquement conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières alors qu'elle a sollicité une rente d'invalidité, prestation envisageable uniquement après la stabilisation du cas. Dans son écriture du 18 juin 2021, elle a même rappelé qu'elle demandait le versement d'une rente d'invalidité, ce qui suppose une stabilisation de son état de santé.

En définitive, c'est à juste titre que l'intimée a prononcé la clôture du cas avec effet au 31 mars 2020, ce qui implique la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement, et qu'elle a examiné le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès cette date.

La Chambre de céans relèvera encore, en lien avec la conclusion de l'assurée tendant au versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents jusqu'à l'entrée en force d'une décision de l'assurance-invalidité, qu'il s'agit d'une clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. En effet, comme cela ressort de la jurisprudence et de la doctrine, seul un reclassement au sens de l'art. 17 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) ou une formation professionnelle initiale selon l'art. 16 al. 1 LAI constituent des mesures d'ordre professionnel pertinentes dans le contexte de l'art. 19 al. 3 LAA (FLUCKIGER, in BK – Unfallversicherungsgesetz, 2019, n° 18 ad Art. 19). Or, il ressort des considérations qui suivent que le degré d'invalidité de la recourante est inférieur aux 20 % requis pour une mesure de reclassement (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités) et qu'elle bénéficie déjà d'une formation professionnelle initiale, à savoir une formation dans le domaine de la comptabilité. Ces mesures d'ordre professionnel n'entrent, dès lors, pas en considération, de sorte qu'on ne se trouve pas dans la configuration de l'art. 19 al. 3 LAA. La question d'une rente transitoire jusqu'à une décision de l'assurance-invalidité ne se pose donc pas.

12. La recourante conteste ensuite l'évaluation de sa capacité de travail et, partant, la valeur probante des appréciations des médecins de la SUVA et leur oppose les rapports de ses médecins traitants.

12.1. Force est tout d'abord de constater que les médecins de l'intimée (cf. appréciations du Dr C_____ du 27 janvier 2020 et appréciation de la Dresse D_____ du 12 février 2021) et ceux de la recourante (cf. rapports du Dr E_____ des 11 juin et 12 octobre 2020, rapport du 20 novembre 2020 de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, rapport du Dr G_____ du 30 mars 2021) se rejoignent en ce qu'ils retiennent que :

- Suite à sa chute à vélo, la recourante a subi une fracture complexe du genou gauche, traitée par ostéosynthèse puis par reprise arthroscopique ;
- Le traitement prescrit à la recourante consistait en de la physiothérapie et de l'antalgie ;
- L'atteinte au genou n'a pas nécessité un traitement antalgique très poussé, aucune infiltration n'ayant au demeurant été nécessaire ;
- Il existe des séquelles de cette atteinte, avec un défaut de consolidation et une perte de substance osseuse ;
- Des interventions futures, sous la forme d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, d'une greffe osseuse puis de l'implantation d'une prothèse, en lien de causalité avec l'accident assuré, seront vraisemblablement nécessaires ;

- Il est peu probable que l'éventuelle lésion labrale de la hanche gauche soit traumatique compte tenu, d'une part, de la chronologie des plaintes et des bilans et, d'autre part, vu l'atteinte en tant que telle.
- L'atteinte au genou entraîne des limitations fonctionnelles, essentiellement s'agissant du port de charges, de la marche et de certaines positions ;
- La capacité de travail de l'assurée est nulle dans son activité habituelle de femme de ménage compte tenu des limitations précitées ;
- Il existe une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

En somme, le seul point de dissension éventuelle sur le plan médical porte sur l'importance de la capacité de travail dans une activité adaptée.

En effet, pour la Dresse D_____ et le Dr C_____, médecins-conseils de la SUVA, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du genou qu'ils ont détaillées.

Les conclusions des médecins traitants de la recourante ne sont pas claires. En effet, le Prof. E_____, a considéré, dans un rapport du 11 juin 2020, en lien avec l'activité habituelle de femme de ménage, que les limitations fonctionnelles empêchaient un plein rendement pour plusieurs mois, voire années. Un travail adapté, par exemple en comptabilité, était éventuellement possible moyennant une formation. Quant à la Dresse F_____ et au Dr G_____, ils ont considéré, dans leur rapport du 20 novembre 2020, que « dans une activité purement adaptée, en position assise, limitant le port de charges et les stations statiques trop marquées (et évitant la station debout), on pourrait évaluer une capacité de travail probablement partielle au vu de la présence de douleurs récurrentes et de la limitation des déplacements ». Par la suite, dans un rapport du 30 mars 2021, le Dr G_____ a nuancé ses propos et considéré qu'« à l'heure actuelle, il est difficile d'estimer une capacité de travail limitée ou d'un rendement limité dans une activité adaptée, du fait des douleurs subjectivement transmises mais finalement peu traitées sur la dernière année ».

12.2. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces appréciations.

12.2.1. S'agissant tout d'abord de l'appréciation du Dr C_____ du 24 janvier 2020 et de celle de la Dresse D_____ du 12 février 2021, force est de constater qu'elles remplissent, sur le plan formel, les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, elles contiennent notamment le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives de la recourante (cf. rapport du Dr C_____ du 24 janvier 2020), la description des observations cliniques ainsi qu'une discussion générale du cas. La Dresse D_____ n'a pas examiné la recourante. Son appréciation a toutefois une valeur probante, dès lors qu'elle se fonde sur suffisamment d'appréciations médicales

qui, elles, se basent sur un examen personnel de l'assurée (cf. consid. 8.2.2. *supra*).

Sur le fond, les médecins précités ont considéré que l'activité habituelle de femme de ménage n'était plus exigible mais que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité professionnelle, réalisée essentiellement en position assise, tout en permettant quelques brefs déplacements, sans déplacements dans les escaliers, avec un port de charges ponctuel limité à 7kg pour le Dr C_____, 5kg pour la Dresse D_____.

12.2.2. La recourante oppose aux appréciations des médecins-conseils de la SUVA les rapports des médecins qu'elle a consultés, considérant que ces appréciations laissaient subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence des conclusions des Drs C_____ et D_____.

Force est toutefois de constater que tant le rapport du Prof. E_____ du 11 juin 2020 que les rapports des Drs F_____ et G_____ du 20 novembre 2020 et 30 mars 2021 ne comportent pas d'anamnèse, de description des pièces médicales ou encore de résumé des plaintes de la recourante. Ils ne remplissent par conséquent pas plusieurs réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Sur le fond, les médecins traitants de la recourante rejoignent les médecins de la SUVA en ce qui concerne la capacité de travail dans l'activité habituelle, qu'ils considèrent comme étant nulle.

Si, dans un premier temps, les Drs F_____ et G_____ ont retenu, dans leur rapport du 20 novembre 2020, une capacité de travail partielle dans une activité adaptée compte tenu des douleurs récurrentes et de la limitation des déplacements, le Dr G_____ n'a plus été aussi catégorique dans son rapport du 30 mars 2021, lequel fait suite à un courrier du 16 mars 2021, dans lequel le Conseil de la recourante a posé un certain nombre de questions au médecin précité :

- A la question 1 du courrier du 16 mars 2021, libellée comme suit « Confirmez/infirmez-vous l'affirmation du DR D_____ dans ses conclusions en pages 14/17 de son rapport que "la baisse de rendement reconnue par ces intervenants (dixit. Vous-même) ne peut être due à la symptomatologie douloureuse, [la recourante] ne prend peu ou pas d'antalgie" et [du Conseil de l'intimée] en page 14/18 de son écriture que "si la perte de rendement que soutiennent les médecins précités est liée à la présence de douleurs (…) aucune facture de pharmacie n'a été versée au dossier" », le Dr G_____ a répondu dans son rapport du 30 mars 2021 : « Effectivement, on ne peut que donner raison à [ces] deux affirmations ; [la recourante] ayant dans tous les cas, dans notre suivi et nos dossiers, reçu exclusivement une prescription de Dafalgan fin 2020. Elle s'est effectivement plainte de douleurs, mais n'a pas nécessité de traitement antalgique très poussé ou autres, type infiltration. On ne peut que confirmer alors les affirmations retenues dans votre question ».

- A la question 4 du courrier du 16 mars 2021, formulée ainsi « Avez-vous d'autres remarques médicales à former concernant l'écriture de Me ELSIG ou l'avis du Dr D_____ ? », le Dr G_____ a répondu comme suit dans son rapport du 30 mars 2021 : « Globalement, il me semble que leur prise de position est cohérente et en lien avec le dossier et la situation médicale. Il apparaît finalement une certaine discordance entre les plaintes de la patiente au niveau des douleurs et les différents traitements, en particulier médicamenteux, entrepris depuis le début de la problématique. Concernant l'évolution de la situation, en tant que médecin traitant de la patiente, je reste convaincu qu'une évolution est possible, en particulier avec un gain de mobilité en extension complète du genou (qui semble discrètement s'améliorer progressivement) ainsi qu'un gain musculaire en particulier du quadriceps G (qui présente une certaine amyotrophie et un manque de force très net). Ceci pourrait alors permettre une nette diminution des douleurs et une amélioration fonctionnelle en particulier en charge et à la marche. A l'heure actuelle, il est difficile d'estimer une capacité de travail limitée ou d'un rendement limité dans une activité adaptée, du fait de douleurs subjectivement transmises mais finalement peu traitées sur la dernière année ».

Dans ces circonstances, force est donc de constater que les appréciations des médecins traitants de la recourante ne permettent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de douter d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, telle que retenue par les médecins de la SUVA, ce d'autant moins que le propre médecin de la recourante, le Dr G_____, admet que l'appréciation de la Dresse D_____ est cohérente avec le dossier et la situation médicale, étant précisé que cette appréciation ne fait en réalité que confirmer les conclusions du Dr C_____ du 27 janvier 2020, sur lesquelles l'intimée s'est fondée pour considérer que la recourante est capable de travailler à plein temps et rendement dans une activité adaptée.

En conséquence, au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des médecins-conseil de l'intimée et il convient donc de reconnaître une pleine valeur probante aux appréciations des Drs C_____ et D_____ des 24 janvier 2020, respectivement 12 févier 2021.

En date du 1er avril 2020, la recourante était donc incapable d'exercer son activité habituelle de femme de ménage. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du genou, sa capacité de travail était entière.

13. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité.

13.1. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 et 4 al. 1 LAI). 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

13.2.1. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4).

13.2.2 Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

13.3.1. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

13.3.2. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment

déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

13.3.3.1 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut alors être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

13.3.3.2 Depuis la 10ème édition des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

Lorsque les ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur

privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_tirage_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (voir lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 et David IONTA, Fixation du revenu d'invalide selon l'ESS, ch. 68, publié in Jusletter du 22 octobre 2018).

13.3.4. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre

appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

13.3.5. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

14. **14.1.** En l'espèce, la recourante requiert qu'un abattement – qu'elle ne chiffre pas – soit appliqué au revenu d'invalide, en raison de ses limitations fonctionnelles et de son manque d'expérience notamment. De son côté, l'intimée considère qu'aucun abattement ne se justifie, dans la mesure où l'atteinte au genou n'est pas contraignante dans une activité sédentaire et que l'activité adaptée envisagée, simple et répétitive, ne requiert aucune formation ou expérience professionnelle spécifique.

C'est le lieu de rappeler qu'un abattement n'est pas automatique, mais qu'il se justifie dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation), l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; cf. également l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.2).

Dans le cas de la recourante, on peut tout au plus admettre qu'elle présente une limitation en lien avec son atteinte au genou gauche, dans la mesure où elle ne peut mettre à profit sa capacité résiduelle de travail que dans des activités légères, essentiellement sédentaires, n'impliquant pas le port de charges et autorisant de brefs déplacements. Cela étant, cette (modeste) limitation quant au spectre des professions demeurant envisageables ne saurait justifier un abattement excédant 5%, conformément à la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral dans des causes similaires (arrêts du Tribunal 8C_910/2010 du 8 septembre 2011 consid. 6 ; 8C_762/2010 du 8 avril 2011 consid. 2 ; 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5). Pour le reste, la recourante ne démontre pas que d'autres circonstances seraient susceptibles de diminuer concrètement ses perspectives salariales sur un marché du travail équilibré. En effet, selon la jurisprudence récente, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. De surcroît, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.1-5.2). Par ailleurs, le niveau de qualification professionnelle retenu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une

langue nationale, de sorte que les difficultés linguistiques ne justifient pas non plus un abattement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.4).

14.2. La recourante n'a pas contesté les montants de CHF 55'626.- et CHF 59'805.- (CHF 25,25 x 45h x 52 sem.) retenus à titre de revenu avec invalidité, respectivement sans invalidité. Aussi, la Chambre de céans ne s'en écartera pas.

En définitive, moyennant un abattement de 5%, le revenu d'invalide s'élève à CHF 52'845.- (95% x CHF 55'626.00 = CHF 52'844.70).

Il s'ensuit que la perte de gain de la recourante est de CHF 6'960.- par année (soit 59'805 – 52'845) ce qui représente 12 % du revenu sans invalidité ([59'805 – 52'845] x 100 / 59'805 = 11.64 % qu'il convient d'arrondir au pourcent supérieur ; ATF 130 V 121 consid. 3).

Par conséquent, c'est un degré d'invalidité de 12 % que l'intimée aurait dû prendre en considération, ce qui ouvre le droit au versement d'une rente du même taux et ce dès le 1er avril 2020.

15. La recourante allègue également que plusieurs factures n'auraient pas été prises en charge par l'intimée.

La recourante devant être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité de 12 %, son droit à la prise en charge du traitement médical doit être examiné conformément à l'art. 21 LAA. Or, de toute évidence, compte tenu du refus de rente d'invalidité, un tel examen n'a pas été effectué par l'intimée.

Aussi, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur la prise en charge du traitement médical.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 20 octobre 2020 sera annulée. Il sera constaté que le degré d'invalidité de la recourante est de 12 %, donnant droit à une rente du même taux dès le 1er avril 2020. La cause sera renvoyée à l'intimée pour les motifs précités.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 20 octobre 2020.
4. Constate que le degré d'invalidité de la recourante est de 12 % et condamne l'intimée à lui verser, dès le 1er avril 2020, la rente correspondant à ce taux.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision en ce qui concerne la prise en charge du traitement médical.
6. Condamne l'intimée à verser CHF 1'500.- à la recourante à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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