RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/753/2020** **ATAS/179/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 4 mars 2021

**5ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves MABILLARD | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE | intimée |

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, veuve et mère de deux enfants nés en 1998 et 2004, a été engagée, en 2008, par la société B_____ (ci-après : l'employeur), afin d'être placée en qualité d'employée de maison chez des particuliers. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

2. Le 18 août 2017, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation au Portugal ; alors qu'elle roulait sur l'autoroute, à plus de 100 km/h, un pneu de son véhicule a éclaté et sa voiture a fait une embardée.

3. L'assurée a présenté une fracture de la colonne vertébrale et bénéficié d'un traitement par corset, avant d'être rapatriée en avion sanitaire le 25 août 2017.

4. Elle a été admise aux Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG), où un bilan radiologique a révélé une fracture A0-A4 avec un éclatement du corps vertébral de L2, une déhiscence au niveau des traits de fracture des plateaux vertébraux et une majoration de l'angle de cyphose bisegmentaire en position debout.

5. Le 29 août 2017, l'assurée a été opérée par le docteur C_____, chef de clinique au Département de chirurgie des HUG, lequel a réalisé une spondylodèse L1-L3 mini-invasive et une fusion postérieure L1-L3.

6. Le 8 septembre 2017, le docteur D_____, médecin adjoint responsable de la chirurgie de la colonne vertébrale, a procédé à une corpectomie de L2 et mis en place une cage intersomatique.

7. Du 13 au 27 septembre 2017, l'assurée a suivi une rééducation intensive à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG. Le traitement à la sortie comprenait, notamment, la poursuite de la physiothérapie, à raison de deux séances par semaine.

8. Selon la déclaration de sinistre du 6 octobre 2017, l'assurée travaillait à 38%, soit 17.5 heures par semaine pour un horaire de 45 heures dans l'entreprise. Son salaire horaire de base, s'élevait à CHF 22.45 et les indemnités pour vacances et jours fériés étaient de 8.33%.

9. Par rapport du 24 octobre 2017, les Drs D_____ et C_____ ont constaté une évolution nettement favorable avec des douleurs tout à fait supportables, cotées à 4/10 sur l'Échelle visuelle analogique (ci-après : EVA), sous traitement antalgique par Dafalgan le matin et à midi, Sirdalud deux fois par jour, Co-Dafalgan et Tramal le soir. L'assurée souhaitait diminuer la prise de médicaments et il lui était proposé d'instaurer un traitement par physiothérapie à but de renforcement de la musculature du tronc et d'étirement de la musculature péri-coxale et des ischio-jambiers. À l'EOS du jour, on notait une absence de déséquilibre sagittal antérieur, avec par contre un mauvais alignement spino-pelvien résiduel sur une perte de

lordose partielle post-traumatique, compensée par une rétroversion exagérée du pelvis. Dans le plan coronal, l'alignement était bon.

10. Le 24 octobre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

11. En date du 27 novembre 2017, l'assurée a été examinée par le Dr D_____. Dans son rapport du 4 décembre 2017, ce médecin a constaté une évolution favorable avec une légère diminution des douleurs, mais noté que la patiente avait dû changer de traitement car elle ne supportait par le Co-Dafalgan. Elle avait commencé la physiothérapie qui avait un effet positif et il était proposé de continuer les séances de renforcement de la musculature du tronc et d'étirement de la musculature péri-coxale. La marche était non algique et sans boiterie. À l'imagerie EOS du jour, était observée la persistance du mauvais alignement spino-pelvien résiduel. Une réévaluation par la consultation spécialisée de la douleur serait favorable afin de suivre et de diminuer le traitement antalgique.

12. Le 27 novembre 2017, le Dr D_____ a signé une prescription de physiothérapie, avec pour schéma du gainage abdominal et de la musculature dorsolombaire (en évitant les mouvements de flexion, d'extension et de torsion), des étirements des muscles ilio-psoas, abducteurs et ischio-jambiers, des manœuvres de compensation rachidienne (rétroversion du pelvis) et de protection de la colonne vertébrale.

13. Par rapport adressé à l'OAI, le 19 janvier 2018, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que la patiente ne pouvait pas encore avoir de flexion adéquate du corps, porter des charges de plus de 3 kg et tenir de façon prolongée les positions accroupie et debout.

14. Le 6 février 2018, l'employeur a retourné à la SUVA un questionnaire concernant le salaire annuel brut de l'assurée. Il a corrigé les indications déjà inscrites par l'assurance pour 2017, soit : « Fr. 22,45/h x 17,50h/s x 52s + 8,33% 13ème salaire », en barrant la mention « 13ème salaire » et la remplaçant par « vacances ». Pour 2018, il a noté : « (Fr 22.45 x 17,5h/sem) + 8,33% de vacances ».

15. Dans un rapport du 15 février 2018, la Dresse E_____ a fait état de douleurs au dos en cas de position debout prolongée ; elle a noté que le traitement antalgique et de physiothérapie se poursuivait et que le pronostic était bon.

16. Le 28 février 2018, l'assurée s'est entretenue avec un collaborateur de la SUVA. Selon le procès-verbal y relatif, elle avait déclaré qu'elle suivait une rééducation fonctionnelle à base de physiothérapie à raison de deux séances par semaine, qu'elle avait maintenu de très bonnes relations avec son employeur et souhaitait reprendre son activité habituelle. Une consultation médicale avec des radiographies de contrôle était prévue le 5 septembre 2018.

17. Le 15 mars 2018, le Dr D_____ a écrit à la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin traitant, qu'il avait revu l'assurée le 28 février 2018. L'intéressée ressentait une diminution des douleurs, qui étaient

toutefois encore bien présentes au niveau du foyer fracturaire. Le bilan radiologique montrait que le matériel était bien en place, mais qu'il existait tout de même une subsidence de la cage au niveau du plateau supérieur de L3, mais qui était stable et comparable aux dernières images. Il n'y avait pas de déplacement secondaire et les équilibres, sagittal et coronal, étaient bons. En conclusion, l'évolution radio-clinique était très bonne. Les douleurs résiduelles étaient tout à fait plausibles dans le contexte du traumatisme et le status post-opératoire. Il ne voyait pas de contre-indication à la poursuite de la physiothérapie, mais l'intéressée était invitée à poursuivre principalement des exercices à domicile. Compte tenu du métier physique de l'assurée, il émettait des réserves concernant une éventuelle reprise, qui serait tentée à mi-temps dans les semaines, voire les mois, à venir.

18. La Dresse F_____ a attesté d'une capacité de travail de 50% à titre thérapeutique dès le 14 mai 2018.

19. Dans un rapport du 17 mai 2018, la doctoresse G_____, médecin responsable du Centre de la douleur aux HUG, a indiqué que l'assurée avait consulté pour la première fois le Centre le 17 janvier 2018. Les douleurs étaient localisées au niveau lombaire avec une irradiation inguinale. Elles étaient permanentes et qualifiées de supportables, à 3-4/10 EVA avec des médicaments (Zaldiar 3 fois par jour, Irfen 3 fois par jour et Sirdalud le soir), associées à des pics de 7-8/10 EVA, sous forme de sensation de blocage au niveau lombaire, de légers picotements, de chaleur interne au niveau cicatriciel. Les facteurs aggravants étaient la marche et la position prolongée, et l'application de chaud permettait de soulager la douleur. L'intéressée restait active la journée, malgré ses douleurs. Son sommeil était perturbé par de nombreux réveils douloureux. Lors d'un contact téléphonique le 7 mai 2018, l'assurée avait relaté une amélioration des douleurs avec une évaluation à 2-3/10 EVA et un maximum à 3-4/10 EVA lors de rotation du rachis. Elles étaient plus fortes le matin et le soir, le caractère neurogène s'était également estompé, et les nuits étaient meilleures. L'assurée allait reprendre prochainement le travail, de manière d'abord progressive, au vu de la charge importante de son activité professionnelle.

20. Selon un procès-verbal du 29 juin 2018, l'assurée avait indiqué, lors d'un nouvel entretien avec la SUVA le jour même, qu'elle poursuivait sa rééducation fonctionnelle à base de physiothérapie en piscine, à raison d'une séance par semaine, ainsi que son retour thérapeutique en emploi à 50%. Cependant, il y avait beaucoup de tâches qui étaient très difficiles ou impossibles à accomplir, comme porter des charges, repasser longtemps ou encore passer l'aspirateur. Le médecin examinerait si le rendement pouvait être quantifié.

21. Le 5 octobre 2018, l'assurée a été examinée par le Dr D_____ qui a indiqué, dans son rapport du 10 octobre 2018, que la patiente avait relaté une récidive des douleurs depuis environ deux mois suite à l'arrêt des médicaments, notamment le Zaldiar et le Co-Dafalgan, et la reprise d'activité à 50%. Il existait trois différentes douleurs, soit des douleurs inflammatoires en regard du site opératoire, cotées à

6/10 EVA avec des douleurs nocturnes et un dérouillage matinal l'empêchant de faire des nuits complètes, des douleurs en barres, à la charnière lombo-sacrée, d'allure mécanique, cotées à 4/10 EVA, occasionnelles et soulagées au repos et à la position accroupie, et une pseudo-radiculalgie, en regard du tenseur du fascia lata à gauche, d'allure mécanique lorsqu'elle était longuement debout, cotées à 5/10 EVA, sous forme de lancées occasionnelles. L'assurée prenait actuellement du Sirdalud et de l'Irfen. À l'examen clinique, elle signalait de faibles douleurs à la palpation de L4-L5, les plaies étaient calmes. L'ESO du 4 octobre 2018 avait mis en évidence un matériel en place, sans déplacement secondaire, mais étaient constatés un trouble de l'alignement avec une hypolordose et une discopathie cyphosante de segment L5-S1, avec comme manœuvre compensatoire une rétroversion du pelvis. En raison de l'apparition des douleurs inflammatoires au regard du site opératoire, il était proposé de revoir la patiente dans trois mois et de reprendre la physiothérapie afin de muscler le dos et les abdominaux.

22. Selon la prescription de physiothérapie du Dr D_____ du 5 octobre 2018, le schéma comprenait du gainage et des manœuvres de protection de la colonne vertébrale.

23. Selon un procès-verbal de la SUVA du 12 octobre 2018, l'assurée souhaitait reprendre son activité professionnelle d'employée de maison, mais ne s'estimait pas en mesure de l'exercer comme avant l'accident. Elle était en outre consciente que la reprise thérapeutique s'arrêterait. Elle avait fait état de la persistance d'une sensation de barre au niveau de la colonne lombaire, ainsi que d'une irradiation de douleurs et de fourmillements dans la hanche et le genou droit. Ces douleurs réduisaient considérablement son périmètre de marche, compliquaient la réalisation de certaines tâches et l'empêchaient de porter des charges, même légères.

24. Le 17 octobre 2018, la Dresse F_____ a relevé des difficultés et lombalgies en cas d'effort physique tel que des travaux ménagers. Elle a réservé son pronostic et indiqué attendre le dernier rapport des orthopédistes des HUG, avant de pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente. Elle a en outre estimé qu'une expertise neutre serait utile.

25. Dans une appréciation du 19 octobre 2018, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que la poursuite du traitement par physiothérapie était toujours justifiée vu le rapport du chirurgien de février 2018. Il attendait le dernier rapport de ce médecin et, s'il n'y avait pas de problème, une reprise à 100% serait envisagée. Au vu de la pathologie et du traitement réalisé, on pouvait s'attendre à un retour dans l'activité habituelle d'employée de maison à raison de 17.5 heures par semaine. Un bilan final serait prévu à réception du prochain rapport.

26. Le 10 décembre 2018, la Dresse F_____ a indiqué que le status était inchangé et que le traitement se poursuivait. Un essai de reprise de travail à 50% interviendrait le 7 janvier 2019.

27. À partir du 7 janvier 2019, l'assurée a repris son activité à 50%.

28. Le 25 janvier 2019, l'intéressée a été examinée par le Dr D_____. Selon le rapport y relatif du 11 février 2019, elle avait rapporté une évolution favorable des douleurs inflammatoires en regard du site opératoire, désormais cotées à 5/10 EVA (précédemment à 6/10 EVA) avec des réveils nocturnes moins fréquents. Les douleurs mécaniques en barre, mises sur le compte d'un mécanisme de compensation d'une hypolordose lombaire, étaient toujours présentes, tout comme la pseudo-radiculalgie à la face latérale de la cuisse gauche, prédominant lors de la marche. Ces dernières douleurs apparaissaient en second plan et n'occasionnaient qu'une gêne modérée. L'assurée travaillait toujours à 50% et avait pu diminuer son traitement antidouleur. À l'examen clinique, la marche s'effectuait sans boiterie, était possible sur les talons et les pointes. Il n'y avait pas de trouble de la sensibilité superficielle. La cicatrice était calme, fermée, sans signe inflammatoire. La palpation de la ligne médiane ne reproduisait pas de douleur, contrairement à la palpation de la charnière lombo-sacrée, en para-vertébrale, bilatéralement. Un raccourcissement des ischio-jambiers avec un SLR (pour « straight-leg raising ») à 70° était noté des deux côtés. La palpation du grand trochanter à gauche était légèrement sensible. Le médecin a considéré que l'évolution des douleurs inflammatoires du site opératoire était favorable, mais que les douleurs mécaniques persistaient, comme mécanisme de compensation d'une hypolordose lombaire. De nouvelles séances de physiothérapie, avec un renforcement de la musculature dorso-lombaire, étaient prescrites et la patiente serait revue à 24 mois de l'opération, pour un nouveau contrôle clinique avec EOS.

29. Le 28 janvier 2019, au cours d'un entretien avec la SUVA, l'assurée a exposé que la reprise se passait correctement, mais que les douleurs étaient importantes et invalidantes. Elle avait une impression de barre dans le dos et des fourmillements dans les jambes, et présentait des difficultés à la marche et ne pouvait pas porter des charges, mêmes légères, ni réaliser certains travaux, notamment passer l'aspirateur, sortir les poubelles. Ses trois employeurs attendaient son retour à plein temps avec un rendement complet.

30. Le 26 février 2019, le Dr D_____ a prescrit des séances de physiothérapie avec du gainage, des étirements des ischio-jambiers et de la gymnastique posturale.

31. Par avis du 1er mai 2019, le Dr H_____, invité à se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, a proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) pour rééducation et évaluation des capacités fonctionnelles.

32. Dans une nouvelle appréciation du 6 mai 2019, le Dr H_____ a noté que l'assurée exerçait au moment des faits une activité d'une durée d'environ 17h30 par semaine comme employée de maison, et que la reprise à 50% depuis le mois de janvier 2019 se passait bien. Dans ces conditions, on pouvait s'attendre à une reprise professionnelle dans la même activité à 100%.

33. Le 7 mai 2019, le Dr H_____ a fixé à 20% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a considéré que la fracture lombaire avec une cyphose résiduelle comprise entre 10° et 20° avec des douleurs persistantes lors de la position debout prolongée après une mobilisation donnait droit à un taux de 15%. Ce dernier devait être majoré de 5% compte tenu de la corporectomie et de l'implantation d'une cage intersomatique.

34. Le 8 mai 2019, l'assurée a été informée par un collaborateur de la SUVA qu'une reprise pouvait être attendue dès le 1er mai 2019 dans l'activité d'employée de maison à 100%. Toutefois, pour tenir compte de sa situation, elle recevrait des indemnités journalières jusqu'au 30 juin 2019 et elle serait considérée comme pleinement apte à l'emploi, dès le 1er juillet 2019. Le procès-verbal mentionne qu'à cette nouvelle, l'assurée s'était montrée « incrédule » et avait indiqué se sentir « abandonnée » par la SUVA. Elle n'arrivait pas et n'arriverait plus à exercer à plein temps son activité d'employée de maison à temps partiel. Elle souhaitait être examinée par le médecin d'arrondissement, afin que celui-ci puisse se rendre compte de son handicap.

35. Le 10 mai 2019, la Dresse F_____ a prescrit des séances de physiothérapie, à but analgésique et anti-inflammatoire, et en vue d'améliorer les fonctions musculaire et articulaire.

36. Le 13 mai 2019, le Dr H_____ a rappelé que l'assurée avait déjà repris son travail à 50% et diminué son traitement antalgique. En outre, le Dr D_____ avait signalé une pseudo-radiculalgie à la face latérale de la cuisse, ajoutant que les douleurs n'apparaissaient qu'au second plan et n'occasionnaient qu'une gêne modérée. Le bilan radiologique montrait des implants bien en place. En conclusion, le Dr D_____ retenait qu'il existait toujours des douleurs mécaniques liées à un mécanisme de compensation d'une hypolordose lombaire et un renforcement musculaire avait été prescrit. Au vu du taux d'activité exercé et au vu du rapport d'examen spécialisé réalisé en février 2019, la reprise d'activité au taux antérieur pouvait être attendue dès le 1er mai 2019, comme mentionné dans l'avis établi à cette date.

37. Par décision du 15 mai 2019, la SUVA a déclaré l'assurée pleinement apte à l'emploi dès le 1er mai 2019 et accepté, à titre exceptionnel, de lui verser l'indemnité journalière sur la base d'une incapacité de travail de 50% jusqu'au 30 juin 2019, compte tenu de la rééducation en cours. Dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident, elle a mis fin au paiement des frais médicaux, hormis une à deux consultations médicales de contrôle par année, deux séries de neuf séances de physiothérapie complémentaires pour l'année 2019, ainsi que les éventuels médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires à doses modérées. Enfin, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%, correspondant à un montant de CHF 29'640.-, était reconnue.

38. Par rapport du 21 mai 2019, la Dresse F_____ a indiqué à la SUVA qu'elle considérait que la reprise de l'activité d'employée de maison à 100%, soit 17h30 par semaine, dès le 1er juillet 2019 était prématurée. L'assurée se plaignait de douleurs lombaires en barre permanentes et de douleurs sur la cicatrice opératoire, type de brûlures avec des irradiations vers la hanche droite et la cuisse droite, ainsi que d'une limitation notable de la mobilité et de multiples réveils nocturnes aux changements de positions. L'activité d'employée de maison à 50% était limitée aux activités légères, sans aucune activité lourde, tels que le nettoyage des fenêtres, les déplacements de meubles, ou encore le port de charges. Ces limitations étaient également présentes au domicile de la patiente, laquelle était donc dépendante de ses filles qui vivaient avec elle. Ainsi, elle estimait que les séquelles de l'accident ne permettaient pas une activité à plus de 50%.

39. Le 12 juin 2019, le Dr H_____ a confirmé qu'une reprise dans l'activité professionnelle, avec la même durée de travail antérieure, était possible dès le 1er juillet 2019, au vu de l'activité légère dans l'activité professionnelle, du délai par rapport à l'intervention et de l'évolution jugée favorable.

40. L'assurée a formé opposition le 14 juin 2019 et fait valoir qu'elle s'évertuait à travailler au maximum de ses capacités physiques, soit au taux de 50%. Elle n'était pas en mesure de travailler davantage, ce qui avait été attesté par la Dresse F_____. Elle avait donc droit au versement des indemnités journalières versées sur la base d'une incapacité de travail à 50% au-delà du 30 juin 2019. En outre, la continuation du traitement permettrait, selon toute vraisemblance, une amélioration notable de son état de santé, de sorte qu'elle sollicitait la prise en charge des frais médicaux. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait à son sens être fixée à 35%.

41. Par courrier du 20 juin 2019, la SUVA a annulé sa décision du 15 mai 2019 et indiqué à l'assurée qu'elle reprendrait le versement des prestations dès le 1er juillet 2019. Toutefois, son service médical estimait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, de sorte qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux dès le 31 juillet 2019, sous réserve des consultations médicales, séances de physiothérapie et médicaments antalgiques mentionnés dans sa décision. L'indemnité journalière serait également allouée jusqu'au 31 juillet 2019 sur la base d'une incapacité de travail de 50%. Les conditions pour l'indemnisation d'une éventuelle invalidité partielle seraient examinées dès le 1er août 2019.

42. Le 26 juin 2019, le Dr H_____ a considéré qu'il n'y avait pas de nécessité de réaliser un examen, au vu des rapports détaillés du Dr D_____. Il n'avait pas de nouveaux éléments pour modifier le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et les frais de traitement étaient justifiés et devaient « être maintenus selon la décision ».

43. Par courriel du 22 juillet 2019, l'employeur a indiqué à la SUVA que les données salariales de l'assurée n'avaient pas changé. Le revenu pour 2019 était de « CHF 22.45/h x 17.50h/s x 52s + 8.33% vacances ».

44. Dans un rapport du 28 août 2019, le Dr H_____ a mentionné que l'assurée ne pouvait pas exercer l'activité d'employée de maison avec un horaire hebdomadaire de 45 heures par semaine et un rendement complet, compte tenu de la fracture et du traitement chirurgical. En revanche, l'assurée était apte à travailler à 100%, sans baisse de rendement, dans une activité professionnelle adaptée, réalisée, à sa guise, en position assise ou debout, sans accroupissement, sans travail à genoux et sans montée sur une échelle, sans devoir se pencher en avant et avec un port de charge ponctuel, limité à 5kg.

45. Par décision du 10 septembre 2019, la SUVA a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus avec invalidité (CHF 49'813.95) et sans invalidité (CHF 52'533.-) aboutissait à une perte de gain de 5%, insuffisante pour ouvrir le droit à une telle prestation. Si l'état de santé exigeait la reprise du traitement médical, l'intéressée avait la possibilité de l'annoncer et son droit aux prestations serait alors examiné. Enfin, le montant de l'atteinte à l'intégrité était fixé à 20%, conformément à l'appréciation du médecin d'arrondissement.

46. Selon une attestation de la Dresse F_____ du 16 septembre 2019, le traitement quotidien de l'assurée comprenait du Dafalgan, de l'Irfen, de l'Omeprazol et du Sirdalud.

47. Par rapport du 18 septembre 2019, la Dresse F_____ a noté que l'évolution suite aux opérations avait été très lentement progressive, grâce à de nombreuses séances de physiothérapie à sec et en piscine et la prise régulière d'antalgiques. Il persistait des douleurs nocturnes au niveau du site opératoire avec de multiples réveils, des lombalgies mécaniques en barre de la charnière lombo-sacrée avec des irradiations intermittentes des deux cuisses majorées aux efforts. La patiente avait repris une activité d'employée de maison à 50% dès le 7 janvier 2019, ce qui contribuait à la persistance de ses douleurs et l'empêchait d'effectuer ses tâches ménagères à domicile. Elle contestait les conclusions du médecin-conseil et estimait que la capacité de travail de l'assurée ne pouvait pas être supérieure à 50%. En outre, les douleurs justifiaient la poursuite du traitement de physiothérapie et le suivi médical. Une expertise orthopédique apparaissait justifiée.

48. Le 1er octobre 2019, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 10 septembre 2019. Elle a sollicité que la SUVA continue à prendre en charge la totalité de ses frais de traitement, qu'elle revoie son droit à la rente et augmente l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à un taux de 35%. À défaut, elle requérait la mise en œuvre d'une expertise indépendante et complémentaire. Elle a soutenu qu'elle présentait d'importantes douleurs dorsales depuis l'accident, lesquelles étaient allégées par les séances de physiothérapie prescrites et préconisées par la

Dresse F_____ et le Dr D_____. Grâce à ce traitement qu'elle n'avait jamais interrompu, elle avait été en mesure de reprendre le travail à 50%, malgré les douleurs persistantes. La décision contestée était encore plus restrictive que celle du 15 mai 2019.

49. Par avis du 28 janvier 2020, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin-conseil de la SUVA, a résumé les pièces communiquées, dont le dossier radiologique, et relevé que la fracture L2 était guérie et les implants étaient correctement en place, selon les contrôles radiologiques et l'évaluation régulière du Dr D_____. Sur la base des documents à sa disposition, il n'y avait pas de critères objectifs qui limitaient la capacité de travail de l'assurée, comme des déficits neurologiques ou la nécessité de médicaments forts comme des morphiniques. Une augmentation de ladite capacité pouvait être attendue jusqu'à une normalisation, étant rappelé que l'intéressée prenait des médicaments antalgiques. L'état de santé était stabilisé depuis longtemps et l'exigibilité décrite par le Dr H_____ respectait les limitations potentielles qui subsistaient et étaient définies pour une activité professionnelle peu exigeante. La douleur était une estimation subjective sans évolution négative après le contrôle orthopédique à un an et lors du bilan en janvier 2019. En outre, il n'y avait pas d'augmentation relevante des médicaments antalgiques à constater. On pouvait donc s'attendre à une activité professionnelle à 100% sans baisse de rendement comme décrit par le Dr H_____. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'estimation de 20% était dans les limites supérieures pour des fractures avec un angle de Cobb correspondant et prenant en considération les douleurs persistantes.

50. Par décision sur opposition du 29 janvier 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 10 septembre 2019. Elle a indiqué que le fait que l'assurée travaillait à 50% en tant qu'employée de maison ne permettait pas de reconnaître une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Une employée de maison, même sans activités lourdes, ne pouvait pas changer de position à sa guise et devait se pencher en avant. Le marché du travail offrait de nombreuses activités plus légères qui permettaient à l'assurée de travailler à temps complet. Elle était donc fondée à statuer sans devoir procéder à d'autres mesures d'instruction.

    Le revenu d'invalide avait été fixé en se référant aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016 ; Table 1, profil 1, femmes, tâches physiques ou manuelles simples), soit un montant de CHF 54'581.13 (CHF 4'363.- / 40 heures x 41.7 heures x 12 mois), indexé à CHF 55'348.82 en 2019, puis réduit à CHF 49'813.95 compte tenu d'un abattement de 10% en lien avec les limitations fonctionnelles. La comparaison entre ce revenu exigible (CHF 49'813.95) et le revenu présumable sans invalidité pour un travail à 100% (CHF 52'533.- [CHF 22.45/heure x 45 heures par semaine x 52 semaines]) laissait apparaître une perte de 5.21%.

La demande tendant à la prise en charge des traitements en cours ou à venir devait également être refusée, compte tenu de la stabilisation du cas et de l'absence du droit à la rente. À bien plaire toutefois, elle continuerait à prendre en charge les traitements reconnus selon sa missive du 20 juin 2019.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a rappelé que le Dr H_____ avait retenu un taux de 15% pour la cyphose résiduelle comprise en 10° et 20° avec des douleurs persistantes après mobilisation, et majoré ce taux de 5% pour la corpectomie. Selon la Dresse I_____, ce taux était dans les limites supérieures pour des fractures avec un angle de Cobb correspondant et prenait en considération les douleurs persistantes.

51. Par acte du 2 mars 2020, la recourante, représentée par un mandataire, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 29 janvier 2020. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à celle de la Dresse F_____, et à la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer le dies a quo de la stabilisation de son état de santé. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, à ce que l'intimée soit condamnée à la soumettre à un séjour à la CRR, à reprendre le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux depuis le 1er août 2019 jusqu'à la stabilisation de son état de santé. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision, à ce qu'un taux d'invalidité de 28% au moins lui soit reconnu et une atteinte à l'intégrité de 25%, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser ces prestations sous déduction du montant déjà versé.

La recourante a reproché à l'intimée d'avoir rendu une décision prématurée sur son droit à la rente alors que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Elle a relevé que l'intimée s'était basée sur les conclusions de son médecin-conseil, dont l'avis remontait au 1er mai 2019 et ne reposait que sur deux postulats subjectifs. D'une part, qu'au vu de son faible taux d'activité avant l'accident (38%), une reprise à 100% pourrait être exigée. Une telle appréciation était arbitraire en l'absence de toute considération médicale objective. D'autre part, que cette reprise se passait bien. Or, la reprise à 50% de son activité depuis le 1er janvier 2019 contribuait à la persistance des douleurs, constatées et admises par la Dresse F_____ et le Dr D_____, qui l'empêchaient également de réaliser les tâches ménagères chez elle. En outre, le Dr D_____, qui l'avait examinée en janvier 2020, n'avait aucunement retenu une stabilisation de l'état de santé puisqu'il avait prévu un contrôle neuf mois plus tard pour examiner l'évolution des douleurs. Le médecin d'arrondissement avait préconisé un séjour à la CRR pour favoriser la rééducation et évaluer les capacités fonctionnelles, admettant ainsi que l'état de santé n'était pas stabilisé, mais l'intimée n'avait pas donné suite à cette recommandation. Elle s'était donc écartée non seulement de l'avis du Dr D_____, mais aussi de celui de son médecin-conseil. Son état de santé n'était pas encore stabilisé et la décision devait ainsi être annulée pour ce motif déjà. Elle pouvait prétendre à la reprise des indemnités journalières et la prise en charge des traitements médicaux depuis le

1er août « 2020 » (recte 2019), jusqu'à la stabilisation de son état de santé et l'épuisement des mesures de rééducation.

La recourante a ensuite invoqué que l'appréciation du médecin d'arrondissement concernant sa capacité de travail exigible était arbitraire. Ce médecin s'était écarté sans explication de l'avis de la Dresse E_____, qui avait relaté des douleurs lors d'efforts moyens et des restrictions physiques telles qu'un empêchement de flexion du corps adéquat, un port de charge limité à 3 kg, l'impossibilité de maintenir les positions debout et accroupie. En l'absence d'un séjour à la CRR, l'appréciation du médecin-conseil s'écartait sans explication ou motivation des appréciations médicales au dossier. À ce propos, elle a rappelé que le Dr D_____ avait fait état d'un trouble de l'alignement du dos et d'une discopathie cyphosante de segment L5-S1 avec comme manœuvre compensatoire une rétroversion du pelvis, ainsi que des douleurs mécaniques dans la région charnière lombosacrée occasionnant des réveils nocturnes fréquents, et que la Dresse F_____ avait noté des douleurs irradiant la hanche et la cuisse droites, limitant notablement la mobilité et causant de multiples réveils nocturnes aux changements de position. D'ailleurs, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% confirmait l'importance de ses limitations. Il était irréaliste de penser qu'elle pourrait travailler toute la journée sans diminution de rendement, alors qu'elle ne pouvait pas dormir toute la nuit sans douleurs, et qu'elle ne pouvait réaliser aucune tâche ménagère lourde, même chez elle. Il était difficile d'imaginer un travail à plein temps qui concilierait ses limitations fonctionnelles avec les exigences de rendement imposées. Elle considérait que sa capacité de travail résiduelle était de 50% dans une activité adaptée.

La recourante a également contesté les montants retenus par l'intimée pour déterminer son taux d'invalidité. Compte tenu d'un salaire annuel de CHF 22'131.27 pour un 38% (CHF 22.45h x 17.5h/ semaine x 52 semaines + 8.33%), le revenu sans invalidité devait être fixé à CHF 58'240.20 (CHF 22'131.27 x 100% / 38%). Quant au revenu d'invalide, selon l'ESS 2016, une femme de ménage de plus de 29 ans gagnait un salaire mensuel brut de CHF 4'131.-, soit CHF 49'572.- par année (tableau /17, position 91, femme). Compte tenu d'un abattement de 15% justifié par les limitations fonctionnelles et des douleurs qui l'empêchaient de dormir et donc de se reposer, de l'absence de toute formation professionnelle et de son âge, le revenu d'invalide s'élevait à CHF 42'136.-. Par conséquent, son taux d'invalidité était d'au moins 28%.

Elle a enfin fait grief à l'intimée de lui avoir alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisante. Elle a rappelé les constatations médicales selon lesquelles elle souffrait de douleurs constantes, même au repos et la nuit, de sorte qu'il convenait de se référer à l'échelle « +++ » de la table 7, pour les fractures lombaires y compris une cyphose de degré de 10-20°. L'atteinte se situait ainsi entre 20% et 25%. En appliquant le taux de 20% et en y ajoutant une majoration complémentaire

pour tenir compte de la corporectomie et de l'implantation d'une cage intersomatique, l'indemnité devait être fixée à 25% au minimum.

52. Dans sa réponse du 30 mars 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Elle a rappelé que son médecin d'arrondissement avait confirmé la stabilisation de l'état de santé de longue date, dans son avis du 28 janvier 2020, et que la recourante était malaisée de relever qu'un séjour à la CRR avait été suggéré dans la mesure où elle l'avait elle-même refusé. Enfin, la Dresse F_____ et le Dr D_____ ne proposaient et ne retenaient pas de traitement propre à augmenter ou rétablir la capacité de travail de la recourante, à tout le moins de manière significative, puisque seules des séances de physiothérapie étaient encore prescrites en février 2019. Elle était donc fondée à mettre un terme aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement, au 31 juillet 2019.

Concernant l'évaluation de l'invalidité, le succinct rapport de la Dresse E_____, établi seulement 4 mois après la seconde intervention et 18 mois avant la date de la stabilisation de l'état de santé, n'était pas pertinent puisque l'intéressée n'avait alors pas encore pleinement récupéré. Quant au Dr D_____, il ne s'était pas prononcé sur les capacités de travail et de gain. Ses rapports énuméraient uniquement des diagnostics et relataient des douleurs. Ils n'étaient donc pas pertinent non plus. La Dresse F_____ ne s'était pas déterminée sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Son appréciation n'était pas propre à jeter un doute, même faible, sur les limitations fonctionnelles retenues par les médecins-conseil.

S'agissant du taux d'invalidité, le taux de 38% était erroné car il s'agissait en réalité de 39% (17.7 /45 x 100). De plus, ni les contrats de travail de la recourante ni le contrat-type de travail avec les salaires minimaux impératifs de l'économie domestique ne prévoyait un salaire horaire supérieur à CHF 22.45 pour une employée sans formation, ou encore un 13ème salaire obligatoire. Le salaire horaire de CHF 22.45 devait être confirmé, tout comme les 45 heures par semaine. En multipliant le salaire hebdomadaire par 52 semaines, elle avait parfaitement tenu compte du droit aux vacances et aux jours fériés, de sorte que le taux de 8.33% ne pouvait être ajouté. Concernant le revenu d'invalide, il n'apparaissait pas impossible que la recourante puisse réaliser des activités simples et répétitives dans des domaines autres que l'aide au ménage, de sorte qu'il était conforme à la jurisprudence de se fonder sur le TA1. En retenant le salaire médian de la catégorie aide au ménage, il conviendrait alors de prendre en considération le salaire des femmes de plus de 50 ans, soit un revenu mensuel de CHF 4'396.- (et non CHF 4'131.-). S'agissant de l'abattement, l'âge n'était pas un critère de réduction en matière d'assurance obligatoire contre les accidents. Pour le reste, les douleurs résiduelles et l'absence de formation et de mesure de réadaptation avaient été prises en compte dans le taux de 10%.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le degré ++ correspondait à des douleurs minimes permanentes, même au repos, accentuées par des efforts, alors que le degré +++ correspondait à des douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, ne diminuant que lentement après aggravation et rendant le port de charges supplémentaires impossible. Au vu des rapports du Dr D_____ et de la Dresse F_____, il n'y avait pas lieu de retenir une intensité +++, étant relevé que la prise de médicaments antalgiques était extrêmement raisonnable et au décours, ce qui ne saurait coïncider avec des douleurs permanentes, plus ou moins intenses, également la nuit et au repos. En outre, aucun médecin ne retenait que le port de charge était impossible. L'intensité des douleurs devait donc être relativisée et la décision litigieuse devait être confirmée sur ce point également.

53. Par réplique du 15 juillet 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a relevé que l'intimée avait indiqué se fonder sur l'avis du 28 janvier 2020, lequel était toutefois postérieur à la décision du 10 septembre 2019. Il était étonnant que le médecin d'arrondissement ait estimé nécessaire de la soumettre à un séjour à la CRR en mai 2019 si aucune question ne se posait sur son état de santé et sur sa stabilité. Les pièces citées par l'intimée ne permettaient pas de confirmer qu'elle aurait refusé un tel séjour. Même si ceci était avéré, ce qui était contesté, il n'en demeurerait pas moins que retenir un état de santé stabilisé en juin 2019 irait à l'encontre de l'avis du médecin d'arrondissement et des autres médecins l'ayant examinée. En outre, le Dr D_____ avait préconisé un traitement de renforcement musculaire dorso-lombaire au moyen de séances de physiothérapie. Il avait donc considéré que la situation pouvait s'améliorer sensiblement au moyen de séances de physiothérapie, lesquelles étaient un traitement comme un autre et figuraient dans la large palette des traitements à disposition des praticiens pour améliorer l'état de santé des patients. De plus, il avait jugé nécessaire de la revoir dans 6 mois, soit en août 2019, pour juger de la pertinence et de l'efficacité de ce traitement. Concernant la Dresse F_____, le rapport cité par l'intimée n'indiquait nullement que celle-ci proposait pour seule mesure de traitement des séances de physiothérapie. Ce document contestait, en revanche, l'appréciation de l'intimée concernant une reprise complète de l'activité professionnelle dès le 1er juillet 2019, mais attestait d'une capacité de travail encore très limitée. Ainsi, les arguments de l'intimée ne permettaient pas de considérer que son état de santé était stabilisé en juin 2019.

Concernant la capacité de travail résiduelle, elle a rappelé que la détermination du médecin d'arrondissement était contradictoire puisqu'il avait estimé qu'elle devait se soumettre à un séjour à la CRR pour que ses capacités fonctionnelles soient évaluées par des spécialistes, tout en retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En l'absence d'instruction exhaustive, les limitations fonctionnelles ne pouvaient être établies et la décision devait être annulée.

S'agissant du taux d'invalidité, il convenait de tenir compte des vacances, conformément aux indications de l'employeur. Son salaire horaire s'élevait à CHF 24.32 (CHF 22.45 + [8.33% x CHF 22.45]). Compte tenu d'un temps plein, soit une semaine de 45 heures comme retenu par l'intimée, le revenu annuel devait être fixé à CHF 56'908.80 (CHF 24.32/h x 45 heures x 52 semaines). Ce montant était d'ailleurs confirmé par le calcul de la différence des pourcentages. Le salaire se montait en effet à CHF 22'131.27 pour un 39%, ce qui correspondait à CHF 56'746.85 pour une activité à plein temps. Il convenait donc de retenir un montant de CHF 56'827.85 (CHF 56'908.80 + CHF 56'746.85 / 2). Concernant le revenu avec invalidité, il convenait de retenir un abattement d'au minimum 15% en raison de l'âge, de l'impossibilité de se reposer la nuit, de l'absence de toute formation professionnelle, des limitations fonctionnelles et de l'absence de mesures de réadaptation. Il en résultait un revenu d'invalide de CHF 44'502.60. Ainsi, même en appliquant le tableau retenu par l'intimée, son taux d'invalidité était de 22%.

Pour le surplus, elle maintenait son argumentation relative à l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité.

54. Par duplique du 22 juillet 2020, l'intimée a également persisté. Elle a relevé que la recourante n'avait démontré ni que le séjour à la CRR ; ni que la poursuite de la physiothérapie, seraient des traitements médicaux susceptibles d'apporter une amélioration sensible de son état de santé en augmentant ou rétablissant sa capacité de travail. Elle avait pris en charge pas moins de 135 séances de physiothérapie, de sorte qu'on pouvait douter de l'apport d'un bénéfice quelconque en cas de nouvelles séances. S'agissant des limitations fonctionnelles retenues, elles correspondaient à celles établies par son médecin d'arrondissement qui avaient en outre été confirmées par sa division de médecine de assurances. Ces rapports remplissaient les conditions relatives à la valeur probante et aucune appréciation médicale ne permettait de les remettre en cause. Enfin, multiplier le salaire hebdomadaire par 52 et y ajouter 8.33% à titre de vacances n'était pas conforme à la jurisprudence, et il paraissait douteux de retenir un revenu sans invalidité qui résultait d'une moyenne entre le résultat de deux calculs.

55. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 2 mars 2020 contre la décision du 29 janvier 2020 est recevable.

4. a. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 29 janvier 2020, par laquelle l'intimée a confirmé sa décision du 10 septembre 2019, statuant sur les droits de la recourante à une rente d'invalidité, à la prise en charge des frais de traitement et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

   Il est rappelé que la décision du 15 mai 2019, mettant formellement fin au versement des indemnités journalières et au paiement des frais de traitement au 30 juin 2019, a été annulée par courrier du 20 juin 2019. Dans ce dernier, l'intimée a considéré que l'état de santé de l'intéressée était stabilisé et que le droit auxdites prestations prendrait fin au 31 juillet 2019.

   b. Selon la jurisprudence, la 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, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2).

   c. Partant, il doit être admis qu'en rendant, en date du 29 janvier 2020, une décision formelle de refus de rente, l'intimée a également, par voie de conséquence, refusé formellement le versement de l'indemnité journalière au-delà du 31 juillet 2019, tel que stipulé dans sa missive du 20 juin 2019.

   Le litige porte donc sur le droit aux prestations de la recourante au-delà du 31 juillet 2019, cas échéant sur l'évaluation de l'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. À teneur de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

   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).

Conformément à l'art. 18 al. 1 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA précise que 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.

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

b. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557

p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

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 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

6. a. 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).

b. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

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

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

7. 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).

8. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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).

9. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement (hormis une à deux consultations médicales de contrôle par année, deux séries de neuf séances de physiothérapie complémentaire pour l'année 2019, ainsi que les éventuels médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires à doses modérées) au 31 juillet 2019, date à partir de laquelle elle a considéré, sur la base des avis de ses médecins-conseils, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident.

   Il convient donc d'examiner la valeur probante des différents rapports du Dr H_____ et de la Dresse I_____.

10. a. La chambre de céans observe d'emblée que, contrairement à ce que mentionne le courrier de l'intimée du 20 juin 2019, le Dr H_____ ne s'est pas expressément déterminé sur la stabilisation de l'état de santé de la recourante.

En effet, dans ses avis rendus jusqu'au 20 juin 2019, il s'est avant tout prononcé sur l'exigibilité d'une reprise de l'activité habituelle, exercée selon les modalités qui prévalaient avant le sinistre assuré (cf. avis des 6 et 13 mai, 12 juin 2019). Par la suite, il a uniquement été invité à prendre position sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, sans se déterminer sur une possible amélioration de l'état de santé grâce aux traitements « justifiés » qui devaient être « maintenus » (cf. avis des 26 juin et 28 août 2019).

b. La chambre de céans constate ensuite que les conclusions du médecin d'arrondissement, relatives à la capacité de travail de la recourante eu égard à son taux d'activité usuel, reposent pour l'essentiel sur la prémisse erronée que l'état de santé de l'intéressée lui avait permis de reprendre son activité habituelle à 50%, sans difficulté.

Ainsi, dans son avis du 19 octobre 2018, le médecin-conseil a simplement indiqué attendre le dernier rapport du chirurgien, soit celui du 10 octobre 2018, ajoutant qu'en l'absence de problème, une reprise à 100% serait envisagée.

Dans sa détermination du 1er mai 2019, le Dr H_____ a préconisé un séjour à la CRR « pour rééducation et évaluation des capacités fonctionnelles », sans que l'on sache si le rapport du Dr D_____ du 10 octobre 2018 lui avait été soumis. C'est le lieu de relever que, contrairement aux allégations de l'intimée, les pièces produites n'établissent pas que la recourante aurait refusé un tel séjour.

Le 6 mai 2019, le médecin-conseil a changé d'avis et conclu qu'une reprise professionnelle pouvait être attendue à 100% dans la même activité, comme évoqué dans son avis du 19 octobre 2018, aux motifs que l'intéressée travaillait habituellement comme employée de maison à raison de 17h30 par semaine, qu'elle avait repris son activité à 50% depuis le mois de janvier 2019 et que cela « se passait bien ». Or, il ressort clairement des rapports des médecins qui suivaient la recourante que cette dernière avait relaté une recrudescence des douleurs depuis la reprise thérapeutique à 50% (cf. rapport du Dr D_____ du 10 octobre 2018) et que les difficultés ont subsisté après la reprise du travail à 50% en janvier 2019 (cf. rapports de la Dresse F_____ des 21 mai et 18 septembre 2019). De surcroît, la recourante ne parvenait pas à accomplir toutes les tâches inhérentes à sa fonction, comme par exemple passer l'aspirateur, déplacer des meubles, nettoyer les fenêtres ou encore sortir les poubelles. Elle n'a donc jamais été mesure de reprendre son activité d'employée de maison, même à 50%, puisque les tâches qui lui ont été confiées dans le cadre de cette reprise ont été allégées par l'employeur (cf. procès-verbaux des entretiens des 29 juin et 12 octobre 2018, 28 janvier 2019). Dans de telles circonstances, on ne saurait considérer que la reprise se passait bien.

Par avis du 13 mai 2019, le médecin d'arrondissement a maintenu qu'une reprise d'activité au taux antérieur pouvait être attendue dès le 1er mai 2019. Il a rappelé que la recourante travaillait toujours à 50% et qu'elle avait pu diminuer son traitement antidouleur. Il a également relevé que le Dr D_____ avait signalé une

pseudo-radiculalgie à la face latérale de la cuisse, que les douleurs n'apparaissaient qu'au second plan et n'occasionnaient qu'une gêne modérée, que le bilan radiologique montrait des implants bien en place et qu'un renforcement musculaire avait été prescrit en lien avec les douleurs liées au mécanisme de compensation d'une hypolordose lombaire. Comme déjà constaté, on ne saurait retenir que la recourante avait repris son activité d'employée de maison à 50% puisqu'elle n'était pas en mesure d'effectuer de nombreuses tâches. De plus, si le chirurgien a effectivement noté que les maux résultant de la pseudo-radiculalgie apparaissaient « au second plan » et n'occasionnaient qu'une « gêne modérée », il a également retenu que les douleurs mécaniques en barre, mises sur le compte d'un mécanisme de compensation d'une hypolordose lombaire, étaient toujours présentes et que les douleurs inflammatoires en regard du site opératoire persistaient, avec une minime amélioration (5/10 EVA contre 6/10 EVA lors du dernier contrôle) et des réveils nocturnes moins fréquents (cf. rapport du Dr D_____ du 11 février 2019). Concernant la diminution du traitement médicamenteux, il sied de souligner que l'arrêt de Co-Dafalgan a été motivé par des effets indésirables (cf. rapport du Dr D_____ du 4 décembre 2017) et que l'intéressée a déploré une aggravation des douleurs suite à l'arrêt du Zaldiar (cf. rapport du Dr D_____ du 10 octobre 2018), ce qui a d'ailleurs nécessité une augmentation du traitement, avec l'introduction de Dafalgan et d'Omeprazol, en sus de l'Irfen et du Sirdalud (cf. attestation de la Dresse F_____ du 16 septembre 2019). Ainsi, malgré un traitement conséquent comprenant la prise quotidienne de plusieurs substances, la recourante a continuellement fait état de douleurs persistantes l'empêchant de reprendre ses activités habituelles.

Dans son avis du 12 juin 2019, le Dr H_____ a confirmé qu'une reprise dans l'activité professionnelle, avec la même durée de travail qu'antérieurement au sinistre, était possible dès le 1er juillet 2019, au vu de l'activité professionnelle « légère », du délai par rapport à l'intervention et de l'évolution jugée « favorable ». Cependant, l'activité habituelle de la recourante ne saurait en aucun cas être qualifiée de légère. Le médecin d'arrondissement semble avoir mal interprété les termes du rapport de la Dresse F_____ du 21 mai 2019, laquelle a noté que l'activité exercée à 50% par sa patiente était « limitée aux activités légères », sans tâches lourdes. Cette indication correspond aux déclarations de la recourante, qui a expliqué à maintes reprises qu'elle n'arrivait plus à accomplir l'intégralité de ses missions depuis sa reprise et qu'elle ne s'adonnait qu'aux travaux légers. Enfin, en dépit de l'évolution « favorable » rapportée de façon continue par le Dr D_____, il n'en reste pas moins que ce médecin a également signalé la persistance d'importantes douleurs, « plausibles » dans le contexte du traumatisme et le status post-opératoire, avec un mauvais alignement spino-pelvien résiduel sur une perte de lordose post-traumatique, une subsidence de la cage au niveau du plateau supérieur de L3 (cf. rapport du 15 mars 2018), une discopathie cyphosante de segment L5-S1 (cf. rapport du 10 octobre 2018). On ne saurait donc

conclure, sans davantage d'explications, que l'évolution « favorable » permettait la reprise de l'activité habituelle.

c. Enfin, l'évaluation du Dr H_____ n'est guère plus convaincante concernant la capacité de travail dans une activité exercée à raison de 45 heures par semaine.

Le médecin-conseil a en effet estimé que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à 100% sans baisse de rendement. Il a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, la nécessité de pouvoir travailler à sa guise en position assise ou debout, sans accroupissement, sans travail à genoux et sans montée sur une échelle, sans devoir se pencher en avant et avec un port de charge ponctuel limité à 5kg (cf. avis du 28 août 2019).

Ces conclusions sont dépourvues de toute argumentation et le Dr H_____ n'a livré aucune explication s'agissant des restrictions engendrées par les troubles persistants dont souffre la recourante. Il est surprenant qu'aucune contre-indication ne soit mentionnée pour les mouvements de flexion, d'extension et de torsion de la colonne vertébrale (cf. prescriptions de physiothérapie du Dr D_____ des 27 novembre 2017 et 5 octobre 2018). En outre, la position prolongée a été considérée comme un facteur aggravant par la Dresse G_____ (cf. rapport du 17 mai 2018), de sorte qu'il était nécessaire d'apporter des précisions sur l'alternance des positions. Quant au port de charge, le médecin d'arrondissement a estimé qu'il était limité à 5 kg, alors que la Dresse E_____ avait retenu 3 kg (cf. rapport du 19 janvier 2018). En l'absence de toute motivation, les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement sont donc peu compréhensibles.

Enfin, il sied de rappeler que le médecin d'arrondissement n'a pas examiné personnellement la recourante, malgré les demandes de cette dernière, et que sa détermination est exclusivement fondée sur les rapports soumis à son appréciation, en particulier ceux du chirurgien et de la médecin traitant. Or, le premier ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée et la seconde a estimé que seul un taux de 50% pouvait être exigé dans l'activité habituelle, sans précision quant au pourcentage envisageable dans une activité adaptée.

11. L'intimée ne pouvait donc pas, sur la base des appréciations du Dr H_____, retenir que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 31 juillet 2019, et mettre ainsi fin au versement des indemnités journalières et au remboursement des frais de traitement, puis statuer sur le droit à une rente d'invalidité.

12. a. S'agissant du rapport de la Dresse I_____ du 28 janvier 2020, il ne contient aucune argumentation d'ordre médical à l'appui de ses conclusions selon lesquelles on pouvait s'attendre à une « augmentation jusqu'à la normalisation » de la capacité de travail de la recourante.

La médecin a noté que la fracture L2 était guérie et que les implants étaient correctement en place selon les contrôles radiologiques et l'évaluation régulière du Dr D_____, ajoutant qu'il n'y avait pas de critères objectifs limitant la capacité de

travail de la recourante, comme des déficits neurologiques ou la nécessité de médicaments forts comme des morphiniques. Cette appréciation est insuffisante au vu des troubles objectivés par le Dr D_____, lequel a notamment estimé que les douleurs mécaniques persistaient et résultaient du trouble de l'alignement spino-pelvien, compensé par une rétroversion exagérée du pelvis.

b. La Dresse I_____ a considéré que l'état de santé était stabilisé depuis « longtemps », sans aucune précision ni explication. Elle ne s'est d'ailleurs pas du tout prononcée sur le traitement médicamenteux prescrit par la Dresse F_____ dans sa dernière attestation, ni sur les séances de physiothérapie, préconisées tant par la médecin traitant que par le chirurgien.

À cet égard, on relèvera d'ailleurs que si le Dr D_____ a tout d'abord entendu privilégier les exercices à domicile aux séances de physiothérapie (cf. rapport du 4 décembre 2017), il n'a par la suite cessé de prescrire de la physiothérapie, afin de muscler le dos et les abdominaux, avec des manœuvres de protection de la colonne vertébrale (cf. prescription du 5 octobre 2018 et rapport du 25 janvier 2019), étirer les ischio-jambiers raccourcis (cf. rapport du 25 janvier 2019 et prescription du 26 février 2019). Les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne comportent aucun compte-rendu des séances de physiothérapie, de sorte qu'on ignore tout des éventuels bénéfices de ce traitement. Cela étant, aucun élément ne permet en l'état de considérer qu'il s'agirait d'un traitement destiné uniquement à soulager temporairement des douleurs résultant d'un état de santé stabilisé.

c. Enfin, la médecin du Centre de compétence a noté que l'exigibilité décrite par le Dr H_____ respectait les limitations « potentielles » qui subsistaient et étaient définies pour une activité professionnelle « peu exigeante ».

Son appréciation ne contient pas la moindre justification permettant de conforter celle du médecin d'arrondissement.

13. Au vu de ce qui précède, le rapport de la Dresse I_____, dépourvu de toute valeur probante, ne permet pas non plus de tirer des conclusions fiables, que ce soit sur la stabilisation de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail ou encore sur les limitations fonctionnelles.

14. Il y a donc lieu d'annuler la décision litigieuse, sans qu'il soit nécessaire, à ce stade, d'examiner les autres griefs de la recourante.

15. En l'absence de tout avis médical probant sur les questions litigieuses de la stabilisation de l'état de santé, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail résiduelle de la recourante, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, administrer les preuves nécessaires, si besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision.

16. Par conséquent, le recours sera admis, la décision du 29 janvier 2020 annulée, et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

    La recourante, représentée par un mandataire professionnel, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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 du 29 janvier 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

| La greffière | Le président |
|---|---|
| Nathalie LOCHER | 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