



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2019 252

## **Arrêt du 24 septembre 2020**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Marc Boivin  
Juges : Yann Hofmann, Marc Sugnaux  
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Johnny Dousse,  
avocat

contre

**SUVA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents

Recours du 30 septembre 2019 contre la décision sur opposition du  
30 août 2019

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, née en 1990, domiciliée à B.\_\_\_\_\_, mariée, titulaire d'un diplôme de technicienne du tourisme C.\_\_\_\_\_, travaillait à un taux de 25% en tant que nettoyeuse au sein d'une entreprise active dans l'organisation et l'exécution de travaux de nettoyage de bâtiments et d'installations.

Le 16 septembre 2014, dans le cadre de son activité, elle a glissé sur le sol humide ce qui a occasionné une luxation de la rotule gauche. Une incapacité de travail totale lui a été médicalement attestée depuis le 16 septembre 2014.

B. Ce cas a été annoncé à la SUVA auprès de laquelle elle était assurée, par le biais de son employeur, contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 6 juin 2015, l'assurée a repris l'exercice de son activité. Cependant, le 29 janvier 2016, son employeur a annoncé la rechute du cas, une incapacité de travail étant médicalement attestée depuis la veille.

Elle a alors bénéficié d'un séjour auprès de D.\_\_\_\_\_ du 6 avril au 10 mai 2016, dont les médecins ont attesté de la non-stabilisation du cas. La SUVA a également soumis l'assurée à l'examen de son médecin d'arrondissement.

Par décision du 29 mars 2018, confirmée sur opposition le 12 octobre 2018, la SUVA a rejeté la demande de rente, en l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident assuré, mais lui a, en revanche, reconnu le droit une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'un taux de 5%.

Le recours (605 2018 283) interjeté contre cette décision a été rayé de rôle par suite de décision pendente lite, la SUVA lui ayant reconnu le droit à un IPAI sur la base d'un taux de 10%, ce qui a été acté par décision du 22 mars 2019.

C. Le 16 août 2018, l'assurée a glissé sur le trottoir et fait un faux mouvement. Selon ses médecins, cet événement a causé une fracture non déplacée de la rotule gauche.

Ce cas a une nouvelle fois été annoncé à la SUVA auprès de laquelle elle était désormais assurée par le biais de l'assurance-chômage.

Par décision du 2 mai 2019, confirmée sur opposition le 30 août 2019, la Suva a informé son assurée qu'il serait mis fin au versement des indemnités journalières et des frais médicaux avec effets au 31 mai 2019. Elle précise qu'il ne lui serait pas reconnu le droit à une rente ni à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire, les limitations fonctionnelles n'ayant pas évoluées depuis la décision du 29 mars 2018.

D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Johnny Dousse, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 30 septembre 2019 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, au renvoi pour instruction complémentaire s'agissant du droit à la rente ainsi qu'à l'octroi d'un IPAI basé sur un taux de 10%, et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente basée sur un taux de 40%.

A l'appui de ses conclusions, elle se plaint de ce que l'assurance-accidents ait mal interprété les avis de ses médecins en retenant que la fracture de sa rotule gauche était guérie et que l'accident

du 16 août 2018 n'avait pas provoqué de modification importante. Elle relève en effet que ceux-ci indiquent l'existence d'une lésion cartilagineuse rétro-patellaire et attestent qu'elle ne peut plus autant plier son genou qu'auparavant. Elle affirme en outre qu'un médecin d'arrondissement aurait caviardé son rapport médical et changé d'avis dans un délai de 15 minutes (rapport du 30 avril 2019) dans le but d'éviter à l'intimée une nouvelle instruction. Elle critique encore les mesures d'instruction diligentées par l'autorité intimée, affirmant qu'elles ne remplissent pas les critères pour leur reconnaître une quelconque valeur probante et passent sous silence les avis divergents de ses médecins et de sa physiothérapeute. Enfin, elle estime qu'il convient de lui octroyer une IPAI plus importante, se référant aux tables de la SUVA relatives aux troubles fonctionnels des membres inférieurs.

Dans ses observations du 4 décembre 2019, la SUVA propose une admission partielle du recours, la recourante ayant droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% pour les suites de l'évènement du 8 août 2018 et le recours étant rejeté pour le surplus.

A l'appui de ses conclusions, elle produit un rapport d'une chirurgienne au sein de son centre de compétence en médecine des assurances, selon laquelle s'il y a effectivement une légère péjoration de l'état du genou gauche, l'exigibilité et les limitations fonctionnelles restent inchangées dans la mesure où elles tenaient déjà compte d'une flexion limitée – mais non bloquée – du genou.

Lors du second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **en droit**

### *1. Recevabilité*

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

### *2. Généralités relatives à l'assurance-accidents*

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

### *3. Règles relatives à l'appréciation des preuves*

3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

3.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

3.3. 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. Etant 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 353 consid. 3b/ee).

Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à

l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

#### 4. Règles relatives à la stabilisation de l'état de santé

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit 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 (art. 16 al. 2 LAA). De même, 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).

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 santé 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).

Ce qu'il faut entendre par "*sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré*" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2<sup>e</sup> éd. 1989, p. 274).

#### 5. Discussion sur la stabilisation de l'état de santé

En l'occurrence, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières et des frais médicaux avec effet au 31 mai 2019, considérant implicitement que l'état de santé était stabilisé à partir de cette date.

Dans son dernier rapport du 12 février 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, affirme qu'un "*geste chirurgical n'est pas indiqué pour l'instant*" et précise avoir proposé à sa patiente de "*poursuivre le traitement de physiothérapie afin d'améliorer la mobilité*" (dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 71). Dans ses précédents rapports, il regrettait déjà l'absence d'amélioration clinique et la limitation de la flexion qui demeurait inférieurs à 60° (rapports des 21 janvier et 15 mars 2019; dossier sinistre 26.18301.18.7, pièces 64).

Pour sa part, dans son second rapport du 29 avril 2019, la Dre F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, indique une évolution stationnaire avec persistance de douleurs et boiterie, problèmes qu'elle prédit persistants. Elle indique un traitement par physiothérapie et prise d'AINS (dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 72).

A ce stade, la Cour se doit de rappeler qu'un traitement conservateur – tels que la physiothérapie et la prise d'antalgiques cités en l'espèce – n'est pas de nature à apporter une notable amélioration de l'état de santé. Il vise uniquement à le maintenir.

Compte tenu des différentes considérations médicales évoquées ci-dessus, l'on doit constater que, en l'étant, il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée. Celui-ci doit dès lors être considéré comme stabilisé au sens de la loi sur l'assurance-accidents.

L'on peut dès lors confirmer la fin du paiement de l'indemnité journalière et du traitement médical ainsi que le passage à l'examen du droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

#### 6. *Discussion sur la capacité de travail*

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner le droit à la rente, ce qui passe, dans un premier temps, par l'examen de la capacité (résiduelle) de travail de la recourante.

A ce stade, il ne paraît pas y avoir de contestation du lien de causalité naturelle ou adéquate des troubles orthopédiques allégués avec l'accident du 16 août 2018. En particulier, quand bien même le Dr E. \_\_\_\_\_ semble évoquer l'influence non négligeable qu'aurait le surpoids sur l'état de sa patiente (rapport du 12 février 2019, dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 71; cf. ég. pièce 64), la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, admet qu'une certaine péjoration de la flexion du genou gauche est survenue suite à l'accident du 16 août 2018 (rapport du 4 décembre 2019, produit avec les observations du 11 décembre 2019). Il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant cette problématique.

6.1. Dans son rapport du 4 décembre 2019, la Dre G. \_\_\_\_\_ retient que l'assurée est limitée dans la flexion de son genou gauche à 60°. Cependant elle estime que cette péjoration de l'état du genou gauche - flexion limitée à 60% par rapport à 95% - ne remet pas en cause l'exigibilité retenue en janvier 2018, à savoir: pas de travail en position à genoux ou accroupie; pas de port de charges au-delà de 15kg, montée des escaliers, un étage à la fois, alternance des positions assise et debout. Selon elle, une activité respectant ces limitations peut être exercée par la recourante à 100%, sans perte de rendement.

Cette appréciation se fonde sur les pièces du dossier soit, en particulier, plusieurs examens radiologiques du genou gauche ainsi que différents rapports des médecins en charge de l'assurée. L'on rappelle, à ce stade, que, selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). De ce fait, la Dre G. \_\_\_\_\_ a été en mesure de traiter le cas en pleine connaissance des plaintes, de l'anamnèse et de l'historique médical.

La docteure présente une argumentation, certes peu détaillée, mais néanmoins suffisante de ses conclusions, surtout mises en lien avec les autres pièces du dossier. S'agissant de la problématique de la capacité de travail en particulier, l'on comprend clairement le raisonnement qui la conduit à considérer que les limitations fonctionnelles fixées à la suite de l'accident du 16 septembre 2014 tenaient déjà compte d'une flexion limitée du genou. Il apparaît également

évident qu'une réduction somme toute modérée de la flexion du genou n'a qu'une incidence marginale sur ces limitations fonctionnelles. Cela est d'autant plus le cas que les activités adaptées retenues alors devaient permettre l'alternance des positions et devaient éviter les travaux en position à genou ou accroupies, le port de charges supérieures à 15kg, la montée de plusieurs étages d'escaliers (cf. ég. rapport du 29 janvier 2018, dossier sinistre 16.26015.14.6; pièce 460; cf ég. pièce 479).

Partant, les conclusions de la Dre G. \_\_\_\_\_, argumentées et convaincantes, doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel et peuvent, de ce fait, être suivies.

6.2. Ces conclusions ne sont pas mises en doute par les autres rapports médicaux figurant au dossier et dont se prévaut la recourante.

En particulier, l'on constate que l'orthopédiste traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_, va entièrement dans le sens de la Dre G. \_\_\_\_\_, faisant état de restrictions proches de celles évoquées dans le cadre de la précédente décision. Ainsi, dans son dernier rapport du 12 février 2019, ce médecin souligne ainsi que *"IRM du genou G effectué le 4.2.19 a pu exclure un état inflammatoire, mais n'explique toutefois pas la raideur présente chez [la patiente]. Selon le rapport [de D. \_\_\_\_\_] de 2016, elle présentait déjà une raideur suite à son intervention du genou G. Apparemment elle n'a jamais pu récupérer plus de 70° de flexion"*. Le médecin mentionne par ailleurs la possibilité d'une reconversion de sa patiente, ce qui va dans le sens d'une certaine capacité de travail résiduelle et non d'une incapacité de travail totale comme elle le prétend (dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 71).

Pour sa part, la Dre F. \_\_\_\_\_ admet que sa patiente demeure toujours en mesure de travailler dans une activité adaptée puisque, à l'instar de l'orthopédiste traitant, elle propose que la SUVA intervienne auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié. Compte tenu de cette proposition, l'incapacité totale de travail mentionnée dans le rapport ne peut être comprise que dans le cadre de l'ancienne activité (dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 72).

S'agissant enfin du rapport de physiothérapie non daté dont se prévaut l'assurée dans son recours, force est de constater que celui-ci semble antérieur au 14 mars 2018, date figurant dans le bordereau de l'opposition du 8 mai 2018 (pièce 6; cf. dossier sinistre 16.26015.14.6; pièce 507 et dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 32). Ne reflétant plus une situation actuelle, il ne saurait mettre en doute les conclusions de la Dre G. \_\_\_\_\_ alors que l'ensemble des médecins interrogés confirme l'existence d'une amélioration depuis lors.

Dans ce contexte, les consultations des médecins d'arrondissement de la SUVA – en particulier les deux prises de position du 30 avril 2019 – n'apparaissent pas revêtir un grand poids dans l'appréciation des preuves. Les critiques faites à leur égard ne sauraient remettre en cause la décision de la SUVA, confirmée sur la base d'autres pièces par l'instance de céans.

6.3. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour retient que la recourante n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité. Cependant, l'on doit lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir sans position à genoux ou accroupie, sans port de charges au-delà de 15kg, n'imposant pas de montée des escaliers de plus d'un étage à la fois ainsi que permettant l'alternance des positions assise et debout.

## 7. Règles relatives à la comparaison des revenus

7.1. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de 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.

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

7.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide doit être évalué sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé. Compte tenu de ses capacités professionnelles et des circonstances personnelles, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Dans tous les cas, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'il aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt TF u 361/01 du 31 janvier 2003 et les références; cf. ég. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

La jurisprudence admet que le revenu sans invalidité puisse être déterminé en recourant à des données statistiques (cf., notamment, arrêts 9C\_57/2017 du 21 avril 2017 consid. 5.2; 9C\_376/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3, 9C\_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références).

7.3. En ce qui concerne le revenu d'invalide, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n. U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve.

Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

Si, en revanche, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

S'agissant de la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales recueillies par la SUVA, le Tribunal fédéral exige, en sus de la production d'au moins cinq descriptions de poste de travail (DPT), la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas,



et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 V 472).

En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il y a lieu de se fonder sur les statistiques salariales de l'OFS (cf. arrêt TF U 81/2005 du 14 juin 2006 consid. 3.2).

#### 8. *Discussion relative à la comparaison des revenus*

Dans la décision litigieuse, la SUVA a estimé qu'il n'était pas nécessaire de revoir la situation juridique ayant prévalu lors de la décision du 29 mars 2018, renvoyant aux calculs opérés alors.

8.1. S'agissant du revenu de valide, la SUVA estimait alors que, en santé, la recourante réaliserait un gain de CHF 45'901.-. Il n'avait, à l'époque, pas été contesté.

Ce montant tenait compte du fait que le contrat de travail avait été conclu conformément à la Convention Collective de Travail (CCT) pour le secteur du nettoyage pour la Suisse romande.

Ce montant peut être confirmé.

8.2. Ce gain avait été comparé à un revenu de valide de CHF 49'371.-. Ce montant était calculé sur la base de cinq DPT, correspondant à postes de collaboratrice de production (3 DPT), de fonctionnaire d'exploitation et d'ouvrière à la fabrication d'articles.

Force est de constater que les cinq DPT retenus demeurent compatibles avec l'état de santé actuel de la recourante, en particulier les limitations évoquées par la Dre G.\_\_\_\_\_ (cf. dossier sinistre 16.26015.14.6, pièce 504). Ainsi, ces métiers n'imposent qu'un port de charges très légères, un maniement d'objet limité, des déplacements réduits et permettent aux employés de décider librement s'il souhaite travailler en position assise ou debout.

Quoi qu'il en soit, force est de constater que la recourante n'explique pas en quoi la péjoration de son état – étant relevé qu'elle se prévaut presque uniquement du fait qu'elle ne peut plus plier son genou gauche à 90° mais à 60° – rendrait l'exercice de ces activités incompatibles avec son état de santé. L'on constate ainsi, par exemple, qu'une limitation quant à la flexion du genou, ne devrait manifestement pas la limiter à mettre des bâtonnets dans une machine, les ôter et les contrôler (DPT n° 14531144, collaboratrice de production).

Partant, l'on peut confirmer le montant de CHF 49'371.-.

8.3. De la comparaison des montants de CHF 45'901.- et de CHF 49'371.- découle un degré d'invalidité nul de sorte que c'est dès lors à juste titre que la SUVA a rejeté la demande de rente à partir du mois de juin 2019, à savoir après que l'état de santé de la recourante ait été considéré comme stabilisé.

A ce stade, la Cour relève que même s'il était retenu un revenu de valide de CHF 49'133.10 pour l'année 2017 – à savoir le revenu de valide pris en compte par l'OAI dans sa décision du 27 juillet 2018, laquelle n'a pas été contestée – le degré d'invalidité demeurerait insuffisant pour reconnaître à l'assurée le droit à une rente.

La décision contestée peut dès lors être confirmée sur ce point.

## 9. Règles relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité

9.1. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'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. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]).

9.2. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

9.3. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, n. 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1).

Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C\_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, n. 235; arrêt TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b).

9.4. D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les

atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Selon l'annexe 3 OLAA, le taux maximal pour une "perte d'une jambe au niveau du genou" est de 40%.

#### 10. *Discussion sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité*

Dans la décision sur opposition du 30 août 2018, l'autorité intimée avait estimé que l'indemnité d'atteinte à l'intégrité restait identique à celle préalablement estimée et déjà allouée, à savoir 5%.

Dans le cadre de l'échange d'écritures, se fondant sur l'avis de la Dre G.\_\_\_\_\_, la SUVA admet néanmoins que, au vu de la flexion limitée à 60% du genou, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% pouvait être reconnue. Comme une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% a précédemment déjà été versée pour tenir compte d'une flexion limitée à 90% du genou gauche, seul un complément de 10% doit encore être alloué à la recourante.

Il s'agit également du taux d'indemnité auquel cette dernière prétend.

Le recours doit dès lors être admis quant à ce point.

11.

11.1 Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Partant, la décision sur opposition du 30 août 2018 est modifiée dans le sens où la recourante se voit reconnaître le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire basée sur un taux de 10%. Pour le surplus, le recours est rejeté.

11.2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, en application du principe de la gratuité valant en la matière.

11.3. Compte tenu de l'admission partielle du recours, la recourante a droit à une indemnité de partie. Le 19 août 2020, son mandataire a produit une liste de frais d'un montant total de CHF 3'998.36, à savoir CHF 3'375 au titre d'honoraires (13.5 heures à CHF 250.-), CHF 337.50 au titre de frais forfaitaires (taux de 10%) et CHF 285.86 au titre de la TVA (7.7%).

Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En effet, les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). Compte tenu du nombre de pages produites, celui-ci est fixé à CHF 50.-.

Partant, l'indemnité de partie est fixée à un montant total de CHF 3'688.75, à savoir à CHF 3'375.- au titre d'honoraires (13.50 heures à CHF 250.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 263.75 au titre de la TVA (7.7%).

Cela étant, cette indemnité de partie doit être réduite (1/3) compte tenu de l'admission partielle du recours et fixée à CHF 1'141.65, dont CHF 87.90 au titre de la TVA.

Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

## la Cour arrête :

I. Le recours est partiellement admis.

Partant, la décision sur opposition du 30 août 2018 est modifiée dans le sens où la SUVA accorde à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire basée sur un taux de 10%.

Pour le surplus, le recours est rejeté.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 1'141.65, dont CHF 87.90 au titre de la TVA (7.7%), et est intégralement prise en charge par l'autorité intimée.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 24 septembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :