

# **GE\_GERICHTE ATAS/458/2023 vom 20. Juni 2023**

GE Cour de justice, 2023-06-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_458\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_458_2023)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/458/2023 du 20 juin 2023

IT: GE\_GERICHTE ATAS/458/2023 del 20 giugno 2023

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 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.

### **E. 3**

Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), le recours est recevable.

### **E. 4**

Étant donné qu'en l'espèce, la recourante ne conteste plus, au stade du recours, la fin de son droit au traitement médical, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-accidents, plus particulièrement sur le degré d'invalidité permettant d'y prétendre, ainsi que sur l'octroi d'une IPAI à un taux supérieur à 12%.

### **E. 5**

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 6.1**

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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

### **E. 6.2**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 et les réf.) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

## **E. 7**

A/4058/2021 - 12/27 -

### **E. 7.1**

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 aLAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus). Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

### **E. 7.2**

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

### **E. 8.1**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1).

### **E. 8.2**

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

### **E. 8.3**

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus

concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des

A/4058/2021 - 13/27 - salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

#### **E. 8.4**

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 139 V 592 consid. 2.3 p. 593). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1\_tirage\_skill\_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1\_skill\_level et non pas le tableau TA1\_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières; cette faculté reconnue par la jurisprudence concerne les cas particuliers dans lesquels, avant l'atteinte à la santé, l'assuré concerné a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références).

##### **E. 8.4.1**

Le Tribunal fédéral admet à titre exceptionnel qu'il est possible, pour le revenu d'invalide, de se baser sur le revenu effectivement réalisé, pour autant que

A/4058/2021 - 14/27 - l'atteinte à la santé permette un taux d'activité plus élevé et que l'augmentation du taux d'activité soit effectivement possible auprès de l'employeur actuel

(arrêt du Tribunal fédéral 8C\_7/2014 du 10 juillet 2014 consid. 7.2). Pour le reste, il est nécessaire que cette activité soit stable, mette pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé(e) et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

#### **E. 8.4.2**

En ce qui concerne le point de savoir si une augmentation du taux d'activité est effectivement possible auprès l'employeur actuel (ci-dessus : consid. 8.4.1), il implique que l'administration et/ou le juge demande à l'employeur si une augmentation si une augmentation du taux d'activité serait effectivement possible (cf. l'arrêt 8C\_7/2014 précité, consid. 7.2). Alors que cet arrêt semble admettre que la question à poser à l'employeur concerne la situation actuelle, un arrêt plus récent précise que la possibilité d'augmenter le taux d'activité au cours des mois suivants n'est pas pertinente car c'est la situation au moment de la décision sur opposition qui est déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_798/2017 du 2 août 2018 consid. 3.2). Que l'on choisisse la solution découlant de l'arrêt 8C\_7/2014 ou celle, plus restrictive, de l'arrêt 8C\_798/2017 précité, il n'en demeure pas moins que si une augmentation du taux d'activité est/était exigible d'un point de vue médical mais qu'elle se heurte/se heurtait à un refus de l'employeur, il n'y a pas lieu d'extrapoler le revenu effectivement réalisé à concurrence du taux d'activité exigible, mais il convient de déterminer le revenu d'invalidé en partie sur la base du revenu actuel à temps partiel et en partie sur la base des statistiques de l'ESS. Il importe de souligner qu'une telle solution, combinant revenu effectif et revenu statistique, nécessite également que l'assurée bénéficie, auprès de son employeur actuel, d'une place de travail mieux rémunérée que la moyenne correspondante résultant des données de l'ESS (cf. l'arrêt 8C\_7/2014 précité, consid. 8.1). Si un assuré ne bénéficie pas d'une place de travail mieux rémunérée que la moyenne statistique correspondante, le maintien de l'activité actuelle à temps partiel n'est pas justifié en raison de l'absence de mise en valeur de la capacité de travail résiduelle. Dans cette hypothèse, il convient de déterminer l'ensemble du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques de l'ESS (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.2 ; dans le même sens : arrêt 8C\_798/2017 précité, consid. 3.2).

#### **E. 9.1**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le

A/4058/2021 - 15/27 - 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).

#### **E. 9.2**

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).

### **E. 9.3**

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).

#### **E. 9.3.1**

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

#### **E. 9.3.2**

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).

A/4058/2021 - 16/27 - 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).

#### **E. 9.3.3**

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).

### **E. 10.1**

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).

### **E. 10.2**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28

A/4058/2021 - 17/27 - consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

### **E. 11**

La chambre de céans examinera tout d'abord la capacité de travail de la recourante sur le plan médical. En effet, celle-ci a mis en cause, lors de son audition, le taux de capacité de travail dans une activité adaptée à 100% retenu, même si elle ne l'a pas contesté dans son recours. Se pose la question de savoir si la modification de ses conclusions est encore recevable à ce stade de la procédure. Toutefois, au vu de ce qui suit, cette question peut rester ouverte. L'appréciation du 21 novembre 2020 du Dr Q\_\_\_\_\_, sur laquelle se fonde la décision litigieuse, n'est pas contestée en tant qu'elle retient, sur la base des rapports médicaux versés au dossier, que l'état de santé de la recourante est stabilisé à la date de ce rapport. Pour le surplus, cette décision se réfère aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de SMEX SA, diligentée par l'OAI, aux termes desquelles la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10kg, changement de position après une heure de travail, pas d'échelle, pas d'échafaudages, limitations des escaliers, etc.). Étant donné que la

chambre de céans a déjà admis la valeur probante de ce rapport d'expertise du 13 août 2020 dans l'arrêt ATAS/964/2021 du septembre 2021 – entré en force –, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré requis de la vraisemblance prépondérante (ci-dessus : consid 10.1), que la capacité de travail de l'intéressée est nulle dans son ancien emploi auprès de la Poste, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

## **E. 12**

Il sied ensuite de calculer la perte de gain de la recourante dans l'exercice d'une activité adaptée.

### **E. 12.1**

En ce qui concerne l'année déterminante pour la comparaison de salaires, il sied de relever que la recourante a terminé la réadaptation professionnelle le 10 mars 2019, date à laquelle elle a reçu la dernière indemnité journalière de l'OAI. Par la suite, elle a bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage. Le droit à une rente d'invalidité naissant dès que les éventuelles mesures de réadaptation ont pris fin, selon l'art. 19 al. 1 LAA, il y a lieu de prendre l'année 2019 pour la comparaison des gains. On précisera également que les variations enregistrées pour les revenus à comparer doivent être prises en compte jusqu'à la date de la décision sur opposition (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.2).

### **E. 12.2**

Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée (CHF 52'996.- pour un emploi au taux de 70% à la Poste en 2015, soit CHF 75'708.60 pour un plein temps) n'est pas contesté. On rappellera que dans le domaine de l'assurance-accidents, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Il faut, autrement dit, rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (cf. ATF 119 V 475 consid. 2b et les références ;

A/4058/2021 - 18/27 - arrêt du Tribunal fédéral 8C\_664/2007 du 14 avril 2008 consid. 7.2.2 à 7.2.5 et les références).

### **E. 12.3**

Dans l'année déterminante 2019, la recourante était sans emploi, de sorte que le revenu d'invalidité doit être déterminé sur la base des statistiques.

#### **E. 12.3.1**

Dans la décision litigieuse, qui détermine le revenu d'invalidité en fonction de l'ESS 2018, l'intimée s'est fondée sur la ligne 64-66 du tableau TA1\_tirage\_skill\_level. La recourante fait valoir pour sa part qu'il n'y aurait pas lieu de se baser sur ladite ligne (activités financière et d'assurances), motif pris que la formation dispensée par le CEFICO dans le cadre du reclassement octroyé par l'OAI avait été sanctionnée, en 2017, par un certificat d'aide-comptable qui ne correspondrait pas aux compétences spécialisées auxquelles serait subordonné le revenu médian mentionné à la ligne 64-66.

#### **E. 12.3.2**

La chambre de céans constate que dans un arrêt du 23 août 2012, le Tribunal fédéral a retenu que pour déterminer le revenu d'invalidité en fonction de l'ESS, il était possible, à titre exceptionnel, de se référer au salaire d'un seul secteur (« production » ou « services »),

voire d'une branche déterminée, lorsque cela paraissait approprié pour tenir compte de la capacité de travail résiduelle exigible dans un cas particulier, notamment pour les personnes qui, avant l'atteinte à la santé, avaient travaillé longtemps dans un secteur déterminé et pour lesquelles un travail dans un autre domaine n'entraînait guère en ligne de compte. En application de ces principes, en particulier du caractère exemplatif – illustré par l'adverbe « notamment » – des cas dans lesquels la référence au salaire d'un seul secteur ou d'une branche déterminée était envisageable, le Tribunal fédéral avait considéré, dans le cas d'un assuré qui n'était plus capable d'exercer son activité habituelle de technicien (la seule qu'il ait jamais exercée), que la juridiction cantonale n'avait pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en déterminant le revenu d'invalidité en fonction du secteur « services », l'office AI étant d'avis que c'était dans le secteur « services » que l'assuré était le mieux à même d'exploiter sa capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_311/2012 du 23 août 2012 consid. 4.1). Plus récemment, dans un arrêt qui concernait une assurée ayant bénéficié d'un reclassement au sens de l'art. 17 LAI, qui avait débouché sur l'obtention d'un certificat d'aide-comptable, le Tribunal fédéral a jugé que la référence au salaire statistique d'une branche particulière (en l'occurrence celle des « activités juridiques et comptables » [ligne 69-71 de la table TA1]) ne se justifiait pas dès lors qu'il ne ressortait pas du parcours professionnel de l'assurée concernée qu'avant son atteinte à la santé, celle-ci se serait cantonnée à un seul domaine pendant de nombreuses années. Indépendamment de cet état de fait, qui était suffisant à lui seul pour que l'on ne s'écartât pas de la valeur médiane (« total secteur privé ») de la table TA1, le fait de se référer à la ligne 69-71 de la table TA1 – qui visent des personnes disposant d'un niveau de formation élevé, comme un diplôme de comptable – ne reflétait pas la réelle capacité de gain de l'assurée,

A/4058/2021 - 19/27 - qui était simple aide-comptable, mais avait bien plutôt pour effet de la pénaliser sur le plan salarial par rapport aux autres assurés dans une situation comparable. Aussi convenait-il, pour déterminer son revenu avec invalidité, de se fonder sur la valeur médiane (« total secteur privé ») du salaire statistique mentionné dans la table TA1, niveau de compétence 2 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2).

### **E. 12.3.3**

En l'espèce, il ne ressort pas du curriculum vitae versé au dossier (cf. pièces 4 et 23 recourante) qu'avant son accident de juin 1992, la recourante se serait cantonnée à un seul domaine d'activité pendant de nombreuses années puisqu'elle a été d'abord enseignante, puis responsable technique et administrative. Le même constat s'impose à l'examen du parcours professionnel subséquent, précédant la rechute annoncée en août 2012. On recense en effet, par ordre chronologique, les métiers de stagiaire en agronomie, responsable administrative d'un tea-room, assistante administrative d'une station-service, puis auprès de Skyguide Genève et, enfin, de collaboratrice de vente auprès de la Poste. Il s'ensuit que la recourante ne se trouve pas dans la situation particulière dans laquelle elle aurait travaillé de nombreuses années dans le même domaine d'activités avant son atteinte à la santé, respectivement avant la rechute, et où une activité dans un autre domaine n'entrerait pratiquement plus en ligne de compte, conditions pourtant requises pour s'écarter de la valeur médiane (« total secteur privé ») des salaires statistiques et se référer aux salaires mensuels d'un secteur particulier (en l'occurrence le « secteur 3 [services] »), voire d'une branche particulière (en l'occurrence celles des services financiers, activités auxiliaires de services financiers et d'assurances [ligne 64, 66]). Qui plus est, à l'image de ce que le

Tribunal fédéral a constaté dans la cause ayant fait l'objet de l'arrêt 8C\_405/2021 précité, le reclassement pris en charge par l'OAI n'a pas abouti à la délivrance d'un diplôme de comptable, mais d'un certificat d'aide-comptable. En outre, le revenu mentionné à la ligne 64-66 de la table TA1 est encore supérieur à celui de la ligne 69-71, déjà jugé pénalisant par le Tribunal fédéral dans le même arrêt. Cela étant, il n'existe pas de motif de s'écarter de la valeur médiane (« total secteur privé ») résultant, pour une femme, du niveau de compétence 2 du tableau TA1, tirage « skill\_level » de l'ESS 2018, étant relevé qu'il n'y avait pas de document plus récent à la date de la décision litigieuse.

#### **E. 12.3.4**

La recourante soutient par ailleurs que l'abattement accordé sur son revenu d'invalidé ne devrait pas être de 10%, mais de 15%, compte tenu des limitations fonctionnelles qui sont les siennes. Ce faisant, elle n'indique pas en quoi l'intimée n'aurait pas tenu compte des limitations fonctionnelles retenues par les experts de SMEX SA, lesquelles se recourent avec celles mentionnées par l'expert K\_\_\_\_\_ auxquelles elles renvoient. Par ailleurs, c'est à juste titre que d'autres facteurs tels que l'âge (55 ans au moment de l'examen du droit à la rente) ou la nationalité (l'intéressée est Suisse) ne sont pas invoqués par la

A/4058/2021 - 20/27 - recourante, dans la mesure où ceux-ci n'entrent pas en considération. Partant, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle accorde un abattement de 10% sur le revenu statistique d'invalidé.

#### **E. 12.3.5**

Cela étant précisé, il convient de déterminer le degré d'invalidité de la manière suivante : en se référant à l'ESS 2018, soit à la table TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, ligne « total », une femme pouvait réaliser, en 2018, un revenu de CHF 4'849.- par mois (soit CHF 58'188.- par année) dans une activité de niveau 2. En tenant compte de la durée normale du travail, s'élevant à 41.7h en 2019, le revenu d'invalidé est de CHF 60'661.- par année (soit  $58'188 \times 41.7 / 40$ ). L'indexation de ce revenu à 2019, selon l'ISS (+ 0,9%), permet d'aboutir à un revenu avec invalidité de CHF 61'207.- en chiffres arrondis, respectivement CHF 55'086.- en tenant compte de l'abattement de 10%. En comparant le revenu d'invalidé au revenu sans invalidité réalisé en qualité d'employée de la Poste en 2015 (CHF 75'708.60 pour un plein temps), indexé à 2019 selon l'ISS (+2,6%), soit CHF 77'677.-, la perte de gain s'établit à CHF 22'591.- et le degré d'invalidité à 29% [ $(77'677 - 55'086) \times 100 / 77'677 = 29\%$ ].

#### **E. 12.3.6**

Ainsi, dès le 11 mars 2019, la recourante peut bénéficier d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 29%.

#### **E. 12.4**

En février 2020, la situation économique de la recourante s'est modifiée, puisqu'elle a été engagée à l'État de Genève à 50%.

#### **E. 12.4.1**

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2021, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, voire supprimée. Cela étant, il convient d'examiner s'il faut prendre en

considération la modification de la situation économique de la recourante dès février 2020, étant précisé que cette modification doit être considérée comme notable au vu du salaire réalisé.

#### **E. 12.4.2**

Il ressort des fiches de salaires versées au dossier que la recourante a réalisé, du 1er février au 31 décembre 2020, un revenu de CHF 37'115.10, ce qui correspond, sur douze mois, à CHF 40'489.20 pour un 50%, respectivement CHF 6'748.20 par mois pour un travail à plein temps. Ce revenu est resté stable jusqu'à la décision litigieuse, prise en 2021 (CHF 40'489.20 annuels). Cette stabilité concerne également l'emploi en tant que tel puisqu'après un stage accompli en 2019, ayant débouché en 2020 sur un poste de commise administrative 4, la recourante était toujours employée par l'État de Genève, que ce soit au moment de la comparaison des revenus (2020) ou au moment de la décision litigieuse en 2021.

A/4058/2021 - 21/27 - On rappellera à cet égard que si un assuré ne bénéficie pas d'une place de travail mieux rémunérée que la moyenne statistique correspondante – et pour lequel le maintien de l'activité actuelle à temps partiel n'est dès lors pas justifié, faute de mise en valeur de la capacité de travail résiduelle –, il convient de déterminer l'ensemble du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques de l'ESS (cf. ci-dessus : consid. 8.4.2). En l'espèce, le revenu de CHF 6'748.20 par mois (pour un plein temps) que la recourante réalise auprès de l'État de Genève est plus important que le revenu statistique médian pour des activités comparables selon le tableau TA1, tirage « skill\_level » 2018, qu'il s'agisse d'activités de services administratifs de niveau 2 (ligne 77, 79-82) ou d'activités de niveau 2 tous secteurs confondus (production et services). Dans ces conditions, il apparaît justifié, compte tenu de la jurisprudence citée, de déterminer le revenu d'invalidé pour partie (50%) sur la base du revenu réalisé en tant que commise administrative 4 en 2020 et, pour les 50% restants, qui sont médicalement exigibles, sur la base de l'ESS. En revanche, une prise en compte supérieure au taux de l'activité de commise administrative (50%) ne se justifie puisque la possibilité d'exercer ce même emploi à un taux majoré (60%) ne s'est présentée qu'au 1er janvier 2022.

#### **E. 12.4.3**

Il reste à déterminer le revenu statistique sur lequel il convient de se baser pour le 50% restant. Comme relevé ci-dessus, le salaire annuel d'une femme en 2018 dans une activité de bureau de niveau 2 était de CHF 60'661.-, en tenant compte de la durée normale du travail. Après indexation du salaire à 2020, le revenu d'invalidé s'établit à CHF 61'815.60, respectivement à CHF 55'634.- après l'abattement de 10%. Ce dernier montant doit être pris en compte à 50% (CHF 27'817.-) et majoré du revenu de commise administrative réalisé en 2020 (CHF 40'489.20), ce qui correspond à un revenu d'invalidé de CHF 68'306.20. En comparant le gain d'invalidé au revenu sans invalidité réalisé en qualité d'employée de la Poste en 2015 (CHF 75'708.60 pour un plein temps), indexé à 2020 selon l'ISS (CHF 78'471.-, soit  $75'708.60 \times 2'784 / 2'686$ ), la perte de gain s'établit à CHF 10'164.80 et le degré d'invalidité à 13% [ $(78'471 - 68'306.20) \times 100 / 78'471 = 12.95\%$ , arrondi à 13%].

#### **E. 12.4.4**

Par conséquent, la rente doit être réduite dès février 2020 à 13%.

#### **E. 12.5**

Se pose encore la question de savoir si au vu des renseignements donnés à l'audience du 9 mai 2023 par la recourante, une nouvelle révision du taux de la rente doit être effectuée dans la présente procédure. En effet, la recourante a déclaré qu'elle travaillait au taux de 60% depuis le 1er janvier 2022.

A/4058/2021 - 22/27 - Toutefois, dans la mesure où ce changement est intervenu après la décision litigieuse, il incombera à l'intimée d'ouvrir le cas échéant une procédure de révision du taux de la rente.

## **E. 13**

Reste à examiner le taux de l'IPAI.

### **E. 13.1**

Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); 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, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C\_459/2008, consid. 2.3; cf. aussi Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. n. 317).

### **E. 13.2**

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas

A/4058/2021 - 23/27 - dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4.cc ; 116 V 156 consid. 3).

### **E. 13.3**

Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4, 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînaît « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

### **E. 14.1**

En l'espèce, il ressort du dossier qu'à la suite de l'accident du 26 juin 1992, la recourante a présenté, selon les constatations du Dr C\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée, une algoneurodystrophie du calcaneum. Sachant par ailleurs que le Dr B\_\_\_\_\_, consulté par la recourante à cette époque, a relevé en mars 1999 que l'intéressée présentait, déjà avant l'accident, une hyperlordose lombaire avec rétrolysthésis L5/S1 qui avait pu être décompensée par l'accident et nécessitait, selon lui, quelques séances de physiothérapie/posturologie, le Dr C\_\_\_\_\_ a conclu dans son rapport du 30 janvier 2001 qu'il n'existait pas de lien de causalité

A/4058/2021 - 24/27 - entre les lombosacralgies et l'accident, mais que cet événement était responsable des douleurs résiduelles de l'arrière-pied droit, après le traitement chirurgical d'une tendinite post-traumatique subi en 1994, et justifiait que l'on fixe à 6% le taux de l'IPAI, motif pris que cela correspondait, selon son appréciation, à 1/5 de la perte totale du pied selon la table 4 de la SUVA. Fondée sur le rapport du 30 janvier 2001 du Dr C\_\_\_\_\_, la décision du 6 mars 2001 de l'intimée, octroyant une IPAI de 6% à la recourante, n'a pas été contestée et est entrée en force. À la suite de la rechute annoncée à l'intimée en août

2012, les examens effectués ont révélé que la recourante présentait, outre une tendinite insertionnelle du tendon d'Achille droit (cf. rapport du 10 mars 2015 du Dr E\_\_\_\_\_), un état dégénératif modéré de la colonne lombaire (cf. rapport du 12 décembre 2014 de la Dresse R\_\_\_\_\_). On relève également qu'avant que la recourante se soumette à une deuxième révision chirurgicale de sa tendinite insertionnelle post-traumatique du tendon d'Achille droit (effectuée le 18 juin 2015 par le Dr E\_\_\_\_\_), le rapport d'expertise rendu le 1er mai 2015 par le Dr F\_\_\_\_\_ qualifiait de « hautement probable » le lien de causalité entre le diagnostic d'insertionite chronique post-traumatique du tendon d'Achille droit et l'accident du 26 juin 1992, mais « d'au maximum possible » le lien de causalité entre les douleurs rétro-trochantériennes et rachidiennes et cet accident, ces douleurs correspondant à une atteinte de type lomboscliatique banale sans déficit neurologique. De même, les douleurs sus-jacentes du genou – qui correspondaient peut-être à une atteinte dégénérative du compartiment interne – étaient en relation de causalité tout au plus possible avec l'accident aux dires de l'expert. À noter que dans leurs rapports datés respectivement du 5 mars et du 3 mai 2018, soit trois ans après l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, les Dr E\_\_\_\_\_ respectivement I\_\_\_\_\_, sont parvenus à la conclusion qu'au vu des résultats de l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 17 octobre 2017, il n'existait pas d'explications à l'appui des plaintes de la recourante (douleurs dans la jambe et le pied, fourmillement au niveau de la région lombaire basse et dans le membre inférieur droit et gonalgies). Il ressort enfin du rapport du 21 novembre 2020, sur lequel se fonde la décision litigieuse, qu'au vu de l'évolution défavorable survenue depuis 2001, il convient de retenir, en application de la table 4 de la SUVA, un état équivalant à 2/5 de la perte d'un pied, justifiant un taux global d'IPAI de 12% (contre 6% en 2001).

#### **E. 14.2**

En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres inférieurs, la table 4 de la SUVA, comporte un barème prévoyant une IPAI de 5% (perte de plusieurs phalanges du gros orteil) à 50% maximum pour la perte complète d'une jambe. Quant à la perte de tout le pied, elle est évaluée à 30%. Au vu de cette gradation, il tombe par conséquent sous le sens qu'en présence d'une atteinte évaluée initialement à 1/5 de la perte

A/4058/2021 - 25/27 - totale d'un pied par le Dr C\_\_\_\_\_ et de l'évolution défavorable survenue depuis 2001, correspondant à 2/5 de la perte d'un pied selon le Dr Q\_\_\_\_\_, ce médecin ait fixé à 12% (soit  $2 \times 30 / 5$ ) le taux de l'atteinte, ouvrant ainsi la voie à la révision de la décision du 6 mars 2001 (ci-dessus : consid. 11.3.2) et à un paiement complémentaire de CHF 5'832.- (soit CHF 11'664.-, représentant 12% du gain assuré de CHF 97'200.-, sous déduction de CHF 5'832.- déjà versés en 2001). La recourante soutient qu'en fixant l'aggravation de l'atteinte à seulement 6% sans tenir compte des répercussions du traumatisme au pied droit sur tout le membre inférieur droit et la région lombaire, le Dr Q\_\_\_\_\_ aurait sous-évalué cette aggravation qui justifierait, selon elle, un taux global d'IPAI qui ne saurait être inférieur à 30%. La recourante ne saurait être suivie, dans la mesure où l'expert orthopédiste F\_\_\_\_\_ a constaté déjà en 2015 que le lien de causalité entre l'accident du 26 juin 1992 et les douleurs rétro-trochantériennes et rachidiennes – correspondant, selon l'expert, à une atteinte de type lomboscliatique banale sans déficit neurologique – était tout au plus possible. Dans la mesure où l'expertise de ce médecin a été rendue en pleine connaissance du dossier, qu'elle comporte une anamnèse, tient compte des plaintes de l'expertisée et que ses conclusions sont claires et bien motivées, il convient en

principe de ne pas s'en écarter. La recourante relève que, selon le rapport du 1er novembre 2018 du Dr J\_\_\_\_\_, « elle présente une douleur chronique dans le pied droit, post-traumatique, avec également une douleur ascendante dans le membre inférieur droit et dans la région paravertébrale droite jusqu'au niveau cervical, bien que la douleur principale soit au niveau du pied lui-même [...]. Je la rassure donc en lui expliquant que l'origine de ses douleurs est à mettre sur le compte d'un déséquilibre consécutif à sa boiterie, bien entendu consécutif au traumatisme du pied, et qu'il n'y a pas d'indication à répéter aujourd'hui d'imagerie lombaire ni de traitement spécifique rachidien ». La chambre de céans constate que le rapport précité du Dr J\_\_\_\_\_, de même que celui du 2 octobre 2020 du Dr G\_\_\_\_\_, se bornent en définitive à affirmer que la cause première des douleurs – comprenant celles situées ailleurs que dans le pied – serait l'accident du 26 juin 1992. Ce faisant, ces médecins n'expliquent pas en quoi l'expert F\_\_\_\_\_ aurait ignoré un élément objectivement vérifiable en retenant, dans son rapport du 1er mai 2015, que le lien de causalité entre cet accident et les douleurs rétro-trochantériennes et rachidiennes serait possible tout au plus. En second lieu, les Drs J\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ – à l'instar des autres médecins dont la recourante sollicite l'audition – n'expliquent pas non plus en quoi les douleurs à la jambe et au dos alléguées, par ailleurs dépourvues de

A/4058/2021 - 26/27 - substrat organique objectivable (cf. ci-dessus : consid. 12.4.1), refléteraient une atteinte à l'intégrité portée à des parties du corps autres que le pied droit. S'agissant enfin des événements récents relatés par courriers des 5 et 23 mai 2023 (une chute le 13 novembre 2022 et une autre chute, plus récemment encore), ils ne sauraient être pris en compte dès lors que le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b ; 131 V 407 consid. 2.1.2.1).

### **E. 14.3**

Au vu de ces éléments, la chambre de céans se dispensera d'entendre les médecins dont l'audition est demandée par la recourante, considérant qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 26 juin 1992 a causé une atteinte à l'intégrité du pied droit, dont l'ampleur a été correctement évaluée à 12% suite à l'aggravation intervenue à compter de 2001.

### **E. 15**

Par conséquent, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 22 octobre 2021 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 29% dès le 11 mars 2019 et de 13% à compter du 1er février 2020.

### **E. 16**

Étant donné que la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5.10.03).

### **E. 17**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/4058/2021 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.