

# **GE\_GERICHTE ATAS/636/2015 vom 31. August 2015**

GE Cour de justice, 2015-08-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_636\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_636_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/636/2015 du 31 août 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/636/2015 del 31 agosto 2015

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Arthrose post-traumatique cheville gauche d'apparition rapide et progressive suite à l'accident et aux deux interventions subies en 1984.

### **E. 3**

Descellement prothèse de cheville gauche 2006, date du changement.

### **E. 4**

Cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 documentée dès 2008.

### **E. 5**

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. 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

### **E. 6**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées

sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

#### **E. 7**

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la

A/2271/2009 - 34/58 - survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

#### **E. 8**

a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. l'art. 21 LAA prévoit le droit au traitement médical après la fixation de la rente.

Selon l'art. 15 al. 1 et 2 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident. Selon l'al. 3 let. c, le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, notamment lorsque l'assuré ne gagne pas ou pas encore le salaire usuel dans sa profession.

Selon l'art. 24 al. 2 et 3 OLAA, lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle (al. 2). Si l'assuré suivait des cours de formation le jour de l'accident et touchait de ce fait un salaire inférieur au plein salaire de la même catégorie professionnelle, le gain assuré est déterminé, à partir du moment où il aurait terminé sa formation, d'après le plein salaire qu'il aurait reçu pendant l'année qui précède l'accident (al. 3).

Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

b) Selon l'art. 18 al. 1 et 2 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. Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA.

Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 16 LPGA, 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

A/2271/2009 - 35/58 - 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.

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

Selon l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi.

c) Revenu sans invalidité et gain assuré sont deux notions distinctes. Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet de calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à une rente d'invalidité. Le gain assuré, lui, sert de base au calcul du montant proprement dit de cette rente. La fixation de l'un et de l'autre sont soumis à des règles différentes. Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4; ATF U 259/2004 du 7 juillet 2005, consid. 6.1; ATF 8C\_290/2013 – 304/2013 du 11 mars 2013).

Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (ATF 119 V 475 consid. 2b p. 481; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., p. 901 no 177). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (RAMA 2006 n° U 568, p. 66, consid. 2; ATF 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5.). Les possibilités théoriques de développement professionnel et d'avancement entrent seulement en considération, si certaines conditions sont réalisées, lorsqu'il s'agit de comparer les revenus avec et sans invalidité mais pas pour la fixation du gain assuré (ATF U 212/2002 du 19 avril 2002, consid. 3.3). On peut s'écarter du dernier salaire obtenu en faveur d'un salaire statistique (lorsqu'il existe des circonstances particulières comme, par exemple, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer le revenu sans invalidité faute

d'informations fiables sur le dernier travail exercé, ou que l'assuré a subi une période de chômage avant la survenance de l'invalidité ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaires usuelles [voir arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et A/2271/2009 - 36/58 - 5.3]; ATF 8C\_290/2013 du 11 mars 2014, consid. 6.2.). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 p. 301; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475 ; ATF 8C\_761/2012 du 29 juillet 2013, consid. 3.3.).

Au surplus, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222).

## **E. 9**

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (RS 832.802), 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; 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. D'après l'art. 25 al. 1 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. Aux termes de l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA. Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32, 209 consid. 4a/bb p. 210; 113 V 218 consid. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité 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). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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,

A/2271/2009 - 37/58 - 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 124 V 209 consid.

4a/cc p. 211; 116 V 156 consid. 3a p. 157; RAMA 1998 n o U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a); ATF 8C\_563/2014 du 12 janvier 2015, consid. 5.1.)

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 des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2; RAMA 1998 p. 602).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2ème phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5% de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

### **E. 10**

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

### **E. 11**

Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

A/2271/2009 - 38/58 -

### **E. 12**

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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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).

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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

A/2271/2009 - 39/58 -

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 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

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).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

A/2271/2009 - 40/58 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

### **E. 13**

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. 14**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

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 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 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. 15**

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1).

#### **E. 16**

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens

A/2271/2009 - 41/58 - que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Par la suite, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'arrêt ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549 ; ATF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014).

#### **E. 17**

a) En l'espèce, la chambre de céans, dans le cadre de la procédure AI et par arrêt du 29 août 2011, a reconnu à la recourante le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1er mai 2005, réduit à une demi-rente par l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 avril 2012, en considérant que l'expertise judiciaire du Dr AF\_\_\_\_\_ des 6 et 15 juillet 2010, probante, établissait une capacité de travail de 20% dans une activité de masseuse et de 50% dans une activité administrative, dès mai 2001.

Comme exposé ci-dessus (consid. 16), l'évaluation de l'invalidité en procédure AI n'a cependant pas de force contraignante pour l'assureur-accident, de sorte que la chambre de céans ne saurait se borner à faire sienne l'appréciation médicale effectuée dans le cadre de la procédure AI, mais se doit d'examiner l'ensemble des rapports médicaux au dossier, afin de

déterminer si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité LAA, à une IPAI supérieure à celle, octroyée, de 25%, et à la prise en charge du traitement des cervico-dorso-lombalgies.

b) La chambre de céans constate que le cas de la recourante a été apprécié médicalement par plusieurs médecins et experts. Elle doit, en présence de ces nombreux avis et expertises médicaux, apprécier leur valeur probante afin de retenir celui qui est le plus convaincant. Préalablement, il convient cependant de rappeler les faits déjà établis ou non contestés.

Le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 1er décembre 2009, a constaté que l'incapacité de travail de la recourante, survenue en 2006, constituait une rechute, l'état de santé ayant été stabilisé dès janvier 2002. La recourante, en raison de cette rechute, a reçu une indemnité journalière LAA dès le 21 mars 2006, jusqu'au 30 novembre 2008, sur la base d'une incapacité de travail oscillant entre 80, 90 et 100%. Par ailleurs, l'intimée a considéré, dans sa décision du 4 novembre 2008, confirmée sur opposition le 27 mai 2009, que l'état de santé de la recourante était stabilisé, à la suite de la rechute, au 1er décembre 2007. La recourante a admis ce fait; elle a d'ailleurs conclu, dans son opposition du 5 décembre 2008, à l'octroi d'une rente LAA de 57% dès le 1er décembre 2007. N'est ainsi plus litigieuse l'existence de la rechute de 2001, suivie de la stabilisation de l'état de santé de la recourante dès janvier 2002, ainsi que celle de la rechute de 2006, suivie de la stabilisation de l'état de santé de la recourante dès le 1er décembre 2007. Enfin, le Tribunal fédéral a considéré que les maux de dos de la recourante avaient débuté

A/2271/2009 - 42/58 - en avril 2005, de sorte que la question de la prise en charge de leur traitement au titre de séquelles tardives se pose dès cette date (arrêt du Tribunal fédéral du 1er décembre 2009).

## **E. 18**

a) Le Dr AF\_\_\_\_\_ a rendu, en 2010, une expertise judiciaire dans le cadre de la procédure AI fondée sur des examens des 6 et 15 juillet 2010 (rapport AF\_\_\_\_\_ 2010); cette expertise a été complétée dans le cadre des procédures AI et LAA par l'audition de l'expert, respectivement le 10 février 2011 et le 16 juin 2011. Enfin, le Dr AF\_\_\_\_\_ a rendu, dans le cadre de la procédure LAA, un complément d'expertise le 13 avril 2015 (rapport AF\_\_\_\_\_ 2015).

Il ressort des rapports médicaux du Dr AF\_\_\_\_\_ que la recourante, à la suite de son accident de 1984, a développé une arthrose de la cheville, laquelle s'est aggravée avec les années, entraînant des difficultés à la marche et des douleurs justifiant la pose d'une prothèse en 2001. Les douleurs sont réapparues, avec des cervico-dorsalgies, et la prothèse s'est rapidement descellée; un changement de prothèse a été pratiqué en août 2006, lequel a complètement condamné les mouvements articulaires, empêchant une utilisation correcte du membre inférieur gauche; la recourante présentait, en juillet 2010, au moment de l'expertise précitée, des douleurs et un blocage de la cheville gauche, des difficultés à la marche, une boiterie, ainsi que des douleurs dans le rachis; la cheville était enflée, la peau en mauvais état au niveau de la malléole interne et la palpation était très douloureuse; le périmètre de la cuisse et du mollet gauche était plus petit que le droit. L'atteinte à la cheville gauche était grave; l'expert conclut à l'impossibilité d'exercer un emploi debout ou nécessitant des déplacements fréquents ou le port de charges; les douleurs nécessitaient l'aménagement de périodes de repos durant la journée, avec la possibilité de se coucher pour pouvoir drainer le membre inférieur gauche et, par là, diminuer l'œdème; une activité était

possible à 50% comme employée de bureau, depuis le 15 novembre 2001 et à 20% comme masseuse thérapeutique. Enfin, la pathologie du rachis n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il était probable que la situation s'aggrave dans les prochaines années.

b) Le Dr AF\_\_\_\_\_ a confirmé et précisé son rapport d'expertise de juillet 2010, lors de son audition par-devant la chambre de céans les 10 février et 16 juin 2011, en indiquant qu'il avait vu longuement l'assurée avant de rendre son rapport, que son appréciation se fondait notamment sur la constatation d'une réelle diminution de la musculature du membre inférieur gauche, signifiant que ce membre était pas ou moins utilisé, et d'une forte boiterie, d'un œdème, d'un mauvais état de la peau et des douleurs, que la pose de la prothèse en 2001 n'était pas un acte courant, mais un geste grave et très traumatique, que la situation s'était aggravée progressivement, qu'il existait une corrélation entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives, que l'arthrose post-traumatique et l'œdème généraient toujours des douleurs, que les affections de la cheville avaient des conséquences cervico-dorso-lombalgiques qui rendaient les postures debout douloureuses,

A/2271/2009 - 43/58 - limitant les posture debout, que même en position assise, la recourante devait pouvoir régulièrement surélever sa jambe, plus haut que le cœur, soit être en position couchée pendant une heure, qu'une activité de plus de 50% n'était pas possible pour des motifs d'ordre circulatoire, que les douleurs liées à la prothèse étaient importantes et nécessitaient des périodes de repos, ce qui justifiait une réduction de la capacité de travail déjà depuis 2001, que le changement de prothèse de 2006 avait eu un impact négatif sur l'état de santé de la recourante, que la mobilité était moindre, que l'évolution n'avait pas été bonne, car la recourante souffrait d'une mauvaise cicatrisation, d'un état inflammatoire et d'œdème, nécessitant un traitement par massages et pommades, ainsi que le repos de la jambe en l'air, qu'il ne pouvait dater la stabilisation de l'état de santé, mais qu'il pensait plutôt que l'état de santé n'était pas stabilisé entre 2001 et 2005, que le système de drainage lymphatique avait été abimé à la suite des interventions, qu'enfin, il ne pouvait pas dire si la jambe devait être surélevée en 2001 déjà, car il n'avait constaté que l'état actuel en juillet 2010, mais qu'il était certain que, dès 2006, il existait un problème de peau et d'œdèmes.

c) Le 13 avril 2015, le Dr AF\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise; il a relevé que la recourante se plaignait d'une augmentation des douleurs à la cheville gauche depuis 2010, de boiterie entraînant des douleurs au genou gauche et au rachis, de cheville gauche enflée en permanence; il a constaté une chute du bassin de un centimètre à gauche, entraînant des troubles posturaux de la colonne lombaire et dorsale, une tendinite de la patte d'oie au genou gauche, un œdème de la cheville gauche avec peau tendue et fine et un périmètre des cuisses mollets diminué de trois centimètres à gauche; l'expertise du CEMed ne mentionnait pas la déformation et l'œdème de la cheville gauche, l'amyotrophie du MIG, la chute du bassin à gauche, la tendinite de la patte d'oie du genou gauche; lui-même les avait mentionnés pour bien faire comprendre le retentissement de l'atteinte majeure de la cheville gauche sur le reste du corps (genou gauche et rachis). La situation s'était empirée par rapport à 2010, de sorte que la capacité de travail était de 50% le matin, dans un emploi adapté; la recourante devait l'après-midi, et cela dès le 15 novembre 2001, surélever sa jambe et faire des exercices pour éviter l'aggravation de l'œdème. Le tableau clinique était totalement en lien avec l'accident, en particulier les cervico-dorso-lombalgies provoquées par la boiterie, lesquelles étaient expliquées par un substrat organique, soit la boiterie, l'amyotrophie du membre inférieur gauche et la chute du bassin (fausse scoliose à gauche), l'IPAI était de 25%.

## E. 19

a) Il est à constater que les rapports d'expertise du Dr AF\_\_\_\_\_ de 2010 et 2015 remplissent les exigences jurisprudentielles précitées, pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante, à tout le moins en ce qui concerne l'appréciation de la situation médicale de la recourante postérieurement à l'année 2006, soit après la pose de la seconde prothèse.

A/2271/2009 - 44/58 -

Ces expertises tiennent compte des pièces médicales pertinentes, relatent l'anamnèse, les plaintes de la recourante, posent des diagnostics clairs et motivent de façon convaincante la capacité de travail à laquelle elles concluent.

b) S'agissant de la période antérieure à l'année 2006, la chambre de céans constate que le Dr AF\_\_\_\_\_, bien qu'ayant fixé une incapacité de travail de 80% dans l'activité de masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité adaptée dès 2001, a, en réalité, considéré qu'il ne lui était pas possible de se déterminer précisément sur cette période. Le Dr AF\_\_\_\_\_ a attesté, en juillet 2010, d'une aggravation de l'état clinique dès 2001, avec la pose de la prothèse; il a conclu que la recourante présentait, depuis le 15 novembre 2001, une capacité de travail de 20% comme masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité d'employée de bureau et précisé en audience que l'incapacité de travail était motivée par les douleurs liées à la prothèse de la cheville (PV du 10 février 2011); la chambre de céans constate cependant que cette capacité de travail est précisément motivée par les constatations cliniques que l'expert a faites en 2010 et, en particulier, en tenant compte de la pose de la seconde prothèse en 2006; il a d'ailleurs relevé que les douleurs au niveau de la cheville avaient augmenté depuis 2010 (rapport AF\_\_\_\_\_ 2015, p. 6); lors de son audition (PV des 10 février 2011 et 16 juin 2011), le Dr AF\_\_\_\_\_ a admis qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la période de 2001 à 2006, en particulier sur l'expertise rhumatologique du Dr P\_\_\_\_\_ d'avril 2006, laquelle conclut à une capacité de travail de la recourante de 100% dans une activité de bureau, car il n'avait pas examiné la recourante à cette époque. Il a déclaré qu'il avait une autre appréciation que le Dr P\_\_\_\_\_, car celui-ci avait examiné la recourante avant le changement de prothèse. Il a également répété que la mobilité de la cheville était nulle depuis l'intervention de 2006, mais qu'il ne pouvait pas se prononcer avant la situation de 2006; il a précisé qu'il s'était déterminé sur la situation de la recourante après le changement de prothèse de 2006 qui avait eu un impact négatif sur l'état de santé de la recourante; il a encore indiqué qu'il pensait que l'état n'était pas stabilisé entre 2001 et 2005, mais qu'il était difficile de se déterminer (PV précités); il a relevé que la recourante devait lever sa jambe, car le système de drainage lymphatique avait été abimé à la suite des interventions, soit celles de 2001 et 2006, confirmant ainsi qu'il s'agit de constatations postérieures à l'année 2006; il a même déclaré qu'il ne pouvait pas dire si la recourante devait lever sa jambe déjà depuis 2001, dans la mesure où il n'avait constaté que l'état en juillet 2010, et que les radiographies ne permettaient pas de voir l'état de la peau ou un œdème; enfin, il était certain qu'à partir de 2006, il existait un problème de peau et d'œdème (PV précités); il a ainsi motivé ses conclusions par rapport à la situation médicale de la recourante après la pose de la prothèse de 2006 en renonçant à des conclusions claires sur la période antérieure.

Dans son complément d'expertise, le Dr AF\_\_\_\_\_ ne motive pas précisément la capacité de travail réduite depuis le 15 novembre 2001, mais se réfère à son avis

A/2271/2009 - 45/58 - de 2010; il rappelle que la limitation de la capacité de travail est due à la présence d'un œdème, sans expliquer la présence de celui-ci dès l'année 2001.

Dans ces conditions, la conclusion du Dr AF\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail de la recourante de 20% comme masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité adaptée ne peut être admise s'agissant de la période antérieure à la rechute de 2006, l'expert ayant lui-même relativisé le bien-fondé de ses conclusions pour cette période. En particulier, on ne saurait suivre la constatation d'une capacité de travail réduite de la recourante depuis le 15 novembre 2001.

c) En revanche, cette capacité de travail de 20% comme masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité adaptée est motivée de façon convaincante par l'expert après la pose de la seconde prothèse le 10 août 2006 et postérieurement aussi à la période d'incapacité de travail reconnue par l'intimée suite à l'intervention de 2006; pour rappel, celle-ci a versé une indemnité journalière dès le 21 mars 2006, sur la base d'une incapacité de travail oscillant entre 80% et 100%, puis a considéré que l'état de santé était stabilisé au 1er décembre 2007. L'expert AF\_\_\_\_\_ a en effet relevé une arthrose post-traumatique importante, des mouvements articulaires nuls de la cheville gauche, empêchant une utilisation correcte de celle-ci, des douleurs, des difficultés à la marche et des douleurs dans le rachis; l'œdème, l'inflammation et les douleurs nécessitaient des périodes de repos, avec la possibilité de se coucher pour pouvoir drainer le membre inférieur gauche, le système de drainage lymphatique ayant été abîmé à la suite des interventions. Un travail adapté pouvait être assumé à 50%, le matin, dans un emploi adapté, la recourante devant se coucher l'après-midi et faire des exercices pour éviter une aggravation de l'œdème. L'expert a ainsi motivé précisément la limitation de la capacité de travail de la recourante à 50% dans une activité de bureau.

d) S'agissant en particulier des cervico-dorso-lombalgies, le Dr AF\_\_\_\_\_ a mentionné, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies sur trouble de la posture (complément p. 9); ce diagnostic rejoint celui posé par le SMR en juin 2008 de cervico-dorsalgies chroniques sans troubles neurologiques (rapport SMR p. 5). Le Dr P\_\_\_\_\_ avait, lui aussi, posé le diagnostic, en avril 2006, de cervicalgies et dorsalgies hautes apparues depuis environ un an, soit en avril 2005 (rapport P\_\_\_\_\_ p. 3).

Il y a lieu de constater que l'expert a attesté que le tableau clinique était entièrement en lien avec l'accident, en particulier, les cervico-dorso-lombalgies provoquées par la boiterie, qui avait modifié la posture du rachis et entraîné des douleurs positionnelles, objectivées par l'amyotrophie du membre inférieur gauche et la chute du bassin; cette constatation n'est pas sérieusement remise en cause par les autres avis médicaux au dossier; elle est même confortée par plusieurs médecins-intervenants; dans le même sens, le Dr AD\_\_\_\_\_ a attesté le 1er décembre 2008 qu'on pouvait vérifier que des phénomènes de compensation

A/2271/2009 - 46/58 - rachidienne étaient survenus suite à la pose de la prothèse; le 29 mars 2011, il a indiqué qu'en tant que spécialiste en rhumatologie, il confirmait que la boiterie de la recourante était bien responsable des cervico-dorsalgies. Le Dr AE\_\_\_\_\_ a également estimé que les douleurs étaient imputables à l'accident, dès lors que l'enraidissement et les douleurs à la cheville avaient entraîné des troubles posturaux (avis du 18 janvier 2009); le Dr V\_\_\_\_\_ a relevé des dorso-lombalgies en rapport avec la boiterie (avis du 7 avril 2010). Le CEMed a mentionné que la cervicarthrose était de façon possible en relation de

causalité naturelle avec l'accident. Les avis contraires du Dr K\_\_\_\_\_ des 24 février, 19 mai, 27 mai et 24 août 2011, sommairement motivés, ne sont pas convaincants, dès lors que ce dernier part du principe théorique que, pour surcharger le rachis, il faut pouvoir marcher en boitant sur une longue distance, qu'une demi-heure de marche n'est pas suffisante pour cela, le périmètre de marche étant fortement réduit et qu'il n'y a pas de substrat organique pour expliquer les troubles du rachis, de surcroît, sans avoir examiné la recourante.

En conséquence, les cervico-dorso-lombalgies survenues en avril 2005 doivent être qualifiées de séquelles tardives de l'accident de 1984 et sont en lien avec l'accident. Elles participent ainsi à l'incapacité de travail attestée par le Dr AF\_\_\_\_\_.

e) S'agissant du moment précis à partir duquel la capacité de travail réduite évaluée par le Dr AF\_\_\_\_\_, postérieurement à la pose de la prothèse en août 2006, doit être admise, il convient également de prendre en compte les autres rapports au dossier, notamment celui du SMR du 12 juin 2008, celui du Dr AE\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009 et, s'agissant des constatations cliniques, celui du CEMed du 10 mai 2013.

## **E. 20**

a) La recourante a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique au SMR le 9 juin 2008. A cette époque, le SMR a constaté que la recourante pouvait effectuer à 100% un travail sédentaire ou semi-sédentaire, en alternant les positions assise et debout, en évitant le port de charge de plus de 10kg, les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, la montée/descente de marches/escaliers, la marche en terrain irrégulier et la position debout prolongée. Le SMR a constaté des cicatrices calmes, une cheville stable et une mobilité de l'articulation sous-astragalienne gauche nulle. Le SMR signale seulement une tuméfaction globale de la cheville, sans autre précision. Postérieurement à l'expertise du Dr AF\_\_\_\_\_, soit les 9 novembre 2010, 11 février 2011 et 20 septembre 2011, le SMR s'est prononcé sur le rapport de ce dernier et a constaté que le Dr AF\_\_\_\_\_ mentionnait des indices d'aggravation par rapport au rapport du SMR du 12 juin 2008; la perte musculaire avait augmenté au membre inférieur gauche de un centimètre à trois centimètres; la peau était mentionnée en mauvais état; la boiterie avait augmenté, tout comme les problèmes vertébraux. Il a considéré que les conclusions du Dr AF\_\_\_\_\_ concernaient la situation après aggravation de l'état de santé de la

A/2271/2009 - 47/58 - recourante et a confirmé une diminution de la capacité de travail à 20% dans l'activité habituelle et à 50% dans une activité adaptée, postérieurement au 1er décembre 2008, en relevant au surplus qu'à cette date, la recourante avait été examinée par les Drs H\_\_\_\_\_ et Z\_\_\_\_\_, lesquels n'avaient pas attesté d'un mauvais état de santé de la peau, ce qui ne leur aurait d'ailleurs pas permis de proposer une nouvelle intervention, comme ils l'avaient fait.

Il convient de suivre les conclusions du SMR sur la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à décembre 2008, lesquelles ne sont pas valablement remises en cause par le rapport médical subséquent du CEMed, comme il sera discuté ci-après.

b) Par ailleurs, la capacité de travail limitée dans une activité adaptée a aussi été mentionnée par le Dr AD\_\_\_\_\_, lequel a indiqué en janvier 2010 que la recourante pouvait travailler dans une activité adaptée à 50% pour lui permettre de se reposer et de faire les différents traitements (avis du 5 janvier 2010).

c) S'agissant de l'expertise du Dr AE\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009, elle relève une différence de mensurations des mollets et bi-mallolaire de la recourante; elle constate une amyotrophie du mollet gauche et un empâtement de la cheville gauche avec boiterie, des enraidissements et douleurs de la cheville gauche ayant entraîné des troubles posturaux et des douleurs rachidiennes, cervicales, dorsales et lombaires; les cicatrices sont indiquées comme non sensibles; l'expert estime que l'activité de masseuse peut être exercée à 20% et celle d'employée de bureau en position assise à 100%. Ce rapport, fondé sur un examen de la recourante du 5 décembre 2008, rejoint, dans les diagnostics, constatations et conclusions, celui du SMR du 12 juin 2008. En particulier, il ne constate pas, contrairement aux rapports subséquents du CEMed et du Dr AF\_\_\_\_\_, la nécessité pour la recourante de surélever sa jambe, ne fait pas état d'un œdème, dans la mesure décrite par le Dr AF\_\_\_\_\_, mais uniquement d'un empâtement de la cheville gauche, ni de cicatrices douloureuses au toucher, ou encore d'un mauvais état de la peau.

d) Dans ces conditions, il convient de relever que l'aggravation de l'état de santé de la recourante, tant du point de vue de la cheville que du point de vue vertébral, constatée par le Dr AF\_\_\_\_\_ lors de son examen clinique des 6 et 15 juillet 2010, et confirmée par le SMR en 2011 est survenue en tous les cas postérieurement aux examens cliniques effectués tant par le SMR (9 juin 2008), que par les Drs Z\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ (1er décembre 2008) et par l'expert AE\_\_\_\_\_ (5 décembre 2008). Le Dr V\_\_\_\_\_ a d'ailleurs attesté d'une reprise possible de travail à 100% de la recourante dès le 1er décembre 2008 (certificat médical du 27 novembre 2008 adressé à la caisse SYNA). Comme constaté par le SMR, il convient d'admettre que l'état de santé de la recourante, qui était stabilisé au 1er décembre 2007, s'est progressivement dégradé postérieurement à décembre 2008 par la survenance d'une nouvelle rechute.

A/2271/2009 - 48/58 -

Partant de ce constat, la chambre de céans considère que dès le 6 juillet 2010, date de l'examen de la recourante par l'expert AF\_\_\_\_\_, l'état de santé de celle-ci était stabilisé, avec une aggravation constatée par ce médecin, laquelle entraînait une incapacité de travail de 80% dans l'activité de masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité adaptée de type administratif, cela à la suite de la dégradation progressive de l'état de santé de la recourante postérieurement à décembre 2008.

En l'absence de documents médicaux probants au dossier attestant de l'état de santé de la recourante entre l'examen du Dr AE\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2008 et celui du Dr AF\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2010, l'aggravation de l'état de santé de la recourante ayant entraîné une limitation de la capacité de travail de celle-ci ne peut être admise avant le 6 juillet 2010, date de l'expertise du Dr AF\_\_\_\_\_ et n'est pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, prouvée antérieurement.

## **E. 21**

La chambre de céans constate que les avis contraires des experts du CEMed qui se sont prononcés postérieurement au rapport du Dr AF\_\_\_\_\_ ne résistent pas à l'examen et ne sont pas susceptibles de mettre en doute les constatations et conclusions du Dr AF\_\_\_\_\_, confirmées par le SMR.

A cet égard, le rapport d'expertise judiciaire du CEMed du 10 mai 2013 rejoint celui du Dr AF\_\_\_\_\_ dans le sens où il constate une bascule du bassin à gauche de un centimètre environ, une boiterie, une périmètre du mollet à gauche inférieur de trois centimètres, une

cheville gauche dont le périmètre est supérieur de trois centimètres, une cicatrice à la cheville douloureuse au toucher, une inégalité des membres inférieurs (périmètre mollets/cheville), une mobilité de la cheville gauche quasi nulle, une mauvaise évolution de la fracture de la cheville gauche, conduisant à une arthrose précoce et sévère, et un résultat très moyen de la dernière pose de la prothèse de 2006 sur le plan de la symptomatologie douloureuse et fonctionnelle; il rejoint également l'expertise du Dr AF\_\_\_\_\_ lorsqu'il considère qu'une activité de bureau est adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante et que celle-ci doit lever et poser son pied gauche régulièrement en l'air.

Ce rapport diverge toutefois de celui du Dr AF\_\_\_\_\_ dans le sens qu'il ne reconnaît qu'une diminution de rendement de 20% en rapport avec la nécessité de surélever le pied gauche, alors que le Dr AF\_\_\_\_\_ considère que la capacité de travail, pour le même motif, est limitée à 50%.

A cet égard et comme l'a relevé le Dr AF\_\_\_\_\_, le CEMed n'a pas spécifiquement mentionné l'œdème à la cheville gauche, alors que celui-ci justifie selon lui la limitation de la capacité de travail de la recourante à 4 heures le matin, avec la nécessité de surélever la jambe, en se couchant, durant l'après-midi; le Dr AF\_\_\_\_\_ a expliqué de façon précise et convaincante que le système de drainage lymphatique avait été abimé à la suite des deux interventions de la cheville en 2001 et 2006, ce qui entraînait la présence d'un œdème douloureux qui augmentait au cours de la journée et nécessitait une surélévation du pied durant l'après-midi,

A/2271/2009 - 49/58 - avec la possibilité de se coucher, ainsi qu'un traitement par drainage lymphatique. Or, l'expertise du CEMed ne prend pas en compte les lésions du système de drainage lymphatique, tout en n'expliquant pas pour quelle raison et pourquoi la recourante doit surélever sa jambe gauche; elle admet cette limitation, mais ne mentionne pas d'œdème, de tuméfaction ou d'empâtement de la cheville gauche, ou des conséquences à venir sur la cheville gauche si la jambe n'est pas surélevée au cours de la journée, ce qui n'est pas cohérent; seule une différence du périmètre des deux chevilles est mentionnée (rapport CEMed p. 17); elle ne mentionne pas non plus combien de temps la surélévation du pied gauche serait suffisante pour empêcher une complication; elle parle de nécessité de surélever le pied gauche de temps en temps (rapport CEMed p. 18), puis régulièrement (rapport CEMed p. 20), ou encore de la nécessité de faire des pauses prolongées pour surélever la jambe gauche (rapport CEMed p. 21), sans donner de plus amples précisions. En outre, le CEMed fixe une diminution de rendement, dans une activité assise, à 20% (rapport CEMed p. 22). Cependant, il évoque une diminution de 25% s'agissant de l'activité de masseuse en position assise (rapport CEMed p. 21), en se référant à l'évaluation du Dr P\_\_\_\_\_, ce qui n'apparaît pas cohérent. Le CEMed admet dans le même temps la gravité de la lésion en relevant que l'évolution, depuis le changement de prothèse de 2006, est peu satisfaisante, avec d'importantes limitations de la cheville gauche et des douleurs en station debout et qu'il est possible que la situation se détériore, vu le changement de prothèse et que l'évolution aboutisse à une amputation à mi-jambe. Le CEMed reconnaît que des divergences existent entre les médecins intervenants, s'agissant de l'estimation de la capacité de travail, sans motiver plus avant sa propre position (rapport CEMed p. 22). Par ailleurs, le CEMed retient dans les diagnostics une cervicarthrose C5- C6 et C6-C7, documentées dès 2008, mais estime qu'elle est sans conséquence sur la capacité de travail et que les douleurs du rachis n'ont pas d'autre substrat organique. Or, le Dr AF\_\_\_\_\_ a fait état des cervico-lombalgies comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, ce qui

a été confirmé par le SMR dès le 1er décembre 2008 et dont la causalité avec l'accident doit être admise (consid. 19 d). Le Dr AF\_\_\_\_\_ a aussi précisé de façon convaincante dans son complément d'expertise que les cervico-dorso-lombalgies étaient expliquées par un substrat organique (rapport AF\_\_\_\_\_ 2015 p. 11).

Au vu de ce qui précède, l'expertise du CEMed n'emporte pas la conviction.

## **E. 22**

L'avis, également contraire et très succinct, du Dr K\_\_\_\_\_ du 17 juin 2013 n'emporte pas non plus la conviction. En effet, le Dr K\_\_\_\_\_, qui n'a pas examiné la recourante, conteste la baisse de rendement de 20% retenue par les experts du CEMed, au motif que la recourante serait restée assise une heure sans problème pendant l'expertise, et qu'une tuméfaction de la jambe ou du pied n'est pas mentionnée par les experts du CEMed. Il admet cependant une diminution de rendement maximale de 10%.

A/2271/2009 - 50/58 -

Or, cet avis part du principe que les experts du CEMed ont prescrit une surélévation régulière du pied gauche sans aucun motif objectivable; le Dr K\_\_\_\_\_ retient lui-même une diminution de rendement de 10% sans la motiver; il ne se prononce pas du tout sur les constatations et conclusions de l'expertise du Dr AF\_\_\_\_\_, alors même que l'expertise 2010 du Dr AF\_\_\_\_\_ a été versée au dossier LAA et cet expert entendu devant la chambre de céans le 16 juin 2011. Il ne se prononce en particulier pas du tout sur la nécessité établie par le Dr AF\_\_\_\_\_ de surélever le pied gauche plus haut que le cœur, nécessitant la position couchée, ni sur l'état douloureux du pied; le fait, pour l'assurée, de rester assise durant une heure n'exclut de surcroît pas les limitations fonctionnelles invoquées par le Dr AF\_\_\_\_\_; enfin, le Dr K\_\_\_\_\_ exclut toute relation de causalité entre l'accident et les cervico-dorso-lombalgies, de sorte qu'il n'en tient pas du tout compte dans le cadre de la diminution de rendement, alors que ces dernières sont bien en relation de causalité avec l'accident.

Cet avis ne peut, en conséquence, être suivi.

## **E. 23**

S'agissant de la période entre le 7 janvier 2002 et la rechute de 2006, il convient de constater que les avis médicaux au dossier retiennent une capacité de travail de la recourante de 100% dans toute activité. A cet égard, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé, le 8 janvier 2002, que la recourante avait repris une activité à 100%; il n'a pas évoqué d'incapacité de travail dans ses rapports subséquents des 9 avril 2002, 1er octobre 2002 et 21 janvier 2003; par ailleurs, comme il a été exposé ci-dessus, l'incapacité de travail fixée par le Dr AF\_\_\_\_\_ à 80% comme masseuse- réflexologue et à 50% dans une activité adaptée ne saurait être retenue depuis le 15 novembre 2001, dès lors qu'elle se fonde sur l'aggravation de l'état de santé de la cheville après la pose de la seconde prothèse en août 2006, comme le Dr AF\_\_\_\_\_ l'a lui-même admis et qu'elle doit être considérée comme ayant une influence sur la capacité de travail seulement dès le 6 juillet 2010, comme il a été exposé ci-dessus. La recourante était donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, capable de travailler à 100% dans toute activité, du 7 janvier 2002 jusqu'à la rechute de 2006.

S'agissant de la capacité de travail dès le 1er décembre 2007, soit dès la stabilisation de l'état de santé de la recourante, elle a, au vu des rapports médicaux au dossier continué d'être entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, soit

une activité de bureau. S'agissant de l'activité de masseuse-réflexologue, elle a été arrêtée à 50% depuis le 1er janvier 2007 par le SMR, avis sur lequel s'est fondée l'intimée; le Dr AE\_\_\_\_\_ a considéré que l'activité de masseuse-réflexologue était exigible seulement à 20% depuis le 10 décembre 2007 (rapport AE\_\_\_\_\_ p. 14); quant au CEMed, il a retenu une capacité de travail de la recourante de 100%, avec un rendement de 80% comme masseuse-réflexologue. La chambre de céans constate ainsi que les avis médicaux au dossier retiennent une capacité de travail partielle, oscillant entre 20%, 50% et

A/2271/2009 - 51/58 - 80% comme masseuse-réflexologue, postérieurement à la rechute de 2006. La question du taux précis de cette capacité de travail et de son point de départ peut cependant rester ouverte; en effet, le calcul du degré d'invalidité commande de prendre en considération, au 1er décembre 2007, un revenu à 100% dans une activité adaptée de bureau et non pas un revenu partiel en tant que masseuse- réflexologue, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cette question.

En conséquence, l'appréciation des rapports médicaux au dossier aboutit, s'agissant des périodes litigieuses, à la reconnaissance d'une capacité de travail de la recourante de 100%, dans toute activité, depuis le 7 janvier 2002 (sous réserve de l'incapacité de travail admise suite à la rechute de 2006), de 100% dans une activité adaptée depuis le 1er décembre 2007 et de 20% dans l'activité de masseuse-réflexologue et 50% dans une activité adaptée depuis le 6 juillet 2010.

#### **E. 24**

a) Vu la capacité de travail totale reconnue à la recourante dans toute activité au 7 janvier 2002, date à laquelle l'état de santé était stabilisé suite à la rechute de 2001, aucun droit à une rente d'invalidité n'est ouvert dès le 7 janvier 2002.

Il convient encore de calculer le taux d'invalidité de la recourante au 1er décembre 2007, moment où l'état de santé a été stabilisé, postérieurement à la seconde rechute de 2006.

b) S'agissant du salaire d'invalidé, le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 30 avril 2012 concernant la procédure AI, l'a calculé en se fondant sur l'ESS 2002, tableau TA 7, pour une femme, ligne 23, niveau 4, soit CHF 4'769.- par mois; adapté à un horaire de travail hebdomadaire de 41,7 heures, il était de CHF 59'660.- par an. Il a confirmé la prise en compte par la chambre de céans d'un revenu correspondant aux "autres activités commerciales", lequel tenait mieux compte des limitations fonctionnelles de la recourante que celui de "secrétariat, travaux de chancellerie". Cette appréciation doit en l'espèce être suivie, les circonstances étant identiques. En particulier, il convient d'écarter le calcul de l'intimée, fondé sur un salaire statistique correspondant à une activité simple dans le secteur des activités financières et assurances et évalué à CHF 72'540.45 en 2007; à cet égard, on constate en effet que les tâches exercées par la recourante à la F\_\_\_\_\_ correspondaient déjà, selon le certificat de travail du 10 janvier 2000, à une activité commerciale et administrative (ESS, TA 7, ligne 23), plutôt qu'à une activité de secrétariat, travaux de chancellerie (ESS 2006, TA 7, ligne 22), ou à une activité financière (ESS 2006, TA 1, lignes 64-66). L'employeur relate en effet des tâches de classement, expédition du courrier spécial, mise à jour des listes de signatures et remplaçante de la personne en charge du courrier banque restante et du centre de notification.

Prenant en compte l'ESS 2006, tableau TA 7, ligne 23, femme, niveau 4, le salaire mensuel est ainsi de CHF 4'950.-; rapporté à un horaire de travail hebdomadaire de 41,7 heures en 2006, il est de CHF 5'160.40 par mois, soit CHF 61'924.50 par année. Indexé à l'année

2007, il est de CHF 62'915.30. Il ne se justifie par ailleurs

A/2271/2009 - 52/58 - pas d'appliquer une déduction sur le salaire d'invalidé, comme l'a relevé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 30 avril 2012.

c) Le revenu sans invalidité (art. 18 LAA), est une notion différente de celle du gain assuré (art. 15 LAA). Il s'évalue d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé et est pris en compte à 100%, indépendamment du fait que l'assuré mette ou non à profit entièrement sa capacité de travail (cf. consid. 8 c) supra). S'agissant du gain assuré, fixé à CHF 69'600.- par décision de l'intimée du 11 février 1991, il ne fait pas partie de l'objet du litige.

En l'occurrence, s'agissant du salaire sans invalidité, la recourante se prévaut de celui fixé en procédure AI, soit un revenu sans invalidité en 2002 de CHF 65'474.-, lequel, indexé à l'année 2007, est de CHF 69'565.40 (+ 1,4% en 2003; + 0,9% en 2004; + 1% en 2005; + 1,2% en 2006; +1,6% en 2007). L'intimée invoque un revenu sans invalidité de CHF 42'428.30 en tant que masseuse-réflexologue. A cet égard, le salaire réalisé auprès de la F\_\_\_\_\_ ne peut pas être considéré comme un salaire sans invalidité pertinent pour le calcul en 2007 du taux d'invalidité, dès lors qu'il a été réalisé pour la dernière fois en 1999, soit plus de sept ans auparavant et que la recourante a été reconnue totalement capable de travailler entre le 7 juillet 2002 et la rechute de 2006. Dans cette hypothèse, il convient de se baser, au mieux, sur le salaire statistique, soit en l'occurrence un salaire sans invalidité identique au salaire d'invalidé. La question de savoir si, en 2007, le revenu sans invalidité doit correspondre à celui de masseuse-réflexologue, plutôt qu'à celui, statistique, d'une secrétaire/réceptionniste, peut de toute façon rester ouverte, le taux d'invalidité étant, vu le revenu d'invalidé de CHF 62'915.30, dans les deux hypothèses, inférieur au taux minimum de 10% donnant droit à une rente.

La recourante n'a ainsi droit à aucune rente d'invalidité au 1er décembre 2007.

#### **E. 25**

Il est ensuite établi que la recourante a présenté une nouvelle rechute postérieurement à la stabilisation de son état de santé le 1er décembre 2007, et plus précisément postérieurement à décembre 2008, par une aggravation progressive de l'état de la cheville gauche et du rachis, de sorte qu'au 6 juillet 2010, son état était à nouveau stabilisé avec une diminution de sa capacité de travail à 20% dans l'activité de masseuse, et à 50% dans une activité adaptée, notamment une activité de bureau.

Au demeurant, à la date de la décision litigieuse statuant sur la rente d'invalidité, soit au 27 mai 2009, la recourante n'avait pas droit à une rente, le taux d'invalidité n'atteignant pas le seuil minimum de 10%, selon le calcul du taux d'invalidité effectué au 1er décembre 2007. La survenance de la rechute, par l'aggravation progressive de l'état de santé de la recourante, tant du point de vue de la cheville, que du point de vue du rachis, n'a eu d'incidence sur la capacité de travail de la recourante que dès le 6 juillet 2010, date à laquelle l'état de santé doit être

A/2271/2009 - 53/58 - considéré comme stabilisé, soit à une date postérieure à la décision litigieuse du

#### **E. 27**

Il convient en conséquence de calculer le taux d'invalidité de la recourante au 6 juillet 2010.

a) En l'occurrence, s'agissant du revenu sans invalidité, il convient de se fonder sur le revenu que la recourante a réalisé en 2010, année pertinente pour le calcul du degré d'invalidité. La chambre de céans constate qu'au 6 juillet 2010, date à laquelle le droit à une rente d'invalidité doit être calculé, l'état de santé de la recourante étant stabilisé, la recourante exerçait une activité de secrétaire- réceptionniste à 50% pour l'Etat de Genève dans le cadre d'un programme d'emploi et de formation (PCEF, art. 6E de la loi en matière de chômage, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 août 2012, contrat du 11 janvier au 12 juillet 2010). C'est d'ailleurs également exclusivement dans ce domaine – élargi aux activités de téléphoniste/commise administrative, qui regroupent des tâches similaires – que la recourante a effectué des recherches d'emploi lorsqu'elle était inscrite à l'OCE, entre décembre 2008 et avril 2012. C'est également dans ce domaine que la recourante avait été engagée du 15 septembre 1994 au 31 décembre 1999 par la F\_\_\_\_\_, selon le certificat de travail celle-ci du 10 janvier 2000.

Le revenu sans invalidité correspond ainsi à celui d'une secrétaire réceptionniste, dès lors qu'en 2010 la recourante exerçait un tel emploi et doit être pris en compte à 100%, indépendamment du fait que la recourante exerçait cette activité à 50%. Quant à l'activité de masseuse-réflexologue, elle n'a été exercée que sporadiquement; il ressort en particulier du dossier de l'OCE que pour l'année 2009 la recourante a réalisé un gain intermédiaire brut comme masseuse- réflexologue de CHF 3'015.-, soit de CHF 251.25 par mois; cette activité était dès lors très accessoire et ne correspondait pas aux aspirations de la recourante, celle-ci disposant, pour rappel, dans ce domaine d'une capacité de travail partielle, dès l'année 2007 ( située entre 20% et 80%). A partir de l'année 2008, la recourante s'est d'ailleurs exclusivement attachée à la recherche d'un emploi dans le domaine du secrétariat/réception et non pas dans celui de masseuse-réflexologue, alors même qu'elle aurait pu exercer cet emploi en tant que salariée. Il n'y a ainsi pas lieu de prendre en compte un salaire sans invalidité de masseuse-réflexologue. Enfin, le salaire mensuel de CHF 1'105.05, convenu dans le cadre de l'emploi PCEF, n'est pas pertinent, dès lors qu'il n'est pas significatif du salaire usuel pour ce domaine d'activité. Il convient dans ces circonstances, soit en présence d'une assurée qui n'a pas retrouvé un emploi et qui exerçait une activité PCEF, de se fonder sur le salaire statistique, en l'occurrence selon l'ESS 2010, tableau TA 7, ligne 23, femme, niveau 4 "autres activités commerciales et administratives."

b) La jurisprudence a précisé que lorsque les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision (arrêt U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b) -, il était superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF

A/2271/2009 - 55/58 - 126 V 75, de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; ATF 9C\_260/2013 du 9 août 2013, consid. 4.2.).

En l'occurrence, le salaire d'invalidité doit être calculé de la même manière que le salaire sans invalidité, soit en application de l'ESS 2010 pour une activité commerciale ou

administrative (cf. consid. 24. b)), de sorte que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, arrêté à 50%.

c) La recourante a, en conséquence, droit à une rente d'invalidité de 50% depuis le 1er juillet 2010.

#### **E. 28**

Selon l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

L'annonce à l'assureur social permet de préserver le délai de l'art. 24 al. 1 LPGA (ATF 9C\_532/2011 du 7 mai 2012).

Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

Selon l'art. 7 l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) du 11 septembre 2002, le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Si un intérêt moratoire n'est dû, au sens de l'art. 6, que sur une partie de la prestation, il sera calculé au moment du paiement sur la prestation entière et sera versé en proportion de la part de prestation sur laquelle les intérêts sont dus par rapport à l'intégralité de la prestation (al. 3).

En l'occurrence, la rente due dès le 1er juillet 2010 n'est pas prescrite, l'intimée ayant été saisie d'une demande antérieurement à la naissance du droit à la rente.

Un intérêt moratoire est au surplus dû depuis le 1er juillet 2012, soit 24 mois après la naissance du droit.

#### **E. 29**

Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. 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). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement

A/2271/2009 - 56/58 - prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 pour cent au moins). Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (ATF 8C\_179/2014 du

16 mars 2015, consid. 4.1.).

Les cervico-dorso-lombalgies ayant été admises comme suites de l'accident, l'intimée est tenue de prendre en charge leur traitement médical, au titre de séquelles tardives, entre le 1er avril 2005 et le 30 novembre 2007 (art. 10 LAA), l'état de santé étant stabilisé dès le 1er décembre 2007.

Un éventuel droit à la prise en charge du traitement médical postérieurement au 6 juillet 2010, date de la naissance du droit à la rente de la recourante (cf. infra consid. 21), sort de l'objet du présent litige (art. 21 LAA) et n'a, de surcroît, pas été requis par la recourante.

### **E. 30**

Enfin, s'agissant du montant de l'IPAI, le Dr AF \_\_\_\_\_ a confirmé le bien-fondé d'une IPAI de 25% en se référant aux tables utilisées dans les cas d'accident et à l'appréciation du Dr K \_\_\_\_\_. Celui-ci s'est prononcé le 17 juin 2013 - après l'avis du CEMed, concluant à une IPAI de 30% pour arthrose de tout la cheville et de 35% en cas d'amputation future de la cheville - en relevant que la table 5 de la SUVA prévoyait précisément un taux de 25% maximum pour une arthrose tibio- tarsienne avec prothèse et résultat mauvais (SUVA – table 5 [révision 2011] – articulation tibio-tarsienne).

Dans ces conditions, la conclusion de la recourante visant à l'octroi d'une IPAI de 35% ne peut qu'être rejetée, étant relevé qu'une aggravation telle qu'envisagée par le CEMed, soit l'amputation de la cheville, ne saurait être actuellement qualifiée de vraisemblable, mais pourra, cas échéant, donner lieu à une révision (SUVA – table 4 – perte de la cheville – 35%).

### **E. 31**

Au vu de ce qui précède, le recours du 23 février 2012 sera admis et la décision du 25 janvier 2012 de l'intimée sera annulée. Il sera dit que la recourante a droit à la prise en charge des frais de traitements relatifs aux cervico-dorso-lombalgies, du 1er avril 2005 au 30 novembre 2007.

Le recours du 26 juin 2009 sera rejeté et la décision du 27 mai 2009 sera confirmée. Il sera dit, par extension du litige, que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 50% dès le 1er juillet 2010, avec intérêts à 5% l'an dès le 1er juillet 2012.

### **E. 32**

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA;

A/2271/2009 - 57/58 - 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).

A/2271/2009 - 58/58 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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