

GE_GERICHTE A/2832/2010 vom 22. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2832_2010

FR: GE_GERICHTE A/2832/2010 du 22 mars 2011

IT: GE_GERICHTE A/2832/2010 del 22 marzo 2011

Erwägungen

E. 2

à droite, une force de serrage au key pinch de 17 lb/cm² à gauche contre 23 lb/cm² à droite, et 8lb/cm² à gauche contre 14 lb/cm² à droite au tip pinch . L'expert a relevé que si le status clinique n'était souvent pas très parlant en cas d'atteinte pathologique et en particulier post-traumatique ligamentaire du poignet, il existait en l'espèce une corrélation entre les constats objectifs et les plaintes de l'assurée. Il a posé les diagnostics de limitation résiduelle douloureuse et manque de force résiduelle du poignet gauche, status après synovectomie des extenseurs des doigts gauches, dénervation dorsale du poignet gauche, embrochage triquéto-lunaire et triquéto-capital du poignet gauche, remise sous tension de l'insertion triquétrale du ligament lunotriquétral par déplacement de son insertion et ostéosynthèse et capsulodèse dorsale limitée scapho-lunaire, résection en gaufre de la tête ulnaire et débridement puis plastie du TFCC selon Scheker et débridement du ligament scapho-lunaire; status après ablation de matériel d'ostéosynthèse (broches); status après arthroscopie du poignet gauche et débridement du TFCC; et status après entorse sévère du poignet gauche. Il a précisé que le lien de causalité entre ces atteintes et l'accident du 21 avril 1998 était certain. L'expert considérait qu'il n'y avait aucun traitement à proposer pour les séquelles de l'accident que présentait l'assurée. L'incapacité de travail était encore imputable aux conséquences de l'accident, et une reprise du travail même partielle en tant que médecin-dentiste n'était pas envisageable, de l'avis de l'expert. Aucune amélioration sensible de l'état de santé ne pouvait être espérée. Le Dr S _____ a indiqué que l'assurée était affectée d'une incapacité de travail définitive et totale en tant que médecin-dentiste en raison des douleurs et des limitations des mouvements du poignet, car la limitation de la mobilité du poignet gauche à 45°, mise en évidence lors du status en particulier en flexion, aussi bien activement que passivement, expliquait les tensions et les douleurs ressenties lors de son activité professionnelle. Le poste de travail ne pouvait être adapté. L'expert a en revanche estimé que la capacité de travail serait totale dans une activité de médecin-conseil d'une caisse-maladie ou d'un assureur privé, d'enseignante dans une école d'hygiénistes dentaires ou de gestionnaire pour les sinistres de personnes dans une assurance. Quant au pronostic, l'expert a souligné qu'il était difficile de prévoir l'évolution du résultat de l'intervention pratiquée par le Dr P _____, et qu'il était possible qu'une arthrose précoce se développe, le risque étant cependant inférieur à 50 %. L'expert n'a relevé aucune atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée. L'assurée ne présentait pas d'état antérieur autre que les suites de l'accident de 1984, ni de maladie qui se serait déclarée après l'accident. Le Dr S _____ a précisé que l'assurée présentait depuis son accident de 1984 des paresthésies dans le membre supérieur gauche qui s'étaient aggravées après la 2^{ème} intervention pratiquée par le Dr P _____, et qu'un nouvel examen électromyographique était éventuellement indiqué pour exclure une compression du nerf médian au canal carpien ou du nerf cubital en particulier au coude. En 2001,

l'assurance-accidents a versé à l'assurée 271 indemnités journalières à 202 fr. 49 pour la période du 1^{er} janvier au 28 septembre. En 2002, l'assurance-accidents a versé à l'assurée 90 indemnités journalières à 202 fr. 49 pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars.

L'assurance-accidents a requis de l'OAI par courrier du 27 décembre 2002 que cet office lui communique sa position quant à l'octroi de mesures de réadaptation à l'assurée. Par courrier du 5 février 2003, l'assurée a prié l'assurance-accidents de lui verser les indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31 janvier 2003 en observant que celles-ci avaient été réglées jusqu'au 31 mars 2002. Le 13 février 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a proposé de ne pas modifier le droit à la rente de l'assurée et a classé son mandat de réadaptation, en relevant que l'assurée était au bénéfice d'une rente entière depuis le 1^{er} mai 1999. Ce service a indiqué qu'en 1997, l'assurée aurait touché un salaire à 100 % de 150'232 fr. 60. La division de réadaptation a considéré qu'étant donné l'âge de l'assurée, elle ne pouvait envisager de formation de longue durée qui serait plus coûteuse que l'octroi d'une rente jusqu'à la retraite et donc disproportionnée. S'agissant des trois activités suggérées par l'assurance-accidents (médecin-conseil dans une assurance, enseignante dans une école d'hygiénistes dentaires et gestionnaire pour les sinistres), la première n'était pas exigible en raison du nombre trop restreint de tels postes sur le marché du travail, et les deux autres ne pouvaient être exercées sans formation préalable sur plusieurs années. Le 8 avril 2003, l'OAI a informé l'assurée que son droit à une rente complète d'invalidité n'était pas modifié. Par courrier du 4 août 2003, l'assurée a relancé l'assurance-accidents en rappelant que l'OAI lui avait reconnu un taux d'invalidité de 100 % et en exigeant qu'une décision soit rendue. Le 9 septembre 2003, l'assurance-accidents a indiqué à l'assurée qu'elle étudiait le dossier remis par l'OAI et poursuivait l'instruction. Selon la note de l'assurance-accidents relative à une entrevue entre les parties ayant eu lieu en date du 11 décembre 2003, l'assurance-accidents a expliqué à l'assurée qu'elle avait calculé sa rente d'invalidité selon deux méthodes, la première basée sur des postes concrets et la seconde sur des revenus statistiques, et avait obtenu un taux d'invalidité de 45% pour la première méthode et de 47% pour l'autre. Le mandataire de l'assurée a indiqué qu'il était peu probable que cette dernière accepte un taux d'invalidité de l'ordre de 50% mais a admis le passage du régime des indemnités journalières à celui de la rente d'invalidité au 1^{er} mars 2003. L'assurée, dans son courrier du 6 novembre 2003, a une nouvelle fois demandé à l'assurance-accidents de rendre une décision. Le 3 décembre 2003, l'office du personnel de l'Etat de Genève a indiqué à l'assurance-accidents que le revenu de l'assurée se serait élevé à 12'157 fr. 50 en 2003 pour un poste à 100 %. Par décision du 9 janvier 2004, l'assurance-accidents a considéré que le droit aux indemnités journalières de l'assurée s'éteignait le 28 février 2003, date à laquelle l'OAI avait refusé des mesures de réadaptation à l'assurée. L'assurance-accidents a admis dans sa décision devoir des indemnités journalières de 202 fr. 49 pour la période du 1^{er} avril 2002 au 28 février 2003, soit une somme de 67'631 fr. 65 S'agissant du calcul de l'invalidité, l'assurance-accidents a considéré que l'assurée aurait une capacité de travail totale dans les domaines des assurances, de l'enseignement et de la santé. Se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, tableau 1), il a tenu compte des salaires correspondant aux niveaux 1, 2 et 3 dans ces différents domaines d'activités (lignes 66, 80 et 85) et en a fait la moyenne, obtenant ainsi un revenu d'invalidé de 77'724 fr. Comparé au revenu de 145'890 fr. que l'assurée aurait pu réaliser à plein temps, il en résultait un taux d'invalidité de 47 %, arrondi à 50 %. Le gain assuré étant de 92'483 fr. 50, la rente d'invalidité, en tenant compte d'un renchérissement de 3.9 %, s'élevait à 38'436 fr. 15, soit une rente mensuelle de 3'203 fr.

L'expert n'ayant pas constaté d'atteinte à l'intégrité, aucune indemnité n'était versée à l'assurée à ce titre. L'assurée s'est opposée à la décision de l'assurance-accidents par courrier du 11 février 2004. Elle a fait valoir que selon l'expertise du Dr S _____, son incapacité de travail était définitive et complète dans l'activité de médecin-dentiste. S'agissant de la capacité totale de travail admise par l'expert dans une activité adaptée (assurance, enseignement ou domaine de la santé ou social), l'assurée a relevé qu'elle n'était estimée qu'en fonction de l'incidence de la lésion au poignet et sans tenir compte de ses problèmes de dos, qui généraient à eux seuls une invalidité partielle. Or, l'OAI avait renoncé à des mesures de réadaptation en raison de son âge, qui rendait une réadaptation onéreuse et non proportionnelle en raison du coût d'une formation sur trois ou quatre ans. De plus, son dernier salaire s'était élevé à 150'232 fr. 60 en 1997 selon le rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI. Indexé selon ses calculs, le revenu serait de 157'751 fr. 50 au 1^{er} mars 2003. De plus, elle n'était pas titulaire d'un doctorat et ne remplissait pas les exigences pour enseigner à l'école d'hygiénistes dentaires, où les postes étaient de toute manière déjà pourvus. Elle a joint à cet égard un courriel daté du 15 janvier 2004 de la directrice de l'école d'hygiénistes dentaires de Genève, selon lequel l'école disposait d'un poste de médecin-dentiste à 80 %, occupé par deux personnes, et précisant qu'il était exigé des titulaires du poste un doctorat en médecine dentaire ainsi que la pratique en cabinet, et qu'aucun poste n'était actuellement vacant. Un travail de médecin-conseil dans une assurance ne représentait pas non plus un temps plein, et supposait un diplôme suisse et un cabinet privé. Elle n'avait pas non plus les compétences nécessaires pour travailler comme gestionnaire de sinistres dans une assurance. L'OAI avait d'ailleurs admis que les activités suggérées par l'assurance-accidents ne pouvaient être exigées. Même si elle exerçait une activité subalterne, son taux d'invalidité resterait de 70 % compte tenu du faible revenu qu'elle en tirerait, ce qui ne représentait pas une diminution du dommage substantielle et n'était donc pas exigible conformément à la jurisprudence. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assurée a considéré qu'il était incompréhensible que l'expert conclue à l'inexistence d'une atteinte à l'intégrité supplémentaire malgré l'incapacité de travail totale, et a exigé un complément d'expertise sur ce point. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 9 janvier 2004, à l'octroi d'indemnités journalières de 100 % et d'une rente d'invalidité de 100 % ; à l'allocation d'intérêts compensatoires de 5 % sur les prestations d'assurance dès le 1^{er} avril 2002 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % au moins, en se réservant la possibilité d'augmenter ses conclusions en fonction des résultats du complément d'expertise à ordonner. Selon une attestation de l'assurance-accidents du 5 mars 2004, cette dernière a versé des indemnités journalières de 202 fr. 49 du 1^{er} janvier au 28 février 2003 puis une rente d'invalidité mensuelle de 3'203 fr. du 1^{er} mars au 31 décembre 2003. Par courrier du 20 avril 2004, l'assurance-accidents a demandé au Dr T _____, médecin-dentiste, de se déterminer sur les opportunités d'emploi autres que la pratique de la médecine dentaire pour une personne titulaire d'un diplôme de médecin-dentiste. Celui-ci a répondu par courrier du 3 mai 2004 que les postes étaient rares pour les titulaires d'un tel diplôme en dehors de la pratique médicale. Il citait les possibilités suivantes: instructeur dans le cadre de la formation continue, médecin-dentiste dans l'industrie, directeur de la clinique dentaire de la jeunesse, et médecin-dentiste conseil auprès d'une assurance, étant précisé qu'il s'agissait d'un travail à temps partiel. En réponse à une demande de l'assurance-accidents, la division des ressources humaines du Département de l'instruction publique a précisé par courrier du 2 juin 2004 que l'assurée était engagée en classe de salaire 23 et que son classement était

identique à celui des titulaires d'un diplôme suisse de médecine dentaire. Le 14 juillet 2004, une nouvelle entrevue a eu lieu entre l'assurance-accidents et le mandataire de l'assurée. Au terme de celle-ci, le mandataire a indiqué qu'il souhaitait examiner les répercussions qu'aurait une éventuelle hausse de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents sur les rentes versées par la caisse de pensions de l'assurée. En 2004, l'assurance-accidents a servi à l'assurée une rente d'invalidité mensuelle de 3'203 fr. 15. Le 3 mai 2006, l'assurée a exigé de l'assurance-accidents qu'elle rende une décision sur opposition en précisant qu'elle maintenait ses conclusions. A la suite d'un échange de correspondances entre les parties, lors duquel l'assurée a à plusieurs reprises requis une décision de l'assurance-accidents, cette dernière a informé l'assurée par courrier du 15 juin 2010 de sa volonté de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avant de rendre une décision sur opposition. Elle a soumis à l'assurée les questionnaires à soumettre à des experts en chirurgie de la main, neurologie et psychiatrie, contenant notamment des questions sur l'exigibilité d'activités telles que gardienne affectée à la surveillance d'écrans et la prise d'appels téléphoniques, de commis administratif affecté à des tâches de classement et d'archivage, de contrôleur de stationnement, de commis de régie, d'huissière réceptionniste, de gérante de magasin de tabac et journaux, d'employée de bureau affectée à des tâches de gestion, d'assembleuse dans l'horlogerie et de serveuse dans un café-restaurant. Par courrier du 22 juin 2010, l'assurée a refusé de se soumettre à une nouvelle expertise en soulignant qu'il était contraire aux règles de la bonne foi de diligenter une nouvelle expertise lorsque les résultats de la première ne convenaient pas. L'assurance-accidents a rendu une décision sur opposition en date du 23 juillet 2010, par laquelle elle a confirmé sa décision du 9 janvier 2004 et écarté l'opposition de l'assurée. Par courrier du 26 juillet 2010, l'assurée a reproché à l'assurance-accidents de faire preuve de mauvaise foi en omettant d'indiquer, dans sa décision sur opposition, qu'elle avait offert de transiger sur l'affaire en acceptant un taux d'invalidité de 60 %. Par recours du 25 août 2010, l'assurée (ci-après la recourante) a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition de l'assurance-accidents (ci-après l'intimée), au versement d'une rente d'invalidité de 100 %, à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 30 %, l'augmentation de ce montant étant réservée selon les résultats du complément d'expertise, et au versement d'intérêts compensatoires de 5 % à compter du jour où chaque prestation depuis le 1^{er} avril 2002 aurait dû être versée. Elle fait valoir que l'expertise réalisée lors de son premier accident, soit il y a 26 ans, indiquait déjà que des mesures de réadaptation n'étaient pas concevables. Quant à l'indication du Dr S _____ selon laquelle elle disposerait d'une capacité de travail complète dans certaines activités, elle rappelle que cet expert n'a pas tenu compte de l'incidence sur sa capacité de travail de l'invalidité partielle qui l'affecte depuis son premier accident. La recourante allègue que l'intimée fait preuve de mauvaise foi en refusant de se conformer au prononcé de l'OAI, sur lequel elle aurait dû calquer sa décision. La recourante indique qu'elle a eu de très nombreux contacts avec l'intimée, laquelle lui a fait plusieurs propositions et a usé de procédés dilatoires afin de ne pas rendre de décision, et démontre sa mauvaise foi en voulant mettre en œuvre une expertise plus de six ans après la décision dont a été opposition. La recourante rappelle qu'elle a mis l'intimée en demeure de payer les indemnités journalières par courrier du 5 février 2003. Elle conteste le calcul de l'invalidité auquel a procédé l'intimée, en relevant notamment que le salaire sans invalidité n'est pas conforme à celui qui figure dans le calcul de l'OAI, soit 150'232 fr. 60, ou 157'751 fr. 50 en 2003 après indexation. La recourante fait valoir qu'elle n'est pas à même de travailler en tant qu'enseignante à l'école d'hygiéniste, n'étant pas titulaire d'un doctorat, que

l'activité de médecin-dentiste conseil dans une assurance ne représente pas une charge de travail à plein temps, et qu'elle ne dispose d'aucune formation bureautique ou juridique lui permettant d'être employée comme gestionnaire de sinistres dans une assurance, et que son âge (62 ans) rend illusoire les possibilités d'engagement dans ces conditions. On ne saurait non plus exiger d'elle qu'elle exerce un poste subalterne, d'une part parce qu'elle souffre également de problèmes de dos, d'autre part parce que de telles professions ne correspondent pas à son statut social. Un reclassement dans une activité subalterne ne présenterait en outre pas une diminution du dommage substantielle telle que requise par la jurisprudence, puisque sa capacité de gain n'excéderait pas 30 %, compte tenu de l'abattement de 25 % à opérer sur le revenu d'invalidité en l'espèce. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante rappelle les termes de l'expertise du Dr S _____ qui a conclu à une incapacité totale d'exercer sa profession habituelle, et qu'il est dans ces conditions incompréhensible qu'il n'admette pas une atteinte à l'intégrité, au demeurant sans motiver cet avis. L'indemnité doit dès lors être de 30 % au moins, une expertise complémentaire devant être ordonnée sur ce point et les conclusions pouvant être augmentées en suite des résultats de l'expertise. En ce qui concerne les intérêts compensatoires, la recourante fait valoir qu'ils sont dus à hauteur de 5 % dès le jour où chaque prestation mensuelle aurait dû être versée. L'intimée a conclu au rejet du recours dans sa réponse du 22 octobre 2010, et subsidiairement, à une reformatio in pejus en fixant à 44 % le degré d'invalidité de la recourante depuis le 1^{er} mars 2003. L'intimée rappelle les circonstances de l'accident de 1988, que l'expert R _____ s'était étonné de la manipulation d'une tondeuse à gazon par la recourante alors que celle-ci souffrait du dos, et que le Dr P _____ a qualifié le tableau clinique et les plaintes de la recourante de peu concordants. Elle relève que l'OAI n'a pas motivé sa décision s'agissant de l'invalidité si bien qu'elle était elle-même tenue de procéder à une instruction complète. L'intimée soutient que l'invalidité, soit l'incapacité de gain, doit tenir compte des activités raisonnablement exigibles que l'assurée est encore à même d'exécuter eu égard à ses problèmes de santé, également dans d'autres secteurs professionnels. En l'espèce, tant le Dr S _____ que le Dr U _____ ont indiqué des débouchés professionnels compatibles avec la capacité de travail de la recourante, alors que celle-ci, depuis dix ans, n'a rien entrepris. Ces activités sont en outre raisonnablement exigibles, même si elles peuvent présenter certains inconvénients et la recourante était tenue de reprendre une telle activité afin de respecter son obligation de diminuer le dommage. Il y a donc lieu de considérer à titre de revenu d'invalidité un salaire annuel de 81'708 fr., correspondant à la moyenne entre les activités aux niveaux de qualification 1 et 2 des catégories assurances, enseignement et santé résultant du TA1 de l'ESS, soit 7'365 fr., 6'948 fr. et 6'114 fr. respectivement. L'intimée considère qu'aucun abattement ne se justifie sur ce revenu d'invalidité, et qu'il résulte de la comparaison avec le revenu sans invalidité de 145'890 fr. un taux d'invalidité de 44 %, raison pour laquelle l'intimée conclut subsidiairement à une reformatio in pejus. L'intimée souligne que même en tenant compte d'un abattement de 10 %, le taux d'invalidité ne serait pas supérieur au degré de 50 % qu'elle a retenu. Elle relève que le passage à la rente d'invalidité au 1^{er} mars 2003 n'est en revanche pas litigieux. Quant à l'atteinte à l'intégrité, l'intimée souligne qu'elle est calculée en fonction de la gravité de l'atteinte, et uniquement en fonction des constatations médicales. Or, l'expert n'a pas constaté d'atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée chez la recourante, et lui aurait indiqué par téléphone qu'un taux de 30 % pour atteinte à l'intégrité correspondait à une arthrodèse menant à un blocage complet du poignet, soit une perte fonctionnelle totale de cette articulation. Il ne se justifie dès lors pas

d'octroyer une telle indemnité à la recourante. S'agissant des intérêts compensatoires, l'intimée relève qu'ils ne sont pas l'objet de la décision initiale ou de la décision sur opposition. Elle considère que les conditions nécessaires à l'octroi d'intérêts compensatoires ne sont pas réunies, car ceux-ci ne sont dus que douze mois au plus tôt après que l'assuré a fait valoir son droit aux prestations et pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. De l'avis de l'intimée, cette dernière condition n'est pas réalisée en l'espèce car la recourante a refusé de se soumettre à l'expertise pluridisciplinaire ordonnée par l'intimée et qu'elle a sollicité plusieurs entrevues, de sorte qu'elle est en grande partie responsable de la durée inhabituelle de l'instruction. Dans sa réplique du 20 décembre 2010, la recourante a repris les conclusions contenues dans son recours en concluant en plus à ce que des intérêts à 5 % sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soient calculés dès le 9 janvier 2003, ainsi que son argumentation. Pour le surplus, elle souligne que les intérêts auxquels elle a conclu sont de nature compensatoire et non moratoire, de sorte qu'aucune interpellation n'est nécessaire. Par duplique du 26 janvier 2011, l'intimée a modifié ses conclusions en concluant à titre subsidiaire à la fixation à moins de 44 % du degré d'invalidité de la recourante. Elle allègue que la recourante se contredit dans la mesure où elle ne s'estime pas assez qualifiée pour une activité de médecin-dentiste dans l'industrie, les assurances ou la formation tout en considérant qu'elle est trop qualifiée pour un emploi dans une activité subalterne. Par ailleurs, le fait que certains postes dans lesquels elle serait apte à travailler ne sont disponibles qu'à temps partiel n'est pas pertinent, du point de vue de l'intimée, puisque la recourante n'a jamais travaillé à temps complet, cet élément justifiant une modification de la décision de l'intimée au détriment de la recourante. L'intimée répète en outre les arguments développés dans sa réponse. Copie de cette écriture a été adressée à la recourante. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1; ATF 129 V 1, consid. 1.2). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b, ATF 112 V 359, consid. 4a). Il y a lieu de noter que l'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, ne diffère de sa version antérieure que sur le plan rédactionnel et que les notions relatives à la définition de l'invalidité et à la naissance du droit à la rente n'ont pas été modifiées par l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF U 166/06 du 21 décembre 2006, consid. 1.3). Il en va de même de l'art. 24 al. 1 LAA (indemnité pour atteinte à l'intégrité) qui n'a été que formellement modifié par l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la

novelle du 21 mars 2003 (4e révision de la LAI) (ATF U 187/05 du 23 décembre 2005, consid. 1.3). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, ainsi que sur le versement d'intérêts. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) Dans le présent cas, l'expertise réalisée par le Dr S _____ correspond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier radiologique de la recourante et un examen clinique détaillé. Elle comprend une anamnèse fouillée et recense les plaintes de la recourante. En outre, ses conclusions sont claires, motivées et convaincantes. Il n'existe par ailleurs pas de rapport d'un autre médecin faisant état d'atteintes ou d'éléments que le Dr S _____ n'aurait pas pris en considération dans son appréciation de l'atteinte résultant de l'accident de 1998 sur la capacité de travail de la recourante, et qui permettrait de remettre en cause l'expertise réalisée. Celle-ci doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Selon l'art. 18 al. 1 er 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. a) En préambule, il sied de préciser que la notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de cette notion, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. C'est pourquoi, même si un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans

autre examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées. Peuvent en particulier constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou encore qu'elle est fondée sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou, enfin, qu'elle n'est pas du tout convaincante ou non objective (ATF I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1; ATF I 490/05 du 18 octobre 2006, consid. 5.2.1; ATF 126 V 288, consid. 2d). b) L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 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 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 LPGA). 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. 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 (ATF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b). S'agissant de la fixation du revenu d'invalidité, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd., p. 294ss). Cependant, dans l'évaluation du revenu d'invalidité, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte

qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 9C_984/2008 du 4 mai 2009, consid. 4.1). En outre, on ne peut exiger d'un assuré qui a occupé précédemment une position élevée qu'il se résigne à une activité lucrative comportant un recul social manifeste (Thomas LOCHER, Die Schadenminderungspflicht im IVG, in : Mélanges pour le 75^{ème} anniversaire du Tribunal fédéral des assurances, p. 416; ATF K 85/02 du 10 mars 2003, ATF U 279/99 du 7 janvier 2000, consid. 5, RCC 1982, p. 472 consid. 3). c) En l'espèce, à dire d'expert, la capacité de travail (et donc de gain) de la recourante dans la profession de médecin-dentiste qu'elle a exercée précédemment est nulle. L'OAI, après avoir examiné les possibilités de réadaptation, a conclu que des mesures professionnelles n'étaient pas exigibles de la recourante et, partant, lui a reconnu un taux d'invalidité de 100 %. Contrairement à ce qu'allègue l'intimée, la décision de l'assurance-invalidité est solidement motivée, non seulement par le fait que les emplois accessibles sans formation complémentaire ne sont pas disponibles en nombre suffisant sur le marché du travail, mais aussi par le caractère disproportionné de mesures de réadaptation dans une autre profession. Cette motivation ne prête pas flanc à la critique. L'activité de médecin-conseil dans une caisse-maladie, dans laquelle la recourante disposerait d'une capacité entière de travail, ne représente en effet qu'un poste à temps très partiel, et le nombre de postes existants sur le marché du travail est trop limité pour qu'on puisse admettre qu'il s'agit là d'une possibilité réaliste de réadaptation. Ces considérations valent également pour le poste d'enseignante à l'école d'hygiénistes dentaires, pour lequel la recourante n'a au demeurant pas le profil requis. Quant à l'activité de gestionnaire de sinistres, il est patent qu'une telle activité suppose à tout le moins une formation commerciale, dont la recourante ne dispose pas. En outre, il faut rappeler que l'octroi de mesures de réadaptation - notamment la prise en charge d'une formation qui permettrait à l'assurée d'assumer une telle fonction - est exclusivement du ressort de l'assurance-invalidité. Si celle-ci n'a pas octroyé de telles mesures, l'assurance-accidents ne peut dans son calcul du degré d'invalidité se fonder sur le revenu qu'un assuré ne serait susceptible de tirer d'une activité qu'après réadaptation. De plus, les constats de l'OAI rejoignent ceux du Dr T_____, qui, interpellé par l'intimée, a lui-même indiqué que les possibilités de travail autres que la pratique médicale étaient rares pour les titulaires d'un diplôme en médecine dentaire. S'agissant des activités que la recourante pourrait exercer sans réadaptation, telles que celles évoquées par l'intimée dans son questionnaire - par exemple commis administratif ou serveuse - elles sont d'un niveau socio-culturel si largement inférieur à l'activité de médecin-dentiste qu'elles ne sauraient être exigées de la recourante, même à supposer qu'elles soient compatibles avec les atteintes dont souffre cette dernière. Dans ces conditions, et conformément à la jurisprudence citée ci-dessus, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision de l'assurance-invalidité retenant une incapacité de gain totale après l'accident. Pour les motifs qui précèdent, il y a lieu d'admettre que la recourante n'est plus à même d'exercer une activité raisonnablement exigible après son deuxième accident. Partant, elle présente un taux d'invalidité de 100 % et a droit à une rente complète d'invalidité dès le 1^{er} mars 2003. La recourante conclut également à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pour établir le degré de l'atteinte. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202), édicté conformément à cette délégation de compétence, 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 (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29, consid. 1b). 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 Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (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, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 8C_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.2; ATF 124 V 209, consid. 4a/cc). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224, consid. 5.1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Ainsi, l'amputation d'un index donne lieu à la même indemnité pour un employé de bureau et pour un guitariste (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^{ème} éd., 2007, n. 229). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147, consid. 1). 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. 235; ATF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). Enfin, l'existence d'une atteinte

à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27). c) En l'occurrence, l'expert chargé d'évaluer l'état de santé de la recourante n'a retenu aucune atteinte à l'intégrité physique justifiant une indemnité. De plus, comme la Cour de céans l'a rappelé dans les considérants ci-dessus, un degré d'invalidité total n'implique pas forcément une atteinte à l'intégrité. Dans le cas présent, il faut souligner que si la recourante présente une incapacité de gain totale dans son activité antérieure, il s'agit là d'un élément lié aux contraintes particulières de son activité de médecin-dentiste. Dans une autre profession purement administrative, la recourante ne présenterait selon l'expert pas d'incapacité de gain liée à sa lésion au poignet. Dans un tel cas, on ne peut parler d'atteinte grave à l'intégrité et il n'y a dès lors pas lieu d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité à la recourante. De plus, il sied de souligner que selon la table 1 (Atteinte à l'intégrité de troubles fonctionnels des membres supérieurs) de la CNA, qui peut servir de base de comparaison, une indemnité de 30 %, telle celle réclamée par la recourante, correspond à un poignet bloqué en flexion ou en extension à 45°. Les diagnostics retenus par l'expert (avant tout limitation résiduelle douloureuse et manque de force résiduelle du poignet gauche) ne correspondent manifestement pas à une telle atteinte. Dans la mesure où l'expertise du Dr S _____ revêt une pleine valeur probante, et qu'il n'existe aucun élément ou rapport médical permettant de revenir sur l'appréciation de ce spécialiste, il paraît superflu, par appréciation anticipée des preuves, de diligenter un complément d'expertise sur ce point. En effet, 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 n'est pas nécessaire d'administrer d'autres preuves (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu de l'assuré (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). La décision de l'intimée sera dès lors confirmée sur ce point. La recourante conclut également au versement d'intérêts moratoires pour les prestations dès le 1^{er} avril 2002. a) L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire (ATF 119 V 233, consid. 4). Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGA doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une expansion de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point (ATF I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1). En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question, puisque, d'une part, l'obligation de verser des intérêts est en relation étroite avec le droit aux prestations en espèces, de sorte qu'on peut parler d'un même ensemble de faits, et d'autre part, l'intimée a eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet dans ses écritures (ATF I 493/05 du 22 décembre 2005, consid. 5). b) Avant l'entrée en vigueur de la LPGA, il n'y avait en principe pas de place pour des intérêts moratoires dans le domaine des assurances sociales, dans la mesure où ils n'étaient pas prévus par la législation, notamment la LAA (ATF U 159/01 du 4 février 2002, consid.

2). La principale raison de l'exclusion de la dette d'intérêts dans ce domaine résidait dans le rôle dévolu à l'administration, qui en tant que détentrice de la puissance publique était chargée d'instruire, parfois longuement, les demandes de prestations émanant des particuliers et de leur appliquer le droit de manière objective. Dans ces conditions, le Tribunal fédéral considérait que lui imposer systématiquement des intérêts moratoires serait revenu à la pénaliser pour avoir accompli son devoir avec soin. Malgré ce principe général, l'octroi d'intérêts moratoires pouvait intervenir dans l'hypothèse de manœuvres illicites ou purement dilatoires. Il a ainsi été considéré qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une obligation générale de verser des intérêts dans des groupes de cas et que seules des situations particulières pouvaient, à titre exceptionnel, donner lieu à un tel résultat, quand le sentiment du droit était heurté de manière particulière (ATF 119 V 78 , consid. 3a). On ne pouvait ainsi laisser sans aucune sanction des manœuvres illicites ou purement dilatoires et l'octroi d'intérêts moratoires se justifiait dans de tels cas (ATF 101 V 114 , consid. 3). Depuis le 1^{er} janvier 2003, l'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que 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 a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 ([OPGA ; RS 830.11]). Conformément aux principes généraux en matière de droit intertemporel, l'obligation de verser des intérêts s'apprécie selon l'ancien droit jusqu'au 31 décembre 2002 et selon l'art. 26 al. 2 LPGA dès le 1^{er} janvier 2003 (ATF I 157/04 du 22 décembre 2004, consid. 4.1; ATF 130 V 329 , consid. 6.1). L'art. 26 al. 2 LPGA s'applique également aux prestations nées sous l'ancien droit, et échues depuis 24 mois à l'entrée en vigueur de la loi (ATF 131 V 358, consid. 1.3 et 2.2). Selon la doctrine et à la jurisprudence, l'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (Ueli KIESER, op. cit. , n. 25 ad art. 26; ATF 133 V 9 , consid. 3.6). c) Il n'est pas contesté que la recourante a droit à des indemnités journalières pour la période du 1^{er} avril 2002 au 28 février 2003, comme cela ressort d'ailleurs de la décision de l'intimée du 9 janvier 2004. S'agissant du droit à des intérêts moratoires sur ces prestations pour la période du 1^{er} avril 2002 au 28 février 2003, il convient de l'analyser à la lumière de la jurisprudence précitée. En premier lieu, il sied de rappeler que selon l'art. 16 LAA, le droit à des indemnités journalières naît le troisième jour qui suit l'accident à la suite duquel l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 , consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 , consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. Ces conditions sont en l'espèce réunies, ce qui n'est pas litigieux. L'intimée a d'ailleurs régulièrement versé des indemnités journalières, de sorte qu'on ne s'explique pas pourquoi elle en a suspendu le paiement au 1^{er} avril 2002. Il n'existe en effet aucun élément dans le dossier qui justifierait ce revirement, tel qu'un rapport médical qui remettrait en cause l'incapacité de travail de la recourante ou l'origine accidentelle de celle-ci. L'intimée n'a d'ailleurs fourni aucune motivation à la recourante sur la cessation du versement. Enfin, la suspension des indemnités journalières n'est pas intervenue parce que l'instruction du dossier touchait à sa fin et qu'une décision sur le droit à la rente de la recourante semblait imminente. Au contraire, le dossier de la recourante est resté en

souffrance plus de huit mois sans versement de prestations avant que l'intimée ne reprenne l'instruction du dossier en s'adressant à l'OAI. Dans ces conditions, l'intimée a agi de manière non conforme au droit en sursoyant au paiement des indemnités journalières sans aucune explication, alors qu'elle n'a jamais contesté devoir ces prestations. Il faut donc admettre que les conditions posées par la jurisprudence pour l'octroi d'intérêts moratoires sont ici réunies. Partant, l'intimée versera des intérêts moratoires sur les indemnités journalières dues du 1^{er} avril 2002 au 31 décembre 2003. Dès le 1^{er} janvier 2003, les conditions prévues par l'art. 26 al. 2 LPGA pour le paiement d'intérêts sont également réunies: le délai de 24 mois était largement atteint puisque le droit aux indemnités journalières est né trois jours après l'accident survenu en 1998 et déclaré le 30 avril de cette année, et la recourante ne peut se voir reprocher un défaut de collaboration, comme on le verra ci-dessous. d) S'agissant des intérêts que réclame la recourante sur les rentes d'invalidité, la Cour de céans rappelle qu'à teneur de l'art. 19 al. 1 1^{ère} phrase 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. En l'espèce, c'est en février 2003 que la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a renoncé à octroyer des mesures d'ordre professionnel à la recourante, et c'est à cette date que naît le droit de la recourante à une rente d'invalidité complète de l'intimée. Les intérêts moratoires sont dès lors dus à l'expiration du délai de 24 mois dès la naissance du droit à la rente, soit dès le 1^{er} mars 2005, les autres conditions étant remplies. En effet, la recourante a annoncé son accident à l'intimée en 1998, de sorte que le délai de douze mois est largement écoulé. Elle s'est par ailleurs conformée à son devoir de collaborer. A cet égard, l'argument de l'intimée, qui allègue que la recourante aurait contribué à retarder l'issue de la procédure et ne se serait pas soumise à son obligation de collaborer confine à la témérité. S'il est vrai que les parties ont eu divers entretiens en vue d'une résolution transactionnelle du litige, les prolongations qui en ont découlé ne sont de loin pas imputables uniquement à la recourante, qui a à plusieurs reprises relancé l'intimée, et ne suffisent pas à justifier la durée anormalement longue de la procédure devant l'intimée. En outre, on ne saurait assimiler le refus de la recourante de se soumettre à une nouvelle expertise à un défaut de collaboration. L'attitude de la recourante était en effet justifiée, puisque l'intimée disposait d'une expertise aux conclusions claires, qu'aucun élément médical recueilli ultérieurement ne permettait de remettre en cause. Par ailleurs, le refus de la recourante de se plier à cette mesure d'instruction n'explique en rien le délai mis par l'intimée à statuer, puisque plus de six ans s'étaient déjà écoulés depuis la décision initiale au moment où l'intimée a annoncé sa volonté de mettre en œuvre cette expertise. L'attitude de la recourante n'a ainsi pas contribué à prolonger la procédure. Au vu de ce qui précède, la recourante a droit à des intérêts moratoires à 5 % sur les indemnités journalières dues selon la décision du 9 janvier 2004 et à une rente complète d'invalidité dès le 1^{er} mars 2003, assortie d'intérêts moratoires à 5 % sur chaque prestation mensuelle dès le 1^{er} mars 2005. Le recours est ainsi partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour calcul des prestations dues au sens des considérants. La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule les décisions de l'intimée du 9 janvier 2004 et du 23 juillet 2010 en tant qu'elles portent sur le degré d'invalidité de la recourante.

Dit que la recourante a droit à des intérêts à 5 % sur les indemnités journalières dues selon la décision de l'intimée du 9 janvier 2004 à compter du jour où ces prestations auraient dû être versées. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2003 avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} mars 2005 à compter du jour où chaque prestation aurait dû être versée. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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