

# GE\_GERICHTE A/3389/2016 vom 28. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3389\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3389_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/3389/2016 du 28 mars 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3389/2016 del 28 marzo 2017

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o Monsieur B\_\_\_\_\_, à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1955, d'origine congolaise, au bénéfice d'une formation de puéricultrice obtenue en Afrique, est arrivée en 1981 en Suisse, où elle a obtenu la nationalité suisse en 1984 et a travaillé comme aide-hospitalière et aide-soignante. De 2006 à 2008, elle a effectué des missions temporaires dans des établissements médicaux sociaux pour le compte de C\_\_\_\_\_ SA et percevait, en 2008, un salaire horaire de CHF 27.-. [endif]>[if> 2. Le 24 octobre 2008, l'assurée s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi en tant qu'aide-soignante, et était, à ce titre, assurée contre les accidents auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après l'assureur). [endif]>[if> 3. Le 13 avril 2009, alors qu'elle traversait un passage pour piétons, elle a été heurtée par une voiture. Admise aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), elle a été hospitalisée jusqu'au 23 avril 2009. [endif]>[if> 4. Par rapport du 24 avril 2009, les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont diagnostiqué une fracture transverse comminutive de la diaphyse humérale droite proximale, une bursotomie traumatique du coude droit, des plaies transcutanées multiples au niveau du visage, de la face antérieure de l'épaule gauche, du mamelon gauche et de la main droite, une fracture de l'arc postérieure de la 9<sup>ème</sup> côte à gauche, ainsi qu'une fracture non déplacée de la clavicule gauche. Une intervention chirurgicale avait eu lieu le 14 avril 2009, dont les suites étaient favorables. [endif]>[if> 5. En l'absence de complications, l'assurée a été transférée à la clinique genevoise de Montana, où elle a séjourné du 23 avril au 2 juin 2009. [endif]>[if> 6. Par rapport du 10 juin 2009, le docteur F\_\_\_\_\_ du service des urgences des HUG a noté un traumatisme crânien sévère et des traumatismes aux membres. Lors de l'accident, l'assurée avait été projetée à 8 m. [endif]>[if> 7. Par rapport du 18 juin 2009, la docteure G\_\_\_\_\_, spécialisée en médecine interne générale auprès de la clinique genevoise de Montana, a diagnostiqué un status post-accident avec OS par clou T2 d'une fracture transverse comminutive de la diaphyse humérale droite, une bursectomie pour bursite traumatique du coude droit, une fracture de l'arc postérieur de la 9<sup>ème</sup> côte à gauche, une fracture non déplacée de la clavicule gauche traitée conservativement, des contusions multiples au niveau du visage, de la face antérieure de l'épaule gauche, du mamelon gauche et de la main droite, une bléphrathite post-traumatique bilatérale et une uvéite antérieure post-traumatique de l'œil droit. [endif]>[if> À titre de comorbidités, ont été relevés notamment un diabète, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec

somatisations et des gonalgies à droite. À titre de complication, un malaise d'étiologie non déterminée. Du point de vue orthopédique, l'évolution avait continué à être favorable et à sa sortie, l'assurée était indépendante dans ses activités de la vie quotidienne. Lors de deux repas, l'assurée s'était sentie vaseuse, avec des vertiges, des transpirations profuses et une fatigabilité. L'électroencéphalogramme (ci-après EEG) ne montrait pas d'anomalie et les examens neurologiques étaient dans la norme. 8. Le 2 juillet 2009, l'assurée a consulté les urgences des HUG en raison de vertiges. Selon le rapport établi à cette date, le CT-Scan cérébral, qui avait été effectué le 13 avril 2009, était dans la norme. Le diagnostic retenu était des vertiges paroxystiques d'origine indéterminée. En cas de récurrence, une évaluation par un oto-rhyno-laryngologue (ci-après ORL) devait être effectuée. 9. Du 23 juin au 17 août 2009, l'assurée a été prise en charge par le Centre de thérapies brèves, où un état de stress post-traumatique (F43.1) et un épisode dépressif moyen (F32.1) ont été diagnostiqués. L'évolution avait été globalement favorable (rapport du 5 mars 2010 de la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie). 10. Le 28 août 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). 11. Par rapport du 20 octobre 2009, la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique depuis avril 2009 et un épisode dépressif sévère sans symptôme de la lignée psychotique depuis septembre 2009. 12. Par rapport du 9 novembre 2009, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a rappelé les diagnostics constatés et indiqué que lors de l'accident, l'assurée avait dû être réanimée sur place après un arrêt cardio-respiratoire. Elle se plaignait de douleurs à l'épaule droite, gauche, ainsi que de douleurs lombaires et de gonalgies bilatérales, de douleurs de l'hémiface gauche avec une déviation labiale, de malaises à répétitions précédés de vertiges, de sautes d'humeur avec une tendance plutôt dépressive, ainsi que d'insomnies. L'assurée suivait des séances de physiothérapie, de psychothérapie et elle prenait des antalgiques et des anti-inflammatoires. L'incapacité de travail était totale en raison des troubles à l'épaule droite, des lombalgies et des gonalgies. 13. Par rapport du 8 janvier 2010, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et remplaçant du médecin d'arrondissement, a indiqué que les plaintes intéressaient principalement la ceinture scapulaire, le membre supérieur droit, la clavicule gauche et une dysesthésie de l'hémiface gauche. L'assurée décrivait également des vertiges et des troubles de la concentration. Lorsqu'elle avait eu son accident, l'assurée était déjà sous traitement anti-dépresseur. Le status orthopédique évoquait une capsulite rétractile de l'épaule droite sur laquelle se greffaient des dysesthésies de l'avant-bras et des troubles sensitifs de l'hémiface gauche. Un séjour à la clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) paraissait indiqué. 14. Du 10 mars au 13 avril 2010, l'assurée a séjourné à la CRR. Par rapport du 4 mai 2010, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué : - un accident de la voie publique avec une fracture diaphysaire de l'humérus droit, une fracture non déplacée de la clavicule gauche et possible de la clavicule droite, une fracture de la 9<sup>ème</sup> côte gauche, des plaies multiples, en particulier de l'hémiface gauche, une contusion faciale avec des séquelles de légère parésie faciale gauche, une boursotomie traumatique du coude droit, un traumatisme crânio-cérébral (ci-après TCC) avec signes dysexécutifs et des difficultés d'attention; - des céphalées tensionnelles, des vertiges, une gonarthrose bilatérale évoluée avec prédominance droite, une bursite sous-acromiale et tendinopathie du long biceps droit. L'évolution une année après l'accident était favorable, avec

une bonne consolidation des fractures, mais l'assurée restait toujours gênée par les douleurs persistantes à l'épaule droite et une aggravation de l'humeur dépressive pré-existante. La fracture de l'humérus droit était bien consolidée, mais les douleurs étaient mises sur le compte d'une bursite sous-acromiale et une tendinopathie du long biceps. Il y avait une bonne amélioration sur le plan antalgique et fonctionnel. On relevait également une gonarthrose avancée bilatérale. Sur le plan neurologique, une légère parésie faciale gauche, suite à une contusion, avait été confirmée à l'électroneuromyographie (ci-après ENMG). Vu les plaintes cognitives, un bilan neuropsychologique avait été effectué, mettant en évidence des signes dyséxécutifs et des difficultés d'attention dans le cadre d'un TCC. L'IRM cérébrale du 6 avril 2010 était dans les limites de la norme, sans mise en évidence de lésion post-traumatique intra- ou extra-axiale. Les céphalées avaient surtout un caractère tensionnel, dont l'importance était mineure. Le status vertigineux plutôt postural, évoquait une cupulolithiase et justifiait un bilan ORL. Enfin, le tableau psychique était plutôt rassurant, sous traitement et aucune pathologie décompensée n'était retenue. L'incapacité de travail dans la profession habituelle était probablement définitive. Les limitations étaient le travail à genoux ou accroupi, la position à genoux prolongée, le travail au-dessus du plan des épaules et les bras en porte-à-faux, le port de charges lourdes. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était complète. 15. Par rapport du 19 septembre 2010, le Dr K\_\_\_\_\_ a noté que sur le plan somatique, l'assurée souffrait de douleurs chroniques à l'épaule droite. Au niveau de la mobilité, la récupération était très bonne, de l'ordre de 80%. Elle se plaignait depuis son accident de vertiges et de troubles de l'équilibre, déjà investigués par IRM cérébrale, qui s'était révélée normale. Elle signalait depuis quelques temps des troubles mnésiques concernant les faits anciens et des difficultés de mémorisation et de concentration. Elle était régulièrement suivie par le CTB. Le traitement était identique à celui indiqué dans le rapport du 9 novembre 2009. 16. Le 8 mars 2011, à la demande de l'assureur, l'assurée a été examinée par le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ORL. Selon une note téléphonique établie à cette date, le médecin a informé l'assureur que l'assurée présentait une fracture vestibulaire qui expliquait ses vertiges. Par rapport du 14 mars 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un déficit vestibulaire brusque à droite et une altération des voies visio-oculomotrices centrales. L'assurée se plaignait notamment de vertiges, elle ne pouvait pas regarder par terre ou se pencher en avant pour ramasser quelque chose. Dans la rue, elle devait facilement s'asseoir ou se tenir contre un mur. Selon le médecin, le trouble vestibulaire était le plus vraisemblablement lié au TCC et l'accident était bien la cause la plus vraisemblable de l'atteinte vestibulaire. Il avait publié des cas semblables d'atteintes vestibulaires périphériques après des TCC, même mineurs. Il n'y avait pas de traitement pour restaurer une fonction vestibulaire altérée. Il était regrettable qu'à deux ans de l'accident, aucune investigation otoneurologique n'ait été faite, alors que les plaintes existaient depuis l'accident. Compte tenu du délai écoulé, la rééducation risquait d'être longue. Sur le plan otoneurologique, toute activité qui devait s'exercer en hauteur, sur des plans instables, mais aussi demander des mouvements alternant de la tête ou du corps, se baisser et se lever alternativement, travailler avec des machines qui pourraient occasionner des happements, était contre-indiquée. 17. Du 29 avril au 1<sup>er</sup> mai 2011, l'assurée a été hospitalisée en raison d'une luxation antéro-inférieure gléno-humérale à l'épaule gauche consécutive à une chute. 18. L'assureur a pris en charge les suites de cet accident. 19. À la demande de l'OAI, par rapport du 25 mai 2011, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué un syndrome post-TCC avec troubles cognitifs

mnésiques/attentionnels/exécutifs. L'assurée se plaignait de vertiges, de problèmes de mémoire et de concentration, de maux de tête et de troubles du sommeil. Alors que les éléments dépressifs et de syndrome subjectif post-traumatique étaient actuellement en décroissance, l'assurée présentait toujours des troubles cognitifs modérés, prédominant sur la mémoire et certains éléments exécutifs notamment, qui étaient tout à fait attribuables aux séquelles du TCC sévère dont l'assurée avait souffert, et même en l'absence de lésion focalisée apparemment visible sur l'imagerie cérébrale. Ces troubles étaient à même d'empêcher la reprise d'une activité habituelle ou de toute activité faisant intervenir les éléments cognitifs suscités. Cependant, ces séquelles n'étaient pas à même d'empêcher une reprise à temps partiel d'une activité plus simple, de type classement ou activité stéréotypée en position assise. Par ailleurs, l'élément psychiatrique dépressif associé était encore susceptible d'amélioration, même s'il ne jouait qu'un rôle mineur dans les limitations fonctionnelles actuellement. > 20. Le 26 août 2011, la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement, a estimé qu'un séjour à la CRR était indiqué pour la rééducation de l'épaule gauche et pour rechercher l'origine du malaise ayant entraîné la chute. > 21. Par rapport du 24 octobre 2011, la doctoresse Q\_\_\_\_\_, médecin interne en psychiatrie, a noté que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré au niveau de la thymie et du sommeil. Il persistait une anxiété, une irritabilité, une certaine aboulie, une labilité thymique, un sommeil facilement perturbé, des troubles mnésiques et de concentration importants, handicapant l'assurée dans la vie quotidienne, ainsi qu'un sentiment de culpabilité. > 22. Suite au séjour de l'assurée à la CRR du 11 octobre au 22 novembre 2011, par rapport du 23 décembre 2011, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué notamment une luxation antérieure de l'épaule gauche le 29 avril 2011 et une déchirure intra-tendineuse du supra-épineux gauche (arthro-IRM du 26 octobre 2011), un TCC avec signes dysexécutifs et des difficultés d'attention ainsi qu'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne actuellement en rémission. > Sur le plan neurologique, l'EEG du 24 octobre 2011 ne montrait pas d'anomalie focale ou irritative et l'IRM cérébrale du 27 octobre 2011 ne montrait pas de lésion post-traumatique décelable, sauf une petite lésion hémorragique ancienne, tant à l'étage supra- qu'infra-tentorial, déjà décrite en 2010, et des lésions aspécifiques. L'examen neuropsychologique du 15 novembre 2011 montrait un bilan nettement péjoré par rapport à octobre 2010. L'ensemble des déficits neuropsychologiques ne pouvaient être expliqués par le seul traumatisme. L'image très négative que l'assurée se faisait d'elle-même et de ses compétences, participait aux mauvais résultats actuels. Une origine neurologique au malaise présenté le 29 avril 2011 ne pouvait être affirmée. Sur le plan neurologique, il était retenu une incapacité de travail de 50% dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée. Sur le plan ostéo-articulaire, le bilan radiologique montrait une déchirure interstitielle partielle du supra-épineux gauche avec atrophie musculaire. Il n'y avait pas d'indication opératoire. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale et définitive. Dans une activité adaptée, sans travail des bras au-dessus du niveau des épaules, sans port de charges lourdes, sans travail accroupi ou à genoux ou nécessitant des déplacements prolongés, sans montée/descente d'escaliers répétés, une pleine capacité de travail pouvait être reconnue sur le plan orthopédique. Sur le plan psychique, l'assurée présentait quelques symptômes résiduels d'un épisode dépressif. Il convenait qu'elle poursuive avec le traitement anti-dépresseur mis en place de longue date. 23. Par rapport du 25 juin 2012, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution sur le plan orthopédique était favorable, puisque l'assurée avait récupéré une mobilité quasi complète de l'épaule droite, mais elle restait dépendante d'une prise quasi quotidienne d'antalgiques.

Elle présentait toujours des troubles vestibulaires post-traumatiques persistants malgré la rééducation, ainsi que des troubles mnésiques et d'attention avec un état dépressif récurrent. S'agissant de l'accident de 2011, l'évolution était lentement favorable au niveau de la mobilité de l'épaule gauche. Le traitement prescrit était toujours le même.!

24. Par rapport du 29 juin 2012, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.1), des vertiges, des troubles mnésiques, des difficultés de concentration séquellaires au TCC, ainsi qu'un status post-stress post-traumatique. Elle avait constaté une aggravation de la thymie, avec un repli à domicile, une aboulie, une anhédonie, une procrastination, des ruminations anxieuses, des troubles de l'alimentation et du sommeil ainsi qu'un pessimisme. La persistance des troubles mnésiques et des vertiges handicapait l'assurée dans toute activité. Le travail psychothérapeutique avait permis une amélioration partielle, mais transitoire de la symptomatologie thymique, qui restait très fluctuante. Le traitement consistait en la prise d'un anti-dépresseur, des entretiens et une participation à des groupes psychothérapeutiques. !

25. Par rapport du 3 juillet 2012, la Dresse P\_\_\_\_\_ a estimé, au vu de l'appréciation neurologique et orthopédique, qu'une capacité de travail de 50% existait dans une activité adaptée. Il convenait encore de se déterminer sur les problèmes neuropsychologique et psychiatrique.!

26. Par rapport du 14 septembre 2012, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie auprès de l'assureur, a estimé, sur la base des pièces médicales, que l'on pouvait affirmer avec un degré de vraisemblance prépondérante que l'assurée n'avait pas souffert d'une lésion cérébrale substantielle consécutive à l'accident du 13 avril 2009 et à l'origine des déficits cognitifs ou des troubles psychiques. De ce fait, les troubles des fonctions cognitives dont elle se plaignait n'étaient pas attribuables de manière causale à l'accident avec le degré de vraisemblance prépondérante requis. Sur le plan neurologique, les suites de l'accident étaient l'hypoesthésie minimale de la région du nerf facial gauche et les syncinésies de la musculature de la mimique. Ces troubles étaient en régression. Ils n'avaient aucun impact négatif sur le rendement de l'assurée et ils ne remplissaient pas les conditions requises à l'estimation d'une atteinte à l'intégrité. !

27. Par rapport du 28 septembre 2012, la Dresse P\_\_\_\_\_ a indiqué que sur le plan orthopédique, il convenait de s'en tenir à l'exigibilité retenue par la CRR, à savoir dans une activité adaptée, sans travail des bras au-dessus du niveau des épaules, sans port de charges lourdes, sans travail accroupi ou à genoux ou nécessitant des déplacements prolongés, sans monter ou descendre les escaliers de façon répétée, l'assurée avait une pleine capacité de travail.!

28. Par décision du 10 janvier 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2010. !

29. Par courrier du 13 janvier 2014 à l'assurée, l'assureur a indiqué qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Il mettait donc un terme au paiement de l'indemnité journalière au 31 mars 2014 et il allait se prononcer sur une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> avril 2014 pour les seules séquelles accidentelles. !

30. Par rapport du 15 février 2014, le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a noté que l'examen était dans les limites de la norme. L'assurée évoquait une asymétrie du visage associée à un flux salivaire problématique et à une tendance à se mordre la joue gauche. Au niveau du visage, on notait une très discrète asymétrie à gauche avec une fente palpébrale un peu plus fermée et un discret abaissement de la commissure labiale sans qu'il y ait toutefois de syncinésies de réinnervation. !

31. Le 28 février 2014, le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, a mis en évidence un status post-traumatisme facial

avec hypertrophie de la graisse du tiers moyen, avec un relâchement de la peau du tiers moyen bilatéral. Une intervention était proposée.![endif]>![if> 32. Par rapport du 4 mars 2014, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué notamment que le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ ne permettait pas de modifier l'appréciation des suites de l'accident du 13 avril 2009 sur le plan neurologique. ![endif]>![if> 33. Le 17 mars 2014, l'assureur a accepté de prendre en charge l'intervention chirurgicale proposée par le Dr T\_\_\_\_\_.![endif]>![if> 34. Par rapport du 26 mars 2014, le docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et conseil de l'assureur, a estimé que l'assurée présentait un état antérieur sur le plan psychique, qui avait été aggravé de manière transitoire par l'accident. Logiquement, quatre ans après l'accident, le statu quo ante avait pu être atteint. ![endif]>![if> 35. Du 16 avril 2014 au 7 juillet 2015, l'assureur a versé des avances sur rente en faveur de l'assurée.![endif]>![if> 36. Le 24 août 2015, l'assurée a été examinée par le docteur V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement. Par rapport du 25 août 2015, il a diagnostiqué un status après accident de la voie publique en 2009 avec suite de fracture de la diaphyse humérale droite proximale traitée par clou, des plaies multiples du coude droit, au visage, à la face antérieure de l'épaule, au mamelon gauche et à la main droite, des séquelles esthétiques au niveau du visage qui allaient être traitées par chirurgie en octobre et un status après un épisode de luxation de l'épaule gauche en 2011, avec rupture interstitielle partielle du tendon du supra-épineux gauche. ![endif]>![if> Après avoir procédé à l'examen clinique, le médecin a indiqué notamment que l'assurée présentait des séquelles modérées à plusieurs endroits du corps, aux membres supérieurs et au visage. La situation était suffisamment stabilisée pour permettre la clôture du cas. L'activité habituelle n'était plus exigible et l'exigibilité proposée en 2012 par la Dresse P\_\_\_\_\_ restait d'actualité. Pour les soins futurs, étaient acceptés un suivi médical à raison d'une à deux consultations par an selon l'évolution, des antalgiques à raison de 2 à 3 emballages par mois, des séances de physiothérapie dans l'éventualité d'une reprise d'activité professionnelle afin d'améliorer le gain et une intervention chirurgicale proposée par les HUG. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, ce médecin a relevé dans les suites de l'accident une fracture de l'humérus droit traitée par clou intra-médullaire, des lésions multiples des parties molles incluant le visage et le thorax. En août 2011, il y avait eu une luxation de l'épaule gauche et, dans les suites, une capsulite rétractile. Le traumatisme chirurgical pour la mise en place d'un clou centromédullaire et la luxation de l'épaule gauche suivie de la capsulite rétractile laissaient des lésions séquellaires avec rupture interstitielle partielle du tendon du supra-épineux gauche. Le taux de l'atteinte à l'intégrité était estimé à 6%, en se fondant sur la table 5 des barèmes, à savoir 2,5% pour les lésions de la coiffe des rotateurs de chaque épaule, et 1% pour les lésions à la tête. Ceci pouvait éventuellement être réévalué en cas d'aggravation arthrosique ou d'intervention prothétique. Le Dr V\_\_\_\_\_ a encore ajouté que l'accident de 2009 était responsable de la fracture de l'humérus et des plaies du visage et celui de 2011 était responsable des séquelles du membre supérieur gauche. Ainsi, l'accident de 2009 entraînait une atteinte à l'intégrité de 3.5% et celui de 2011 de 2.5%. 37. Dans un document du 16 juillet 2015, l'assureur a recensé 187 postes compatibles, selon lui, avec les limitations fonctionnelles dont souffrait l'assurée. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 42'000.-, CHF 70'150.-, et respectivement CHF 54'330.-. Parmi eux, l'assureur a retenu cinq descriptions de postes de travail (ci-après DPT), soit ceux de collaboratrice de production (employée au polissage, n° 10600819), employée de conditionnement (n° 12845844), employée d'horlogerie (n° 5129), collaboratrice de production (contrôleur, n° 11554) et

caissière de magasin (n° 7223). En 2014, le revenu moyen tiré des cinq activités précitées était de CHF 50'915.- par année. [endif]>[if> 38. Par décision du 4 novembre 2015, l'assureur a nié le droit de l'assurée à une rente et lui a alloué une IPAI fondée sur un taux de 6%. Par ailleurs, l'assurée avait perçu CHF 26'340.- indûment, sous forme d'avances, qu'elle était tenue de restituer. S'agissant du droit à la rente, l'assureur a indiqué que l'assurée était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, dans un travail n'impliquant pas des travaux au-dessus du niveau des épaules, les ports de charges lourdes, le travail accroupi ou à genoux, les déplacements prolongés ou de monter/descendre les escaliers de façon répétée. Une telle activité, comme par exemple caissière, contrôleur, conditionneur était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu d'environ CHF 4'242.- par mois (part du 13<sup>ème</sup> incluse). Comparé au gain d'environ CHF 4'561.- que l'assurée réaliserait sans l'accident en 2014, il en résultait une perte d'environ 6.98%. Dès lors, les conditions pour l'octroi d'une rente n'étaient pas remplies. [endif]>[if> 39. Les 7 décembre 2015 et 1<sup>er</sup> juin 2016, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle a expliqué que son degré d'invalidité était de 100%, qu'elle avait droit à la prise en charge des traitements médicaux et à une IPAI fondée sur un taux de 24%. Enfin, la demande de restitution était entièrement contestée. [endif]>[if> 40. Le 22 juillet 2016, l'assureur a indiqué que la décision avait omis d'indiquer que l'existence de lésions cérébrales traumatiques structurelles n'avait pas été démontrée et que le Dr R\_\_\_\_\_ avait écarté tout lien de causalité naturelle entre les troubles neuropsychologiques et l'accident. En outre, en présence d'un accident de gravité moyenne, la causalité adéquate devait être écartée. Partant, la prise en compte des troubles psychiques était également niée. [endif]>[if> 41. Par pli du 30 août 2016, l'assurée a contesté la position de l'assureur. [endif]>[if> 42. Par décision du 5 septembre 2016, l'assureur a rejeté l'opposition. Il ne pouvait entrer en matière sur l'octroi des soins médicaux, puisque la décision ne portait pas sur cette question et qu'il avait mis un terme à la prise en charge des frais de traitement par courrier du 13 janvier 2014, lequel n'avait fait l'objet d'aucune contestation. Par ailleurs, les médecins consultés n'avaient pas mis en évidence une atteinte cérébrale traumatique structurelle, malgré l'existence d'un traumatisme crânien. S'agissant des troubles psychiques, le Dr U\_\_\_\_\_ avait retenu une aggravation transitoire due à l'accident, lequel ne jouait plus de rôle quatre ans plus tard. Quoiqu'il en soit, la causalité adéquate n'était pas remplie pour les troubles sans substrat organique et les troubles psychiques, au vu de l'accident qui devait être qualifié de gravité moyenne. Seul le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail pouvait être retenu, mais il n'était pas rempli de façon particulièrement frappante. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, il convenait, sur le plan orthopédique uniquement, de retenir une capacité entière dans une activité adaptée. S'agissant du revenu avec invalidité, un abattement ne pouvait pas s'appliquer, eu égard au système même des DPT et le degré d'invalidité de 7% n'ouvrait pas le droit à une rente. Par ailleurs, le Dr V\_\_\_\_\_ avait estimé l'atteinte à l'intégrité à 6% et l'assurée avait touché des prestations indûment, qu'elle était tenue de restituer. [endif]>[if> 43. Par acte du 5 octobre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise neurologique, à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de travail d'au moins 65%, à l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux de 24%, à la prise en charge des frais de traitement, ainsi qu'au rejet de la demande de restitution des prestations. [endif]>[if> L'intimée avait retenu une capacité de travail entière en niant l'existence de toute atteinte sur le plan neurologique, au motif que l'IRM du 6 avril 2010

n'avait mis en évidence aucune lésion cérébrale post-traumatique. Selon la recourante, l'intimée avait toutefois omis de mentionner que l'IRM du 27 octobre 2011 évoquait une petite séquelle hémorragique aspécifique. De plus, il n'y avait pas eu d'évaluation radiologique adéquate dans les suites immédiates de l'accident, raison pour laquelle l'étendue des lésions axonales n'était pas documentée. Au vu de l'importance du choc cérébral, avec perte de connaissance, fracas et parésie faciaux, on pouvait légitimement considérer que des lésions cérébrales avaient existé. La recourante proposait la mise en œuvre d'une expertise neurologique pour déterminer en particulier les effets des atteintes neurologiques sur son état de santé. S'agissant de sa capacité de travail, la Dresse P \_\_\_\_\_ avait retenu, au vu de l'appréciation neurologique et orthopédique, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, la recourante a souligné que le Dr U \_\_\_\_\_ ne disposait pas de tous les rapports. S'agissant de la causalité adéquate, le déroulement de l'accident devait être considéré comme objectivement dramatique ou impressionnant: la voiture n'avait pas freiné, la recourante avait été projetée à plusieurs mètres et avait été grièvement blessée. Elle avait subi un arrêt cardio-respiratoire et de nombreuses blessures graves de nature à développer des troubles psychiques. Les traitements perduraient encore à ce jour et elle devait encore subir en octobre une nouvelle opération chirurgicale pour les lésions au visage. Par ailleurs, elle avait subi le 29 avril 2011 une luxation de l'épaule nécessitant une nouvelle intervention et elle devait poursuivre des séances de physiothérapie pour les membres supérieurs et elle nécessitait une importante médication (anti-douleurs et anti-inflammatoires). Les traitements devaient donc être considérés comme inhabituellement longs et les douleurs persistaient. Les conditions étaient réunies pour admettre un lien de causalité adéquate et il y avait lieu de suivre les conclusions de l'OAI en reconnaissant une incapacité de travail due aux troubles psychiques. S'agissant du salaire sans invalidité, la recourante a fait valoir que son salaire atteignait certains mois CHF 5'465.40 brut, comme l'attestaient les décomptes de salaires des mois de mars et avril 2008 versés à la procédure. S'agissant du salaire avec invalidité, il convenait de retenir un abattement d'au moins 15% pour tenir compte de son âge avancé, de sa longue carrière comme infirmière et aide-soignante et du fait que seule une activité à temps partiel légère et très limitée physiquement était possible. Quoi qu'il en soit, au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, additionnées au syndrome algique séquellaire durable impliquant une baisse de rendement inévitable, la possibilité de trouver un emploi adapté était illusoire. En outre, elle avait droit à la prise en charge des traitements selon l'appréciation du médecin d'arrondissement du 25 juillet 2015 et elle contestait la demande de restitution des prestations. 44. Par réponse du 4 novembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a expliqué notamment que les investigations n'avaient pas permis d'objectiver un substrat organique aux troubles présentés par la recourante. C'était donc à juste titre qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée avait été retenue et la comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 7%. Enfin, c'était à tort que la recourante contestait la demande de restitution des avances. 45. Par pli du 21 novembre 2016, la recourante a renoncé à répliquer. 46. Après avoir adressé une copie de ce courrier à l'intimée, la chambre de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA

- RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).!

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.!

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée a droit à une rente d'invalidité, à une IPAI fondée sur un taux supérieur à 6% et à la prise en charge des soins postérieurement au 31 mars 2014, ainsi que sur la question de savoir si elle est tenue de restituer CHF 26'340.-!

5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).! b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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).

6. a. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; 117 V 359 consid. 4b).! b. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF

119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

7. a. 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).

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 peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une

expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 8. 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 (Cst - RS 101; 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).!

9. Enfin, 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).!

10. En l'occurrence, l'intimée a retenu que seuls les troubles orthopédiques devaient être pris en compte dans la détermination de la capacité de travail de la recourante, à l'exclusion des troubles neuropsychologiques (cognitifs) et psychiques, lesquels n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident de 2009, ce que la recourante conteste.!

S'agissant des troubles orthopédiques, il n'est pas contesté par les parties, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, que la recourante présente un status après accident de la voie publique en 2009 avec suite de fracture de la diaphyse humérale droite proximale traitée par clou, des plaies multiples du coude droit, au visage, à la face antérieure de l'épaule, au mamelon gauche et à la main droite, des séquelles esthétiques au niveau du visage qui allaient être traitées par chirurgie en octobre et un status après un épisode de luxation de l'épaule gauche en 2011, avec rupture interstitielle partielle du tendon du supra-épineux gauche (rapport du Dr V\_\_\_\_\_ du 25 août 2015). S'agissant de la capacité de travail de la recourante, ce médecin a confirmé l'exigibilité établie par la Dresse P\_\_\_\_\_, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité sans travail des bras au-dessus du niveau des épaules, sans port de charges lourdes, sans travail accroupi ou à genoux ou nécessitant des déplacements prolongés, sans montée/descente d'escaliers répétées (rapport du 28 septembre 2012). La chambre de céans constate que le rapport du Dr V\_\_\_\_\_ se base sur des examens de la recourante et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce spécialiste s'est exprimé sur l'état de santé de la recourante et sur sa capacité de travail. Ses conclusions sont cohérentes,

convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. On ajoutera que les conclusions du Dr V\_\_\_\_\_ rejoignent l'appréciation du Dr M\_\_\_\_\_ (rapports des 4 mai 2010 et 23 décembre 2011) quant à la capacité de travail sur le plan orthopédique. Par ailleurs, aucun autre spécialiste n'a émis de conclusions permettant de s'écarter de cette exigibilité. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a retenu que sur le plan orthopédique, la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité sans travail des bras au-dessus du niveau des épaules, sans port de charges lourdes, sans travail accroupi ou à genoux ou nécessitant des déplacements prolongés, sans montée/descente d'escaliers répétées. Sur le plan otoneurologique, la chambre de céans constate qu'il résulte du dossier versé à la procédure que la recourante souffre d'un déficit vestibulaire brusque à droite. Selon le Dr N\_\_\_\_\_, expert mandaté par l'intimée, l'accident du 13 avril 2009 est la cause la plus vraisemblable de cette atteinte, laquelle entraîne des vertiges. Selon lui, toutes les activités qui doivent s'exercer en hauteur, sur des plans instables, mais aussi demander des mouvements alternant de la tête ou du corps, se baisser et se lever alternativement, travailler avec des machines qui pourraient occasionner des happements, sont contre-indiquées (rapport du 14 mars 2011). Les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, fondées sur un examen de la recourante, sont cohérentes et ne laissent pas apparaître de contradictions. Son rapport, au demeurant non contesté par les parties, a ainsi pleine valeur probante. Il s'ensuit que le déficit vestibulaire brusque à droite est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 13 avril 2009 et que c'est à tort que l'intimée n'a pas pris en compte les limitations fonctionnelles entraînées par ce trouble dans la détermination du degré d'invalidité de la recourante. Sur le plan neuropsychologique, l'intimée, qui ne conteste pas l'existence d'un TCC consécutif à l'accident précité, a retenu que les troubles cognitifs mnésiques, attentionnels et exécutifs dont souffre la recourante ne sont pas en lien de causalité naturelle avec cet événement, ce que cette dernière conteste. Par rapport du 14 septembre 2012, le Dr R\_\_\_\_\_, sur la base des pièces du dossier, a estimé que l'on pouvait affirmer avec un degré de vraisemblance prépondérante que la recourante n'avait pas souffert d'une lésion cérébrale substantielle consécutive à l'accident du 13 avril 2009 à l'origine des déficits cognitifs ou des troubles psychiques. Les IRM des 6 avril 2010 et 27 octobre 2011 – qui comportaient des séquences sensibles à l'hémossidérine, de sorte qu'ils satisfaisaient aux exigences d'un examen destiné à exclure une lésion cérébrale de nature traumatique - ne mettaient pas en évidence une lésion substantielle. De ce fait, les troubles des fonctions cognitives dont la recourante se plaignait n'étaient pas attribuables de manière causale à l'accident avec le degré de vraisemblance prépondérante requis. Enfin, sur le plan neurologique, les suites de l'accident de 2009 étaient l'hypoesthésie minime de la région du nerf facial gauche et les syncinésies de la musculature de la mimique. L'hypoesthésie n'avait aucun impact négatif sur le rendement de la recourante. La chambre de céans constate que le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ se base sur le dossier médical de la recourante. L'anamnèse est complète, la description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce spécialiste s'est exprimé sur l'état de santé de la recourante et sur les questions déterminantes de l'existence d'une lésion cérébrale objectivable et du lien de causalité naturelle avec l'accident du 13 avril 2009. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il convient encore d'examiner si les avis d'autres spécialistes sont propres à écarter les conclusions du Dr R\_\_\_\_\_. Le Dr O\_\_\_\_\_, qui a certes estimé que les troubles cognitifs modérés étaient attribuables aux séquelles du TCC sévère, a toutefois admis l'absence de lésion focalisée visible sur l'imagerie cérébrale (rapport du 25 mai 2011). La recourante fait valoir que l'IRM du 27 octobre 2011 évoque une petite lésion hémorragique aspécifique. La chambre

de céans relèvera que selon le rapport de la doctoresse W\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2011, spécialiste FMH en neurologie auprès de la CRR, l'IRM cérébrale du 27 octobre 2011 ne montrait pas de lésion post-traumatique décelable, sauf une petite lésion hémorragique ancienne déjà décrite en 2010. S'agissant de l'IRM effectuée le 6 avril 2010, il a été retenu qu'elle était dans les limites de la norme, sans mise en évidence de lésion post-traumatique intra- ou extra-axiale (rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 4 mai 2010). Au demeurant, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, a également estimé que cette IRM s'était révélée normale. De surcroît, il apparaît qu'un CT-Scan effectué le jour de l'accident était également dans la norme (rapport du 2 juillet 2009 du service des urgences des HUG). Ainsi, aucune pièce versée au dossier ne permet d'écarter les conclusions du Dr R\_\_\_\_\_. Il s'ensuit que si la recourante a certes subi un TCC, les investigations effectuées n'ont toutefois pas permis d'objectiver, au degré de la vraisemblance prépondérante, un substrat organique aux troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs. Partant, ces troubles ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'accident survenu le 13 avril 2009. Par surabondance, la chambre de céans relèvera que même en admettant un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles cognitifs, en l'absence de preuve d'un déficit fonctionnel organique, le rapport de causalité adéquate devrait, quoi qu'il en soit, être nié pour les motifs qui suivent.

11. a. Le droit à des prestations suppose, outre un lien de causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

!endif]> Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). Pour qu'un accident puisse être qualifié de moyen à la limite des cas graves, il faut des circonstances particulières, telle qu'une collision frontale violente entre deux voitures avec plusieurs blessés nécessitant une hospitalisation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.412/05 du 20 septembre 2006), ou une violente collision frontale,

suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.88/98 du 7 juin 1999). Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Un piéton renversé par une voiture roulant de 40 à 50 km/h avec traumatisme crânien a été considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.128/03 du 23 septembre 2004). En l'occurrence, la recourante a été projetée à 8 m par une voiture alors qu'elle traversait la route sur un passage à piétons. Le dossier ne permet pas de savoir à quelle vitesse roulait la voiture. Toutefois, en l'absence de circonstances justifiant de ranger l'accident parmi les accidents graves, l'événement subi par la recourante doit être considéré comme étant de gravité moyenne, ce que la recourante ne conteste pas au demeurant. Par ailleurs, la chute survenue le 29 avril 2011 est manifestement un accident insignifiant. b. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). Par ailleurs, nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2). En l'occurrence, la question de savoir si les troubles non objectivables présents doivent être considérés comme faisant encore partie du tableau clinique typique d'un TCC ou si cette problématique représente une atteinte à la santé

psychique propre et distincte du tableau clinique, peut rester ouverte, car même l'application de la variante jurisprudentielle la plus favorable à la recourante, soit l'examen à l'aune des critères tirés de la jurisprudence applicable aux TCC (ATF 134 V 109), conduit de toute façon à la négation du rapport de causalité adéquate avec l'accident du 13 avril 2009. La chambre de céans rappellera que la survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.1.2, 8C\_463/2014 du 14 juin 2015 consid. 5.2.3 ou encore 8C\_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2). En l'espèce, bien que l'accident du 13 avril 2009 ait entraîné un traumatisme crânien et de nombreuses fractures, le rapport de police établi à la suite de la collision ne renferme aucun élément dont on pourrait déduire un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique au sens de la jurisprudence, ce d'autant plus que la recourante n'en garde aucun souvenir (rapport du Dr O\_\_\_\_\_ du 25 mai 2011). Par ailleurs, la recourante n'a manifestement pas subi de lésions graves ou particulières à la suite de cet événement, ni menaçantes pour sa vie. Si elle a certes présenté des séquelles de légère parésie faciale gauche, il n'en demeure pas moins que ces atteintes ne peuvent être considérées comme particulières au sens de la jurisprudence, dans la mesure où c'est uniquement en février 2014 que la recourante a consulté un spécialiste pour le traitement de ces séquelles esthétiques. Il n'apparaît pas non plus que la recourante ait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. S'agissant de l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U\_369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U\_393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U\_380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). En l'occurrence, force est de constater qu'une fois l'intervention chirurgicale du 14 avril 2009 et la rééducation à la Clinique de Montana effectuées, le traitement médical a consisté en des séances de physiothérapie et psychothérapie, en la prise d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et d'un anti-dépresseur (rapports du Dr K\_\_\_\_\_ des 9 septembre 2009, 19 septembre 2010 et 25 juin 2012, rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 29 juin 2012), de sorte qu'il ne saurait être considéré comme étant objectivement lourd et pénible. S'agissant de l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard notamment de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'occurrence, s'il apparaît que la recourante a présenté des douleurs physiques constantes, on ne saurait toutefois retenir qu'elles ont été impressionnantes, ni qu'elles ont entraîné des empêchements dans sa vie quotidienne. Par ailleurs, s'il apparaît que les vertiges et les

troubles mnésiques étaient handicapants en tout cas jusqu'en juin 2012 (rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 29 juin 2012), les pièces versées postérieurement au dossier ne font pas état de la persistance d'un empêchement. Enfin, le critère de la durée de l'incapacité de travail semble être rempli, étant donné que la recourante ne peut plus exercer son activité habituelle. Toutefois, elle demeure capable de travailler dans un autre secteur d'activités, de sorte que ce critère ne présente pas un caractère suffisamment marqué. En l'absence d'un cumul de critères ou d'un seul critère revêtant une intensité particulière, force est de constater que l'accident subi le 13 avril 2009 ne peut être tenu pour la cause adéquate des troubles neuropsychologiques présentés par la recourante. La mise en œuvre d'une expertise neurologique demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves, de sorte que la demande de la recourante dans ce sens doit être rejetée. Compte tenu de ce qui précède, la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 13 avril 2009, laquelle aurait dû s'examiner au regard des seules atteintes somatiques (ATF 115 V 133 et 403), doit, a fortiori, également être niée. Partant, la question du lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident peut rester indécise (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 ; 8C\_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5). C'est ainsi à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en considération les répercussions des troubles neuropsychologiques et psychiques sur la capacité de travail de la recourante pour déterminer son degré d'invalidité. Il s'ensuit que sur le plan orthopédique et otoneurologique, la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit sans travail des bras au-dessus du niveau des épaules, sans port de charges lourdes, sans travail accroupi ou à genoux ou nécessitant des déplacements prolongés, sans monter ou descendre les escaliers de façon précipitée, sans travail en hauteur, sur des plans instables, sans mouvements alternant de la tête ou du corps, sans se baisser et se lever alternativement et sans travailler avec des machines qui pourraient occasionner des happements. 12. Il convient d'examiner le degré d'invalidité que présente la recourante. 13. a. Selon l'art. 18 al. 1<sup>er</sup> 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. 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). b. 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 procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). c. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B.80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). d. 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<sup>ème</sup> éd., p. 294ss). 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), ou de données salariales résultant des DPT. La détermination du revenu d'invalidité sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient, pour déterminer le revenu d'invalidité, de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid.

3b/bb ; VSI 1999 p. 182). 14. Enfin, 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).!endif]>!if> 15. En l'occurrence, le droit éventuel à une rente d'invalidité s'ouvre en 2014, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là.!endif]>!if> S'agissant du salaire sans invalidité, l'intimée s'est basée sur la convention collective des EMS applicable à Genève en 2014, dont il résulte un salaire annuel de CHF 54'736.- pour l'activité d'aide-soignante non qualifiée, soit CHF 4'561.33 par mois. La recourante fait valoir, en produisant deux décomptes de salaires de mars et avril 2008, que selon le nombre d'heures effectué pendant ses missions temporaires, son salaire pouvait atteindre certains mois CHF 5'465.40 (pour 177 heures de travail). En l'occurrence, étant donné qu'au jour de son accident le 13 avril 2009, la recourante n'effectuait plus de missions temporaires depuis plusieurs mois, qu'elle était au chômage et à la recherche d'un emploi fixe, la chambre de céans est d'avis que pour déterminer le revenu qu'elle aurait perçu en 2014, il y a lieu, comme l'a fait l'intimée, de se référer au salaire annuel résultant de la convention collective des EMS, soit CHF 54'736.- pour l'activité d'aide-soignante non qualifiée, la recourante ayant expliqué ne pas avoir de diplôme reconnu en Suisse (pièce 37 chargé intimée). S'agissant du salaire avec invalidité en 2014, l'intimée a appliqué la méthode des DPT et a retenu cinq postes dans les cantons de Vaud et Genève. Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2014. Cela étant, la chambre de céans constate que deux postes retenus ne respectent pas totalement les limitations fonctionnelles de la recourante. En effet, le poste d'employé de conditionnement (DPT n° 12845844) nécessite de tenir en équilibre et le poste de caissière de magasin (DPT n° 7223) implique des rotations. Or, au vu du déficit vestibulaire brusque à droite dont souffre la recourante, entraînant des vertiges et les limitations fonctionnelles constatées par le Dr N\_\_\_\_\_, soit éviter toutes les activités qui doivent s'exercer sur des plans instables, mais aussi nécessitant des mouvements alternant de la tête ou du corps, se baisser et se lever alternativement, travailler avec des machines qui pourraient occasionner des happements (rapport du 14 mars 2011), les deux postes précités ne peuvent être retenus. Il s'ensuit que deux DPT sur cinq sont incompatibles avec les atteintes dont souffre la recourante. Cela constitue un motif suffisant pour écarter les données salariales résultant des DPT en tant que base de calcul pour fixer son revenu d'invalidité. Il convient par conséquent d'effectuer un calcul sur la base des statistiques salariales. En se fondant sur l'ESS 2014, le salaire de référence est celui des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé et public pour un niveau de qualification 1 (T1\_tirage\_skill\_level), soit CHF 4'347.- x 12 mois, soit CHF 52'164.- par an. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne en 2014 (41,7 heures hebdomadaires selon l'Office fédéral de la statistique), ce montant doit être adapté et porté à un montant annuel de CHF 54'381.- (CHF 52'164 : 40 x 41,7). Par ailleurs, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). À titre d'exemples, dans le cas d'un assuré de 57 ans, longtemps absent du marché du travail, disposant d'une capacité de travail complète avec une diminution de rendement de 20%, dont les limitations fonctionnelles consistaient en mesures classiques d'épargne de la colonne vertébrale, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15% (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3). Il a également considéré que l'abattement maximal que l'on pouvait admettre pour un assuré âgé de 62 ans, présentant des séquelles accidentelles aux membres inférieurs mais capable de travailler à plein temps, était de 15% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.329/02 du 2 septembre 2003 consid. 4.3). La chambre de céans constate qu'en 2014, année de l'ouverture éventuelle du droit à la rente, la recourante, qui présentait un taux d'occupation de 100%, était déjà âgée de 59 ans. Cet âge constitue l'un des critères à prendre en considération lors de la détermination de l'abattement, et ce même lorsque l'assuré peut exercer des activités simples et répétitives (niveau 1 ou anciennement niveau 4; voir notamment l'arrêt récent du Tribunal fédéral 8C\_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.5). Par ailleurs, du fait que seul l'exercice d'une activité légère est possible et au vu des nombreuses limitations fonctionnelles, la chambre de céans est d'avis qu'un abattement de 15% apparaît approprié. La recourante, naturalisée suisse et à la recherche d'un emploi au moment de son accident, ne présente par ailleurs aucune autre circonstance personnelle ou professionnelle justifiant un abattement supérieur à 15%. La recourante fait valoir qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, la possibilité de trouver un emploi adapté serait illusoire. Lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, 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 (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4 et les références citées). Dans le cas d'espèce, au vu des limitations fonctionnelles orthopédiques et otoneurologiques mises en évidence par la Dresse P\_\_\_\_\_ et le Dr N\_\_\_\_\_, il n'apparaît pas que seules des activités exercées sous une forme très restreinte seraient exigibles de la part de la recourante. Au contraire, les limitations fonctionnelles sont compatibles avec le large éventail d'activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services que recouvre le marché du travail en général et le marché du travail équilibré en particulier. Partant, en tenant compte d'un abattement de 15%, on parvient à un revenu d'invalidé en 2014 de CHF 46'223.85 (54'381 – 8'157.15). Comparé au revenu sans

invalidité de CHF 54'736.-, il en résulte un taux d'invalidité de 15,5% ( $[54'736 - 46'223.85] : 54'736 \times 100$ ), arrondi à 16% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). La recourante a donc droit à une rente d'invalidité de 16% à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014. C'est par conséquent à tort que l'intimée a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité. La décision devra être annulée sur ce point. 16. La recourante conclut à la prise en charge du traitement médical. Dans sa décision litigieuse, l'intimée n'est pas entrée en matière sur le droit à la prise en charge du traitement médical, au motif que la décision du 4 novembre 2015 ne portait pas sur ce point et que par courrier du 13 janvier 2014, elle avait mis un terme à cette prise en charge. Selon l'art. 21 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordées à son bénéficiaire à certaines conditions. En l'occurrence, force est de constater que le courrier de l'intimée du 13 janvier 2014 et ses décisions des 4 novembre 2015 et 5 septembre 2016 ne portent pas sur la question du droit de la recourante aux prestations pour soins et au remboursement des frais lorsque la rente est fixée. Or, étant donné que la recourante a droit à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, c'est à tort que l'intimée n'est pas entrée en matière sur cette question. La décision devra être annulée sur ce point et la cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle se détermine sur le droit de la recourante aux prestations pour soins et au remboursement des frais dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, et ce en prenant en compte l'ensemble des atteintes en lien de causalité avec l'accident du 13 avril 2009. 17. Il convient encore d'examiner si la recourante a droit à une IPAI supérieure à celle octroyée par l'intimée. 18. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3;

ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). b. En l'occurrence, l'intimée a reconnu le droit à une IPAI fondée sur un taux de 6%, en se référant à l'avis du Dr V\_\_\_\_\_. La recourante conclut à l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux global de 24%, incluant les séquelles neuropsychologiques et psychiques. Or, comme cela a été relevé plus haut, ces atteintes ne sauraient être prises en compte dès lors qu'elles ne sont pas en lien de causalité avec les accidents survenus en 2009 et en 2011. Par rapport du 24 août 2015, le Dr V\_\_\_\_\_ a indiqué que l'accident de 2009 était responsable de la fracture de l'humérus du bras droit et des plaies au visage et que celui de 2011 était responsable des séquelles du membre supérieur gauche. Il a retenu un taux de 2,5% pour les lésions de la coiffe des rotateurs de chaque épaule et 1% pour les lésions au visage. L'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr V\_\_\_\_\_ pour fixer le taux de l'IPAI à 6 %, lequel a été évalué selon la table 5 des tables de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité établies par l'intimée. Si cette appréciation n'est certes contestée par aucun autre avis médical, il n'en demeure pas moins que la chambre de céans ne saurait la confirmer, dans la mesure où la table 5 concerne uniquement les atteintes résultant d'arthrose, alors que la recourante présente, outre les atteintes aux deux épaules, des lésions au visage. Le taux de 6 % retenu dans la décision doit par conséquent être annulé. Par ailleurs, étant donné que le déficit vestibulaire brusque à droite est en lien de causalité avec l'accident de 2009 et qu'aucun rapport ne permet de déterminer si la recourante présente une atteinte importante et durable à son intégrité en raison de cette lésion, il conviendra de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle instruisse la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité d'après l'ensemble du dommage, soit le déficit vestibulaire brusque à droite, les lésions aux épaules et au visage. 19. Enfin, dans la mesure où la recourante a droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014, la décision sera annulée en tant qu'elle requière de sa part la restitution de CHF 26'340.-. 20. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse sera annulée. Il sera dit que le déficit vestibulaire brusque à droite est en lien de causalité avec l'accident du 13 avril 2009 et que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 16% dès le 1<sup>er</sup> avril 2014. La cause sera renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations légales dues et pour instruction complémentaire s'agissant de la prise en charge du traitement médical à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 et sur le taux de l'atteinte à l'intégrité résultant du trouble vestibulaire à droite, des lésions aux épaules et au visage. 21. Représentée par un mandataire, la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPG; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 22. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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