

GE_GERICHTE A/975/2018 vom 23. Juli 2019

GE Cour de justice, 2019-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_975_2018

FR: GE_GERICHTE A/975/2018 du 23 juillet 2019

IT: GE_GERICHTE A/975/2018 del 23 luglio 2019

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Excenevex, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Anne-Laure DIVERCHY recourante contre AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick MOSER intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, est entrée au service de Madame B_____ (ci-après : l'employeur ou Mme B_____) le 21 juillet 2015 en qualité de dame de compagnie de cette dernière, conformément à un contrat de travail auxiliaire de durée indéterminée signé le 20 juillet 2015 par l'assurée et son employeur, soit pour lui un collaborateur de la société C_____ SA (ci-après : C_____), mandatée pour veiller à l'application de ce contrat. En tant qu'employée de Mme B_____, l'assurée bénéficiait d'une couverture pour les accidents professionnels et non professionnels souscrite auprès d'AXA Assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée). Victime d'un accident vasculaire cérébral il y a plusieurs années, souffrant d'hémiplégie et présentant un surpoids important, Mme B_____ se déplaçait en fauteuil roulant. Selon le cahier des charges annexé au contrat de travail, l'assurée avait pour mission d'accompagner son employeur dans les actes de la vie courante, soit à l'aider à se lever, se coucher, faire sa toilette, s'habiller, préparer et prendre ses repas, utiliser les toilettes, se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de son logement, etc. Enfin, il était précisé qu'elle pouvait également être amenée à accompagner Mme B_____ en vacances, y compris à l'étranger. 2. Le 27 juillet 2015, alors qu'elle accompagnait Mme B_____ durant ses vacances à Haute-Nendaz (VS), l'assurée a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre complétée le 7 août 2015 par C_____, l'assurée « [semblait] s'être fait très mal au dos en tentant de rattraper Mme B_____ ». En incapacité de travail complète depuis le 28 août 2015 (recte : 28 juillet 2015), l'assurée s'était vue prodiguer les premiers soins et délivrer un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 14 août 2015 par le docteur D_____, médecin remplaçant du docteur E_____, médecin généraliste à Messery (France). 3. Le 10 août 2015, le docteur F_____, radiologue à Thonon-les-Bains (France), a pratiqué une IRM du rachis lombo-sacré que le Dr E_____ avait prescrite avec l'indication suivante : « lombalgies aiguës après effort, avec irradiation latérale, sciatalgie bilatérale tronquée ». Le résultat de cet examen révélait notamment l'absence d'anomalie de signal des structures osseuses, un calibre normal du canal rachidien, une absence d'anomalie des massifs articulaires postérieurs ainsi que l'absence de signal pathologique des régions sacro-iliaques et coxo-fémorales. En revanche, il existait de discrets remaniements dégénératifs des disques L3-L4 et L4-L5 avec hyposignaux T2 intra-discaux, débords discaux circonférentiels modérés, sans hernie ni signe de conflit radiculaire. En conclusion, l'assurée présentait des discopathies modérées L3-L4 et L4-L5. 4. Invitée par l'assureur à fournir des précisions sur les circonstances de l'événement du 27 juillet 2015, l'assurée a

indiqué que son travail consistait à accompagner son employeur durant ses vacances à Haute-Nendaz. Il était minuit et demi au moment où elle assistait Mme B _____ « dans ses derniers transferts » avant d'aller dormir, à savoir : elle aidait celle-ci à passer des toilettes à son fauteuil roulant manuel. Pour chaque transfert, elle aidait Mme B _____ à se mettre debout. Cette dernière se tenait alors sur sa jambe droite valide, aidée d'une canne puis pivotait avec l'aide de l'assurée. Ce soir-là, Mme B _____ avait perdu l'équilibre et était tombée sur l'assurée avant d'avoir pivoté. Le choc fut violent, et au vu de la forte corpulence de sa protégée (125 kg), l'assurée avait ressenti une violente douleur dans le bas du dos. L'assurée a précisé qu'elle réalisait l'ensemble des transferts manuellement car l'élévateur de location à sa disposition était conçu pour immerger une personne dans un bassin (par abaissement) et non pour la surélever en vue d'un transfert dans un fauteuil, sur des toilettes ou un lit. Enfin, l'assurée a attiré l'attention de l'assureur sur le fait que lors de l'accident du 27 juillet 2015, elle était « en déplacement », de sorte que son taux d'occupation était de 100 % et non de 80 % comme indiqué dans la déclaration de sinistre du 7 août 2015. 5.

Dans un rapport du 3 septembre 2015, qui faisait suite à une consultation du même jour en lien avec l'accident du 27 juillet 2015, Monsieur G _____, masseur kinésithérapeute et ostéopathe à Anthy-sur-Léman (France), a indiqué que l'assurée avait déjà effectué neuf séances de kinésithérapie et que les douleurs avaient commencé à diminuer. On retrouvait un blocage au niveau de la sacro-iliaque droite avec spasme du pyramidal entraînant une sciatique à droite. Les deux psoas étaient contracturés, de même que le diaphragme, empêchant l'assurée de se relever et de respirer correctement. On retrouvait également des dysfonctions au niveau dorsal avec une douleur permanente dans l'épaule droite. La cage thoracique avait été comprimée. Il fallait « redonner une mobilité à tout cela » afin que l'assurée récupère au plus vite. 6.

Dans un rapport du 3 novembre 2015 à l'assureur, le Dr E _____ a indiqué avoir constaté des douleurs lombaires, soit un lumbago aigu en lien avec l'accident du 27 juillet 2015. L'assurée n'avait pas souffert d'atteintes similaires par le passé. Le traitement ordonné était antalgique, combiné à de la physiothérapie. L'incapacité de travail était entière depuis le 28 juillet 2015, pour une durée indéterminée. A priori, le pronostic était bon et la situation en cours d'amélioration. 7.

Par attestation du 13 novembre 2015, le Dr E _____ a certifié que l'état de santé de l'assurée nécessitait une prolongation de son arrêt de travail à 100 % jusqu'au 30 novembre 2015, en rapport avec l'accident du 27 juillet 2015. Une reprise du travail à 50 % était envisageable à partir du 1^{er} décembre 2015 « avec un changement d'activité ». 8.

Le 15 décembre 2015, l'assurée a commencé une activité d'agente commerciale à 50 % au service de l'entreprise H _____ Sàrl. 9.

Le 18 décembre 2015, le Dr E _____ a certifié que l'état de santé de l'assurée nécessitait une prolongation d'arrêt de travail à 50 % du 1^{er} au 31 janvier 2016 inclus. 10.

Au cours de l'année 2016, le Dr E _____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée à 50 % à plusieurs reprises - la dernière fois jusqu'au 30 novembre 2016 inclus - en précisant à chaque fois que l'accident du 27 juillet 2015 en était la cause. 11.

À compter du mois de mars 2016, l'assureur a interrompu le versement des indemnités journalières. 12.

Dans un rapport du 21 juin 2016, adressé à Mutuel Assurance Maladie SA, assureur maladie perte de gain de H _____ Sàrl, le Dr E _____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était due à une maladie, à savoir un syndrome dépressif réactionnel présent depuis le 27 avril 2016, entraînant une incapacité de travail complète du 27 avril au 31 juillet 2016. Sur un plan anamnestique, le Dr E _____ a expliqué que les douleurs lombaires consécutives à l'accident du 27 juillet 2015 avaient conduit à ce syndrome dépressif réactionnel. L'assurée indiquait souffrir d'asthénie, de troubles du sommeil et de vertiges, plaintes qui se

recoupaient avec le constat clinique effectué. 13. Par courrier du 12 juillet 2016, C_____ a résilié le contrat de travail liant l'assurée à Mme B_____ pour le 31 août 2016, précisant que l'assurée était libérée de son obligation de travailler au cours de cette période. 14. Dans un rapport du 18 juillet 2016 à l'assureur, le Dr E_____ a fait état d'une aggravation récente du syndrome dépressif, ajoutant qu'il avait prescrit un traitement antidépresseur (Seroplex) et anxiolytique (Xanax). L'incapacité de travail était complète jusqu'au 31 juillet 2016. 15. Par courrier du 20 juillet 2016, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait savoir au Dr E_____ qu'en sa qualité de médecin conseil, il avait été contacté une première fois par l'assureur le 16 décembre 2015 pour avis. À cette époque, il avait admis le lien de causalité entre l'incapacité de travail et la contusion lombaire que l'assurée avait subie lors de l'événement du 27 juillet 2015, mais avec un statu quo ante atteint six mois après le traumatisme. Le Dr I_____ a ajouté que pour le traitement du dossier, il lui importait de connaître exactement les raisons médicales justifiant une reprise du travail à 50 % - et non à 100 % - ainsi que l'évolution de l'état de santé de l'assurée. 16. Dans un rapport du 1^{er} septembre 2016 faisant suite à un entretien qui s'était déroulé le même jour au domicile de l'assurée, l'inspecteur des sinistres de l'assureur a noté que l'événement du 27 juillet 2015 constituait un « cas limite » car le caractère extraordinaire du facteur extérieur n'était pas très évident. Toutefois, au vu du temps écoulé depuis l'événement, il apparaissait inopportun de contester le cas. Sur le plan médical, l'inspecteur des sinistres s'étonnait que malgré l'absence d'amélioration notoire et les résultats de l'IRM du 10 août 2015 - dont le Dr E_____ avait omis de faire part à l'assureur -, ce médecin traitant n'ait jamais jugé utile d'adresser l'assurée à un spécialiste. En effet, le traitement était basé sur des séances de kinésithérapie - qui se poursuivaient encore - et une médication antalgique. Les limitations fonctionnelles actuelles décrites par l'assurée étaient les suivantes : pas de station debout ou assise prolongée (> 2h), pas de port de charges (> 5 kg), pas de travaux en porte-à-faux ou en position penchée, pas de longs trajets en voiture. S'agissant de l'aspect psychologique récemment mis en exergue par le Dr E_____, l'assurée précisait qu'il était sans rapport avec l'événement du 27 juillet 2015. En effet, elle avait perdu son père en fin d'année 2015, des suites d'une longue maladie. C'était suite à cela qu'elle avait développé un certain état dépressif. À ce propos, elle venait de débiter une thérapie auprès d'un spécialiste exerçant à l'hôpital de jour de la Clinique des Vallées de Ville-la-Grand, le docteur J_____, psychiatre, à raison d'une consultation par mois en ce moment. Aux dires de l'assurée, l'évolution était lentement favorable, même si elle était encore un peu fragile. Concernant les aspects psychiques de son atteinte à la santé, l'assurée se considérait « probablement apte au travail à 100 % depuis le mois de mai 2016 (à son avis) ». À la lumière de ces explications, le collaborateur de l'assureur a noté que la seule incapacité de travail pertinente était celle de 50 %, attestée en lien avec l'événement du 27 juillet 2015, sans que l'on sache si le taux d'incapacité retenu tenait compte d'une activité adaptée. Depuis son licenciement prononcé pour le 31 août 2016, l'assurée souhaitait se tourner vers une activité sédentaire « de type bureau » au vu de son état de santé. 17. Par attestation du 26 septembre 2016, le Dr E_____ a certifié que l'état de santé de l'assurée nécessitait une prolongation de son arrêt de travail à 50 % jusqu'au 30 octobre 2016 inclus, en rapport avec l'accident du 27 juillet 2015. 18. Par courrier du 28 septembre 2016 à l'assureur, le Dr I_____ a rappelé que l'assurée avait été annoncée pour un événement survenu le 27 juillet 2015. Il s'agissait d'une contusion lombaire « avec un traumatisme peut-être un peu mal défini », mais il avait accepté la causalité en fixant un statu quo à six mois. À force de demander des rapports au médecin traitant, il avait fini par

lui écrire le 20 juillet 2016 et n'avait reçu qu'une réponse très laconique à cette demande. C'était à la lecture du rapport du 1^{er} septembre 2016 de l'inspecteur des sinistres qu'il avait appris l'existence d'une IRM montrant des remaniements dégénératifs L3-L4, L4-L5. Pour conclure, le Dr I_____ a maintenu qu'on était en présence d'une contusion lombaire pour laquelle un statu quo pouvait être fixé à six mois de l'événement. En cas de contestation, une expertise serait à établir. 19. Le 7 octobre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) 20. Le 22 août 2016, Groupe Mutuel Assurance SA a confié à Clinique Corela SA (ci-après : la Clinique Corela) le soin de soumettre l'assurée à une expertise psychiatrique. 21. Le 24 octobre 2016, la doctoresse K_____, psychiatre exerçant à Cabriès (France) ainsi qu'en tant qu'experte auprès de la Clinique Corela, a rendu ses conclusions. Il en ressortait en synthèse que les critères majeurs et mineurs d'un épisode dépressif (F32) n'étaient retrouvés ni au moment de l'expertise, ni en avril 2016. En revanche, l'assurée avait présenté un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) en réaction à un facteur de stress psychosocial identifiable, à savoir une altercation avec son collaborateur et la hiérarchie de H_____ Sàrl survenue précisément en avril 2016, avec comme conséquence une tristesse, des pleurs, une asthénie au décours immédiat de ces difficultés professionnelles. Au jour de l'expertise, soit le 21 septembre 2016, le diagnostic retenu était « en phase de status post » et l'experte n'avait constaté aucune limitation dans les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, ou dans le rythme de travail. En l'absence de handicap, la capacité de travail était entière dans toute activité. 22. Le 26 octobre 2016, en réponse à un courriel de C_____ lui demandant à quelle date il avait versé des indemnités journalières à l'assurée, l'assureur a répondu qu'aucun versement n'avait été effectué à l'assurée à ce jour mais que le dernier paiement de ce type de prestations avait été effectué le 31 mars 2016 en mains de Mme B_____. 23. Le 7 novembre 2016, le Dr E_____ a répondu à un questionnaire de l'assureur en indiquant que l'assurée avait commencé son traitement médical le 28 juillet 2015. Elle présentait des douleurs lombaires et un état dépressif réactionnel suite à la chute d'une « patiente » très lourde sur elle, se plaignait de troubles du sommeil, d'asthénie et d'un manque de motivation. Les traitements actuellement suivis (physiothérapie lombaire, suivi psychiatrique auprès du Dr J_____ et médication antidépressive) avaient conduit à une amélioration. Actuellement, la capacité de travail était nulle dans toute activité mais serait à réévaluer le 30 novembre 2016. 24. Le 10 novembre 2016, l'entreprise H_____ Sàrl a complété et retourné le « questionnaire pour l'employeur » qu'elle avait reçu de l'OAIE. Il en ressortait que l'assurée était entrée au service de cette entreprise le 15 décembre 2015 en qualité d'agente commerciale à 50 %. L'employeur avait résilié les rapports de travail pour le 31 juillet 2016 pour cause de « restructuration budgétaire ». Le dernier jour de travail effectif remontait au jeudi 26 avril 2016. L'assurée avait connu des périodes d'absence complète pour cause de maladie du 18 au 25 mars 2016, du 27 avril au 30 mai 2016, du 30 mai au 30 juin 2016 et du 30 juin au 31 juillet 2016. Elle avait bénéficié d'indemnités journalières maladie de la part de Groupe Mutuel Assurance SA. 25. Le 19 décembre 2016, l'assurée, représentée par Me Giuseppe DONATIELLO, a fait remarquer à l'assureur qu'aucune décision ne lui avait été notifiée à ce jour. Aussi, elle a invité l'assureur à lui octroyer les indemnités journalières échues depuis mars 2016, époque à laquelle leur versement avait été interrompu. Du reste, elle avait récemment reçu une communication de l'OAIE, ce qui montrait bien que cet office considérait qu'elle n'était pas guérie. 26. Par courrier du 25 avril 2017, intitulé « droit d'être entendu », comportant en annexe une copie

du dossier, l'assureur a fait savoir au conseil de l'assurée qu'il avait transmis l'ensemble des documents du dossier à son médecin conseil, le Dr I_____, et qu'aux termes du rapport rendu par ce dernier, l'assurée avait subi une contusion lombaire « avec un traumatisme peut-être un peu mal défini », pour laquelle un statu quo à six mois devait être fixé, soit au 27 janvier 2016. L'assureur renonçait cependant à demander le remboursement des prestations versées « jusqu'à ce jour ». Sans nouvelles de la part de l'assurée sous trente jours, une décision formelle serait prise en vue de confirmer la détermination de ce jour.

27. Le 29 juin 2017, l'assureur a rendu une décision identique à sa détermination du 25 avril 2017 et retiré l'effet suspensif en cas de recours. 28. Le 30 août 2017, l'assurée a formé opposition à la décision du 29 juin 2017 en faisant valoir qu'il ressortait de la décision entreprise que le contexte et les circonstances de l'accident avaient été minimisées et, partant, ne justifiaient pas la fixation du statu quo à six mois de l'accident. Il se justifiait, à tout le moins, de retenir une incapacité de travail totale (100 %) en lien avec l'accident jusqu'à la fin du mois de novembre 2015, puis une incapacité de travail partielle (50 %) à compter du 1^{er} décembre 2015. Une telle appréciation était, du reste, corroborée par le rapport du 1^{er} septembre 2016 de l'inspecteur des sinistres qui, à la date de ce rapport, retenait une incapacité de travail de 50 % « exclusivement attestée en raison de l'événement qui nous occupe ». Il résultait également du contrat de travail auxiliaire à durée indéterminée signé par les parties en date du 20 juillet 2015 que deux modalités de rémunération étaient prévues, à savoir, d'une part, un salaire horaire brut de CHF 20.30, indemnité de vacances en sus, aboutissant à une rémunération horaire, vacances comprises, de CHF 22.- (CHF 20.30 + CHF 1.70) et, d'autre part, une rémunération spéciale en cas de journée d'accompagnement, c'est-à-dire lorsque Mme B_____ était amenée à séjourner ailleurs que dans son lieu de résidence habituel en EMS, notamment lorsqu'elle prévoyait de partir en vacances. Dans ce cas, un forfait de CHF 323.- par journée d'accompagnement de vingt-quatre heures était prévu. S'y ajoutaient encore les indemnités pour les jours de vacances (CHF 27.-), les jours fériés (CHF 13.-, soit 4 % x CHF 323.-) ainsi que la nourriture et le logement (CHF 33.-). Il en résultait une rémunération journalière totale brute de CHF 396.- (CHF 323.- + CHF 27.- + CHF 13.- + CHF 33.-). Dans la mesure où l'assurée n'avait travaillé qu'en situation de journée d'accompagnement jusqu'à l'accident du 27 juillet 2015, l'indemnité journalière devait être fixée à hauteur de 80 % de CHF 396.-, soit à CHF 317.- par jour à compter de la date de l'accident. Du reste, le décompte de salaire du 21 au 31 juillet 2015 confirmait le bien-fondé de cette solution puisqu'il en ressortait que l'assurée avait été rémunérée forfaitairement sur l'ensemble de cette période. 29. Dans un rapport daté du 15 septembre 2017, le Dr E_____ a certifié que l'assurée présentait des lombalgies suite à son accident du 27 juillet 2015. Son arrêt de travail avait été interrompu le 30 novembre 2016 car son assurance-accidents ne la couvrait plus. Son état de santé nécessitait encore des séances de physiothérapie ainsi que la prise régulière d'antalgiques. Actuellement, l'assurée travaillait à 60 %, son état de santé ne lui permettant pas de travailler davantage. 30. Par décision du 11 octobre 2017, l'OAIE a rejeté la demande de prestations du

E. 7

octobre 2016. Le statut retenu dans la situation de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à temps partiel (50 %) à son activité professionnelle et, pour les 50 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, le Service médical régional de l'AI (SMR) avait constaté que l'atteinte à la santé de l'assurée ne revêtait pas de caractère durablement incapacitant. Ainsi, sa capacité de

travail était entière dans toute activité professionnelle. Par conséquent, l'assurée ne pouvait prétendre ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles. 31. Par courrier du 22 décembre 2017, l'assureur a informé le conseil de l'assurée qu'il consentait à ne pas invoquer l'exception de prescription jusqu'au 31 juillet 2018, pour autant que la prescription ne soit pas acquise à ce jour. 32. Le 5 février 2018, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de l'assureur, a rendu un avis sur la base des pièces du dossier, précisant qu'il avait pu prendre connaissance des clichés de l'examen IRM du 10 août 2015. À l'examen de ceux-ci, on notait effectivement un aspect dégénératif des disques L3-L4 et L4-L5 probablement préexistant à l'événement du 27 juillet 2015, avec un bombement postérieur mais sans conflit disco-radulaire. En effet, les critères de Krämer en faveur d'une hernie discale post-traumatique n'étaient pas réunis : il n'existait pas de radiculalgie immédiate mais uniquement des lombalgies selon la déclaration de l'assurée. De plus, on notait la présence de lésions discales étagées sur deux niveaux. En définitive, le mécanisme lié à la chute d'une personne d'un poids important n'avait pas créé de lésion anatomique structurelle nouvelle. Quant au syndrome dépressif réactionnel attesté par le Dr E_____, ce médecin en faisait mention pour la première fois « le 28.04.16 » [recte : à teneur des pièces produites, c'est le rapport du 21 juin 2016 du Dr E_____ qui fait pour la première fois mention d'un syndrome dépressif réactionnel qui aurait existé depuis le 27 avril 2016] alors que dans son précédent rapport du 3 novembre 2015, il mentionnait une évolution favorable des suites de l'événement du 27 juillet 2015. Or, en avril 2016, l'assurée exerçait une activité à 50 % et un licenciement venait de se produire. Enfin, on retenait de la lecture du rapport d'expertise psychiatrique de la Clinique Corela du 24 octobre 2016 que les douleurs lombaires étaient dues à des hernies discales présentes depuis plus de deux ans. Interrogé sur le point de savoir si les troubles présentés par l'assurée étaient dus de façon certaine, probable ou seulement possible à l'événement du 27 juillet 2015, le Dr L_____ a répondu que ces troubles étaient dus de façon pour le moins probable à cet événement et qu'il s'était donc produit une déstabilisation temporaire d'un état antérieur. Conformément aux données de la littérature médicale, les effets d'une chute avec contusion au niveau du rachis lombaire s'éteignaient au bout de six mois. Un statu quo sine pouvait donc être fixé à juste titre le 27 janvier 2016. 33. Par décision du 13 février 2018, l'assureur a rejeté l'opposition formée contre la décision du 29 juin 2017, motif pris que le délai de causalité de six mois correspondait au haut de la fourchette pour une contusion simple avec aggravation passagère d'un état dégénératif préexistant. 34. Par courrier du 23 février 2018 à l'assurée a fait remarquer à l'assureur que sa décision du 13 février 2018 ne répondait pas aux questions soulevées dans l'opposition du 30 août 2017, en particulier au sujet du montant des indemnités journalières - à revoir - et des frais qui n'avaient pas été remboursés à ce jour. Faisant valoir qu'il lui paraissait essentiel que la décision du 13 février 2018 réponde également à ces questions, afin qu'elles puissent être traitées dans le cadre d'un éventuel recours, l'assurée a invité l'assureur à compléter sa décision dans ce sens avant l'échéance du délai de recours. 35. Le 16 mars 2018, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre la décision du 13 février 2018 (enregistré sous le n° de cause A/975/2018), concluant, principalement, à son annulation, à ce qu'il soit dit et constaté que l'indemnité journalière devait être fixée à hauteur de 80 % de CHF 396.-, soit CHF 317.- par jour à compter de la date de l'accident sous déduction des indemnités journalières déjà versées, que les indemnités journalières encore dues à compter du 1^{er} avril 2016 soient fixées à CHF 317.-, qu'il soit dit et constaté que les frais de traitement devaient être remboursés, en

particulier les frais de pharmacie du 31 juillet 2015 (EUR 107.75), les frais de consultation médicale du Dr E_____ des 12 août 2015 (EUR 30.-) et 10 septembre 2015 (EUR 30.-), que l'amplification des frais de traitement soit réservée, que l'intimée soit condamnée à payer à la recourante la somme de CHF 171'180.- avec intérêts à 5 % à la date moyenne du 1^{er} mars 2017, que l'amplification des indemnités journalières soit réservée. À titre subsidiaire, la recourante a conclu à l'annulation de la décision du 13 février 2018, au renvoi du dossier à l'intimée en lui ordonnant de statuer dans les plus brefs délais sur le montant des indemnités journalières et sur les frais de traitement lui restant dus, qu'il soit dit et constaté que les indemnités journalières étaient dues à compter du 1^{er} avril 2016, que la recourante soit condamnée à lui payer la somme de CHF 171'180.- avec intérêts à 5 % à la date moyenne du 1^{er} mars 2017, que l'amplification des indemnités journalières soit réservée, le tout sous suite de dépens. À titre préalable, la recourante a demandé l'audition des parties et celle du Dr E_____, ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. À l'appui de ses conclusions, la recourante a fait valoir qu'en rejetant de manière générale son opposition du 30 août 2017, en ne motivant pas la décision spécifiquement sur la question du montant des indemnités journalières - pourtant soulevée par voie d'opposition - et en traitant uniquement du délai de causalité dans sa motivation, il apparaissait sans nul doute possible que la décision litigieuse rendue par l'intimée était une décision négative sur le montant des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement, points qu'il convenait de traiter dans le cadre du recours contre cette décision. Cette position était encore renforcée par le fait que l'intimée n'avait pas jugé utile de donner suite au courrier du 23 février 2018. Subsidiairement, l'absence de décision sur le montant des indemnités journalières et des frais de traitement non remboursés devait être considérée comme une violation du principe de célérité et, partant, un déni de justice. S'agissant du montant des indemnités journalières, la recourante a repris en substance les arguments développés dans son opposition du 30 août 2017. Par ailleurs, plusieurs frais de traitement engagés en 2015 n'avaient pas été pris en charge par l'intimée alors même qu'ils concernaient une période durant laquelle le statu quo sine n'avait pas encore été atteint - de l'avis même de l'intimée. Sur le plan de la causalité, l'assurée avait présenté une capacité de travail totale - en lien avec l'accident du 27 juillet 2015 - jusqu'au 30 novembre 2015, puis une capacité de travail de 50 % à partir du 1^{er} décembre 2015. Or, l'intimée avait interrompu le versement des indemnités journalières au mois de mars 2016 sans que cela soit justifié et sans qu'aucune décision n'ait été prise à ce moment-là. La recourante réclamait en conséquence le paiement d'un montant de CHF 171'180.- (soit 1'080 jours x CHF 317.- / 2), assortis d'intérêts à 5 % à la date moyenne du 1^{er} mars 2017, le droit aux indemnités journalières échéant à la fin de chaque mois, sous réserve d'amplification dictée par l'évolution de son état de santé. 36. Le 22 mars 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAIE.

37. Par courriel du 5 avril 2018 adressé à un employé de C_____, un collaborateur de l'assureur a résumé comme suit la teneur de leur entretien téléphonique du même jour :

- trois personnes étaient engagées comme aides-soignantes actives auprès de Mme B_____ ;
- les employées étaient engagées pour deux périodes distinctes durant l'année pour l'activité d'accompagnement, à raison de deux semaines en été et deux semaines en hiver. Lors de l'activité d'accompagnement, les déplacements, la nourriture ainsi que le logement n'étaient pas compris dans le forfait ;
- l'activité était « auxiliaire », soit sur appel.

38. Par courrier du 16 mai 2018, l'assureur a fait parvenir à l'assurée le « décompte correctif suivant » : le salaire retenu s'élevait à CHF 48'048.- / an (en lieu et place de CHF 39'960.- pris pour base précédemment), de sorte que l'indemnité

journalière s'élevait à CHF 105.31 dès le 3^{ème} jour (soit $48'048 \times 80 \% / 365$). En comparant les indemnités déjà versées à 100 % du 30 juillet au 15 décembre 2015, respectivement à 50 % du 16 décembre 2015 au 27 janvier 2016 avec celles qui étaient dues sur la même période, il en résultait une différence de CHF 3'953.25 en faveur de l'assurée.

39. Par réponse du 17 mai 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Il ressortait du dispositif de la décision entreprise que le litige portait uniquement sur le droit à des prestations d'assurance-accidents au-delà du 27 janvier 2016, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 27 juillet 2015 et les troubles actuels de la recourante. Dès lors que la reconnaissance d'une affection causale était le préalable au droit à d'autres prestations, elles-mêmes susceptibles de faire ultérieurement l'objet de décisions séparées, rien n'empêchait l'intimée de se prononcer uniquement sur cette question. Partant, les conclusions de la recourante étaient, en l'état, irrecevables en tant qu'elles tendaient au paiement de montants déterminés (indemnités journalières et frais de traitement), étant relevé qu'il n'y avait eu ni instruction, ni décision administrative à ce sujet. S'agissant du grief de déni de justice formulé à l'égard de l'intimée, il y avait lieu de relever, d'une part, que le Service médical de cette dernière avait plusieurs fois fait part de ses difficultés à obtenir des précisions de la part du médecin traitant et, d'autre part, que l'intimée avait découvert fortuitement l'existence d'un examen IRM remontant au 10 août 2015. Enfin, on ne pouvait reprocher à l'intimée de n'avoir pas encore tranché la question du montant de l'indemnité journalière dans la mesure où l'employeur de la recourante ne lui avait toujours pas livré les informations nécessaires à cette fin.

40. Par courrier du 8 juin 2018, l'assureur a fait savoir à l'assurée qu'il y avait lieu de calculer comme suit les indemnités journalières :

Revenu d'accompagnement en CHF	Nombre de jrs / an	Montant en CHF
Ch. 10 contrat 323.-	28	9'044.00
Ch. 8 contrat : supplément 25 %	1 ^{er} août	161.50
161.50	Indemnité en nature (sans logement).	L'indemnité de logement n'est pas due car l'assurée avait un domicile fixe pendant les journées d'accompagnement
21.50	28	602.00
Sous-total : 9'807.50		
Indemnité vacances 8.33 %	817.00	Total : 10'624.00
Revenus normaux (travail à Genève)		
Montant en CHF	Ch. 10 contrat : Salaire horaire sans indemnité de vacances	CHF 20.30 x 35 heures x 44 semaines
31'262.00	Ch. 8 contrat : indemnité pour jours fériés, estimée à 3 jours fériés travaillés (CHF 20.30 x 25 %) = 5.08 x 8.75 h. x 3 j	133.35
Sous-total : 31'395.35		
Indemnité vacances 8.33 %	2'615.25	Total : 34'010.60

Par conséquent, au vu des indications alors en possession de l'assureur, le salaire déterminant pour le calcul des indemnités journalières s'élevait à CHF 44'634.60, (soit CHF 34'010.60 + CHF 10'624.-), d'où une indemnité journalière s'établissant à CHF 97.80 (soit $44'634.60 \times 80 \% / 365$).

41. Par réplique du 18 juin 2018, la recourante a observé qu'en date du 16 mai 2018, soit un jour avant l'envoi de sa réponse à la chambre de céans, l'assureur avait adressé un décompte correctif à l'assurée. Cela montrait bien que contrairement à ce qu'affirmait l'intimée dans son écriture du 17 mai 2018, elle disposait des informations nécessaires pour trancher la question du montant des indemnités journalières. Ainsi, en raison du caractère dévolutif du recours, le courrier du 16 mai 2018 constituait une reconsidération pendente lite et non une simple proposition au juge. Par conséquent, les conclusions du recours du 16 mars 2018 étaient recevables non seulement en tant qu'elles relevaient du lien de causalité, mais aussi en tant qu'elles concernaient le montant des indemnités journalières et des frais de traitement non remboursés. Sur le fond, le nouveau calcul effectué le 8 juin 2018 était arbitraire dans la mesure où Mme B_____ ne travaillait pas et disposait d'importants moyens financiers. Ainsi, contrairement à une personne salariée, elle n'était pas limitée à vingt-huit jours de vacances par an dans son chalet privé

mais pouvait même décider d'y rester toute l'année. Par ailleurs, il se trouvait que dès son entrée en service, la recourante n'avait été invitée qu'à effectuer des journées d'accompagnement. C'était dès lors la rémunération prévue pour ce type de service qui était déterminante. 42. Par décision du 11 juillet 2018, l'assureur a repris les explications fournies dans son courrier du 8 juin 2018 et fixé à CHF 97.80 l'indemnité journalière due à l'assurée. S'agissant du décompte du 16 mai 2018, fondé sur un gain de CHF 48'048.-, en exécution duquel un paiement complémentaire de CHF 3'953.25 avait été effectué, il était erroné. Le décompte correct s'établissait comme suit : IJ dues 100 % 30.07.15-14.12.15, soit 138 j. à CHF 97.80 CHF 13'496.40 IJ dues 50 % 15.12.15-26.01.16, soit 43 j. à CHF 48.90 CHF 2'151.60 IJ versées 100 % 30.07.15-31.12.15, soit 155 j. à CHF 81.01 ./CHF 12'556.55 IJ versées 50 % 01.01.16-26.01.16, soit 26 j. à CHF 40.50 ./CHF 1'035.00 Différence : CHF 2'038.45 Compte tenu du versement de CHF 3'953.25 effectué le 16 mai 2018, c'était un montant de CHF 1'914.80 qui avait été payé en trop à cette date, mais l'assureur renonçait à en demander le remboursement « à bien plaisir ». Pour la bonne forme, il convenait de relever également que l'assurée avait repris un travail à 50 % le 15 décembre 2015 auprès de H_____ Sàrl mais qu'elle ne l'avait pas signalé à l'assureur alors qu'elle était indemnisée à 100 % à cette époque. Le décompte ci-dessus tenait compte de cet élément. S'agissant des frais de traitement, la facture du 12 août 2015 (EUR 60.-), celle du 10 septembre 2015 (EUR 30.-) et la facture selon ordonnance médicale n° 231861 de CHF 33.51 avaient fait l'objet d'un versement global le 5 octobre 2015 sur le compte postal suisse mentionné par l'assurée. La note totale pour ces frais s'était élevée à EUR 393.51 (soit CHF 430.10 au taux de conversion en vigueur le 5 octobre 2015). 43. Par duplique du 5 septembre 2018, l'intimée a soutenu en substance qu'en assimilant l'absence de décision à une décision négative, la recourante confondait violation (hypothétique) du devoir de célérité et décision négative. Il lui avait également échappé qu'il incombait exclusivement à l'assureur de déterminer l'objet de la contestation pouvant être déféré en justice. Dans le cas concret, il ressortait de la décision sur opposition du 13 février 2018 que l'intimée acceptait d'indemniser la recourante pour ses troubles de la colonne lombaire jusqu'au 27 janvier 2016 au plus tard, date du statu quo sine. Par rapport à la problématique lombaire, était par conséquent seul recevable devant la chambre de céans la conclusion tendant à obtenir l'annulation du refus de l'intimée de répondre desdits troubles au-delà du 26 janvier 2016. 44. Le 11 septembre 2018, l'assurée a formé opposition à la décision du 11 juillet 2018. En retenant que le salaire déterminant pour le calcul des indemnités journalières comprenait une part de revenu d'accompagnement à hauteur de vingt-huit jours par an et une part de revenus normaux à Genève à concurrence de quarante-quatre semaines par an, l'assureur avait calculé arbitrairement le salaire déterminant. En effet, il ne ressortait d'aucun document que les périodes d'accompagnement au chalet privé de Mme B_____ auraient été limitées au nombre de deux par année. Reprenant en substance les arguments exposés le 30 août 2017, l'assurée a conclu à ce que ses indemnités journalières soient fixées à CHF 317.- par jour à compter de la date de l'accident. S'agissant des frais de traitement, ni le versement de CHF 430.10 effectué le 5 octobre 2015, ni les pièces annexées à la décision du

E. 11

juillet 2018, motif pris que le remboursement des trois factures invoquées avait bien été effectué le 5 octobre 2015 via un versement de CHF 430.10 (conversion de EUR 393.51). S'agissant des indemnités journalières, la règle générale prévoyait certes que leur montant était déterminé en fonction du dernier salaire perçu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels l'assuré avait droit. Toutefois, lorsque l'assuré

n'exerçait pas d'activité lucrative régulière ou lorsqu'il recevait un salaire soumis à de fortes variations, il y avait lieu de se fonder sur un salaire moyen équitable par jour. En l'occurrence, ce n'était pas tellement le revenu réalisé juste au moment de l'accident qui déterminait le revenu qu'il convenait de prendre en compte, mais bien celui qui était prévu sur une période suffisante pour les personnes au bénéfice d'emplois irréguliers. Dans le cas particulier, le planning prévu pour l'assurée en juillet/août 2015 prévoyait douze jours d'accompagnement extérieur du 21 juillet au 1^{er} août 2015, cinq heures pour le 2 août 2015, sept jours de repos du 3 au 9 août 2015 et le reste du mois en occupation à Genève (avec pour chaque jour un nombre d'heures différent). Ainsi, il ne faisait aucun doute que les critères de l'activité irrégulière et du salaire soumis à de fortes variations étaient réalisés. Pour le surplus, il était vrai que l'assurée avait soutenu qu'il ne ressortait d'aucune pièce que les périodes d'accompagnement auraient été limitées à deux par années et qu'il y aurait eu trois dames de compagnie. Cependant, en réponse à ce grief, l'assureur avait demandé à l'office cantonal des assurances sociales (ci-après OCAS) la production des déclarations de salaire 2013-2017 de Mme B_____ pour ses dames de compagnie. Ces documents avaient été reçus le 21 septembre 2018. Il en ressortait qu'en 2013, Mme B_____ avait eu deux dames de compagnie à son service - les deux de janvier à décembre - pour une rémunération annuelle totale brute de CHF 48'702.40, soit CHF 32'995.34 pour l'une et CHF 15'707.06 pour l'autre. En 2014, Mme B_____ avait eu les deux mêmes dames de compagnie à son service - l'une toute l'année et l'autre jusqu'en août - pour une rémunération annuelle totale brute de CHF 43'998.- répartie à raison de CHF 16'262.- pour l'employée occupée toute l'année et CHF 27'736.- pour celle partie au mois d'août. En 2015, Mme B_____ avait eu trois dames de compagnie sous contrat - l'une toute l'année, l'assurée et une collègue d'août à décembre - pour une rémunération annuelle totale brute de CHF 18'101.-, soit CHF 3'149.- pour l'assurée, CHF 11'835.- pour sa collègue employée sur la même période ainsi que CHF 3'117.- pour sa collègue occupée toute l'année. En 2016, Mme B_____ avait eu trois dames de compagnie à son service - l'une uniquement en décembre et les deux autres de janvier à juillet, respectivement de janvier à novembre - pour une rémunération annuelle totale brute de CHF 25'840.-, soit CHF 5'845.25 pour la personne occupée uniquement en décembre, CHF 13'039.05 pour celle partie en juillet et CHF 6'946.10 pour celle partie en novembre. En 2017, le nombre de dames de compagnie de Mme B_____ était redescendu à deux. L'une avait été occupée de janvier à juin et l'autre de juillet à novembre. Leur rémunération annuelle totale brute s'était élevée à CHF 43'698.30, soit CHF 30'327.15 pour la première et CHF 13'371.15 pour celle qui lui avait succédé. À la lumière de ces éléments, l'assureur a observé que le revenu de CHF 44'634.60, pris en considération dans la décision du 11 juillet 2018 pour le calcul des indemnités journalières n'avait été dépassé qu'à une seule reprise en 2013 en additionnant les revenus des deux dames de compagnie alors au service de Mme B_____. Pour toutes les autres années, le total des salaires des dames de compagnie était à chaque fois inférieur au revenu de CHF 44'634.40 arrêté pour l'assurée. Ainsi, les allégations de l'assurée selon lesquelles les périodes d'accompagnement étaient plus nombreuses que celles prises en considération par l'assureur (2 x 2 semaines, soit 28 jours /an) étaient dépourvues de fondement. Et le fait que Mme B_____ disposait d'importants moyens financiers n'était pas pertinent pour déterminer le nombre de semaines qu'elle aurait passées dans son chalet. Le planning de juillet/août 2015, le contrat de travail et les dires de l'employeur, consignés dans le courriel du 5 avril 2018, étaient suffisamment explicites à cet égard. De plus, il n'était absolument pas établi que la deuxième période « d'accompagnement extérieur » d'hiver (2015/2016) aurait été assumée par l'assurée plutôt

que par une autre collègue. Dans la mesure où la fixation du gain annuel à CHF 44'624.40 partait également de l'idée que l'assurée aurait assumé cette deuxième période d'accompagnement extérieur, le gain annuel ainsi retenu s'avérait particulièrement généreux. Quant au calcul proposé par l'assurée, il se basait exclusivement sur la rémunération prévue en cas « d'accompagnement extérieur ». Qui plus est, le salaire journalier de CHF 396.- était contesté dans la mesure où le supplément pour jours fériés ne se calculait pas ainsi. De plus, ce montant avait été calculé en tenant compte de l'indemnité vacances de 8.33 %. En appliquant ensuite directement le taux de 80 %, l'assurée commettait une erreur. En effet, en procédant de la sorte, elle oubliait qu'elle ne travaillait pas tous les jours du calendrier, samedi et dimanche compris, 365 jours sur 365 et sans jours de vacances. En multipliant le montant de CHF 396.- par 365 jours, on obtenait un gain annuel « surréaliste » de CHF 144'540.-. 48. Par quadriplique du 16 octobre 2018, l'intimée a observé qu'il était désormais d'autant moins pertinent de vouloir assimiler la décision sur opposition du

E. 13

février 2018, rejetant ladite opposition, constituerait une décision négative sur le montant des indemnités journalières et qu'au vu de l'effet dévolutif du recours interjeté le 16 mars 2018, l'intimée aurait perdu la maîtrise de l'objet du litige, ne lui permettant plus, ainsi, de rendre une nouvelle décision, à savoir la décision du 11 juillet 2018. Quoi qu'il en soit, ces questions ne méritent pas d'être débattues plus avant dès lors que les causes A/975/2018 et A/3951/2018 impliquent les mêmes parties et un même complexe de faits dont les enjeux - durée et montant du versement des indemnités journalières - ne justifient plus un traitement séparé, ne serait-ce qu'en raison du fait que les résultats de l'instruction menée en lien avec le montant des indemnités journalières - non disponibles au moment de la décision du 13 février 2018 - sont connus depuis la décision du 10 octobre 2018 qui est également attaquée. Il s'impose ainsi, par économie de procédure, d'ordonner la jonction des causes A/975/2018 et A/3951/2018 sous le numéro de cause [A/975/2018], sans qu'il y ait lieu d'examiner, sous l'angle de la recevabilité, si les conclusions de la recourante, prises dans ses recours du 16 mars 2018, respectivement 12 novembre 2018, relèvent de la procédure A/3951/2018 plutôt que de la procédure A/975/2018 (et vice-versa). La jonction des causes rend cette question sans objet. d. Quant à la question de savoir si l'intimée aurait pu et dû rendre une décision se prononçant plus tôt, *uno actu*, sur le lien de causalité et le montant des indemnités journalières, soit les 29 juin 2017 et 13 février 2018, elle souffre de rester indéterminée puisque la recourante n'a plus d'intérêt juridique actuel à faire constater un éventuel déni de justice, eu égard précisément aux décisions des 11 juillet 2018 et 10 octobre 2018 et à la jonction des causes ordonnée, cette dernière écartant de toute manière le risque d'irrecevabilité d'une partie des conclusions qui ne relèvent pas de l'objet de la contestation. Enfin, il convient d'avoir à l'esprit que même lorsqu'un déni de justice est admis, la réparation se limite à la constatation d'un retard inadmissible à statuer, ce qui exclut l'octroi d'une prestation positive sous la forme d'une prestation d'assurance sociale en raison d'une durée excessive de la procédure (ATF 129 V 411 consid. 3.4). En toute hypothèse, on ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir tardé à statuer sur le montant des indemnités journalières puisque pour cet aspect du litige, elle était tributaire des informations que l'employeur n'a complétées qu'en septembre 2018. 3. Le litige porte ainsi sur la question de savoir si la recourante peut prétendre à des indemnités journalières de l'assurance-accidents au-delà du 27 janvier 2016. Est également litigieux le montant des indemnités journalières octroyées jusqu'à cette date, de même que le montant des

indemnités journalières qui seraient dues au-delà du 27 janvier 2016. 4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 5. a. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). b. Selon la doctrine médicale citée par le Tribunal fédéral des assurances, des critères très stricts doivent être remplis pour que l'on admette une relation de cause à effet entre un accident et un prolapsus discal (traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate des douleurs après l'accident, anamnèse pré-traumatique vierge de

tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné). Ces conditions ne sont pratiquement jamais remplies, mis à part des cas exceptionnels. Dès lors, il faut toujours se baser sur l'idée d'une aggravation transitoire et non définitive, même si la douleur apparue après un traumatisme accidentel suggère au patient un lien étroit voire même étiologique entre le traumatisme et les symptômes (Wolfgang Meier, Hernie discale lombaire et accident, Informations médicales [de la CNA] n° 68, décembre 1995, p. 14 et ss, not. 15). Si l'on admet après un événement «adéquat» une influence étiologique partielle, il est recommandé de considérer que les troubles engendrés sont la conséquence d'un traumatisme pour une période s'échelonnant d'une demi-année à une année (op. cit. p. 17). En tout état de cause, un traumatisme agissant essentiellement ou avant tout en direction axiale, par exemple sous forme d'une chute de sa propre hauteur n'est pas considéré comme «adéquat» (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2). De surcroît, il est actuellement admis qu'une lombalgie chronique se développant après un traumatisme qui n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du squelette axial ne doit pas être attribuée à une cicatrisation tissulaire insuffisante, mais bien plutôt au fait que la douleur est entretenue par d'autres facteurs, la plupart du temps sous forme de constellation psychosociale défavorable (Erich Bär et Bertrand Kiener, Traumatismes vertébraux, Informations médicales [de la CNA] n° 67, décembre 1994, p. 45 et ss). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 et la référence citée). c. Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après six ou neuf mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2). En cas d'hernie discale décompensée par un accident, la preuve médicale de la causalité naturelle est remplacée par la présomption jurisprudentielle - qui se fonde sur la littérature médicale - selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références citées). 6. a. Le droit à des prestations suppose en outre 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 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un

événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). b. En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). Lorsque cette clôture n'est pas suivie de l'octroi d'une rente (« folgenlos »), l'examen du lien de causalité adéquate a lieu à la date à laquelle l'assureur met un terme à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 8C_498/2011 du 3 mai 2012 consid. 3). 7. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les 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. 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 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. 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 entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. En cas d'accident de gravité moyenne se situant à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères au moins doivent être réunis ou un seul d'entre eux revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat soit admis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_487/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5). En présence d'un accident de gravité moyenne stricto sensu, on se contentera de trois critères lorsque par ailleurs aucun des critères admis ne revêt en soi une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5). Enfin, en cas d'accident de gravité moyenne se situant à la limite des accidents graves, il suffit qu'un seul critère soit réalisé, sans qu'il soit nécessaire qu'il revête une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2010 du 19 août 2010 consid. 5.1). 8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c/aa. 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). c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000). c/cc. 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). c/dd. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c/ee. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé

auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3). 9. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en oeuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV, n. 10, p. 28, consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4 ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. En l'espèce, la décision litigieuse du 13 février 2018 fixe au 27 janvier 2016 la survenance du statu quo sine pour les suites de l'accident du 27 juillet 2015, motif pris que le délai de causalité de six mois correspondrait au haut de la fourchette pour une contusion simple avec aggravation passagère d'un état dégénératif préexistant. À l'appui de cette position, l'intimée se fonde sur les rapports de ses médecins-conseils, les Drs I_____ et L_____. S'agissant des aspects psychiques du cas, le médecin traitant de la recourante, le Dr E_____, considère qu'ils seraient également la cause d'une incapacité de travail, du fait d'un état dépressif réactionnel présent depuis le 27 avril 2016, lequel serait dû aux douleurs lombaires consécutives à l'accident du 27 juillet 2015. À cet égard, le Dr L_____ relève que les troubles psychiatriques « à type de dépression » seraient apparus, aux dires du Dr E_____, le 28 avril 2016 (recte : 27 avril 2016), alors qu'un licenciement venait de se produire, ce qui contrastait avec le précédent rapport de ce médecin, daté du 3 novembre 2015, dans lequel il était question d'un bon pronostic et d'une situation en cours d'amélioration. Force est de constater, sur la base de ces éléments, que la seule mesure d'instruction sur le plan psychiatrique est le fait de l'assureur perte de gain de H_____ Sàrl,

qui a confié une expertise psychiatrique à la Clinique Corela le 22 août 2016, dont les conclusions ont été rendues le 24 octobre 2016. On rappellera à cet égard que par arrêté du 25 juin 2015, le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) a retiré à cet établissement l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois et que ce retrait a été confirmé par arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 du Tribunal fédéral pour les départements « psychiatrie » et « expertise » de cet établissement, compte tenu de très importants manquements ayant été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 2.2). Aussi n'est-il pas certain que l'on puisse accorder pleine confiance aux conclusions de l'experte psychiatre K_____. Cela étant, même en adoptant le point de vue du Dr E_____, selon lequel, il existerait un lien de causalité naturelle entre l'accident du 27 juillet 2015 et l'état dépressif apparu le 27 avril 2016 - thèse au demeurant réfutée par la recourante elle-même dans le cadre de son entretien du 1^{er} septembre 2016 avec l'inspecteur des sinistres -, il n'en demeurerait pas moins que l'intimée n'aurait pas à prendre à sa charge l'incapacité de travail de la recourante due à son état de santé psychique. En effet, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indécise lorsque le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin consid. 4 ; 8C_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5), comme on le verra ci-après. 11. En l'espèce, l'événement du 27 juillet 2015 a consisté en une chute de la recourante de sa hauteur, fait que la jurisprudence qualifie de « chute banale » et d'accident de peu de gravité (cf. ci-dessus : consid. 7). Dans la mesure où cette chute est elle-même la conséquence d'une perte d'équilibre d'une personne de forte corpulence, les forces générées par l'accident permettent tout au plus de classer l'événement dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. En revanche, on ne saurait retenir l'existence d'un accident de gravité moyenne stricto sensu, catégorie en principe réservée, en cas de chute, à celles dont la hauteur est comprise entre 2 et environ 4 mètres (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3 et les arrêts cités). Quoiqu'il en soit, on ne saurait retenir ni circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ni caractère particulièrement impressionnant de l'accident. Ce ne sont pas non plus la gravité ou la nature particulière des lésions physiques qui caractérisent les suites de l'événement du 27 juillet 2015, ni la durée anormalement longue du traitement médical, étant rappelé qu'en application de la jurisprudence tirée de l'ATF 115 V 133 ici déterminante (cf. ci-dessus : consid. 6a), l'examen de la causalité adéquate a lieu en excluant les aspects psychiques du cas, de sorte qu'il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'inclure la durée de la psychothérapie auprès du Dr J_____ (pour un cas d'application : cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_533/2008 du 26 novembre 2008 consid. 5.2). Quant à d'éventuelles erreurs dans le traitement médical, elles ne sont ni alléguées ni ne ressortent de l'instruction médicale du dossier. S'agissant à présent des critères des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes - qui n'ont pas besoin d'être remplis cumulativement (ATF 117 V 359 consid. 7b) -, on rappellera que le suivi d'un traitement médical et la présence de douleurs - fussent-elles importantes - ne suffisent pas en tant que tels. Il en va de même du fait de suivre diverses thérapies à l'issue desquelles les douleurs persistent. En effet, il est nécessaire que la guérison ait été compromise pour des raisons particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_903/2009 du 28 avril 2010 consid. 4.7 et les arrêts cités) qui, en l'espèce, ne ressortent pas du dossier. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité

de travail due aux lésions physiques, la jurisprudence en a admis la réalisation en présence d'une incapacité de travail complète pendant presque trois ans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6). Dans le cas d'espèce, il est manifeste que ce critère n'est pas réalisé, la recourante ayant pu reprendre une activité à 50 % environ quatre mois et demi après l'accident, sans qu'il ressorte de l'instruction menée par l'OAIE en amont de sa décision de refus de prestations du 11 octobre 2017 - en particulier du statut mixte retenu - que le fait de consacrer les 50 % restants à l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage serait dû à des problèmes de santé. S'agissant enfin du critère des douleurs physiques persistantes, force est de constater que même si on en admettait la réalisation, il ne serait en tout cas pas possible, au vu des circonstances - en particulier l'absence d'anomalies notables objectivées par l'IRM du 10 août 2015, des douleurs qui avaient commencé à diminuer en septembre 2015 (rapport de M. G _____ du 3 septembre 2015), un pronostic bon et une situation en cours d'amélioration en novembre 2015 (rapport du Dr E _____ du 3 novembre 2015), ainsi que l'exercice d'une activité lucrative au moment retenu pour la fixation du statu quo sine (cf. ci-dessus : consid. 6b) - de considérer que de telles douleurs physiques persistantes revêtiraient une intensité particulière au point que la réalisation de ce critère suffirait à elle seule pour admettre un lien de causalité adéquat entre l'accident du 27 juillet 2015 et le syndrome dépressif réactionnel apparu le 27 avril 2016 (cf. ci-dessus : consid. 7 in fine). Aussi n'est-il pas nécessaire de compléter l'instruction médicale sur la survenance d'un tel syndrome dépressif et ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Partant, il est possible d'examiner les conséquences de l'accident du 27 juillet 2015 à l'aune des appréciations des Drs I _____ et L _____. Il convient préalablement d'en examiner la valeur probante. Selon le Dr I _____, l'événement du 27 juillet 2015 a entraîné une contusion lombaire ayant cessé de déployer ses effets six mois après sa survenance. À cet égard, il s'est fondé, dans un premier temps, sur les rapports du médecin traitant, le Dr E _____, faisant état, le 3 novembre 2015, de « douleurs lombaires », soit un lumbago aigu en lien avec l'accident du 27 juillet 2015. Après avoir pris connaissance tardivement du rapport IRM du 10 août 2015 - à la faveur du rapport du 1 er septembre 2016 de l'inspecteur des sinistres -, le Dr I _____ a constaté, à l'instar du Dr F _____, radiologue, que ladite IRM révélait des remaniements dégénératifs L3-L4, L4-L5. Quant au Dr L _____, il s'est rallié à cette dernière appréciation en précisant que l'aspect dégénératif des disques L3-L4 et L4-L5 était probablement préexistant à l'événement du 27 juillet 2015, avec un bombement postérieur mais sans conflit disco-radicaire. Pour motiver le caractère probablement préexistant de la dégénérescence discale objectivée par cette IRM pratiquée deux semaines après l'accident, le Dr L _____ a expliqué que l'absence de radiculalgie immédiate le 27 juillet 2015 et la présence de lésions discales étagées sur deux niveaux ne permettaient pas de conclure à une origine post-traumatique de ces dernières mais à une déstabilisation temporaire d'un état antérieur, due à une chute avec contusion au niveau du rachis lombaire, événement pour lequel les données de la littérature médicale renaient une extinction des effets au bout de six mois. Au regard de ces éléments, force est de constater que les conclusions du Dr I _____, complétées et confirmées par celles du Dr L _____, contiennent suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré, sans que le Dr E _____, ni tout autre médecin consulté par la recourante ne laissent subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence des appréciations de ces deux médecins-conseils. La recourante soutient qu'une fixation du statu quo à six mois ne se justifierait pas, motif pris que le choc subi lors de la chute du 27 juillet 2015 aurait été « d'une rare intensité » et qu'on ne saurait

se fonder sur le rapport du Dr L_____, dès lors que ce médecin se baserait sur le rapport d'expertise de la Clinique Corela pour conclure à des hernies discales présentes depuis plus de deux ans. Ces critiques ne résistent pas à l'examen. En effet, le premier grief est l'expression d'un simple avis personnel de la recourante. Par ailleurs, l'éventualité selon laquelle la chute aurait été « d'une rare intensité » a été d'une certaine manière prise en compte par les Drs I_____ et L_____ dans la mesure où la fixation d'un statu quo sine à six mois de l'événement assuré apparaît généreuse pour des lombalgies post-traumatiques et au vu de l'IRM du 10 août 2015 qui objective des remaniements dégénératifs L3-L4, L4-L5 mais pas de lésion structurelle au niveau du squelette axial ni d'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale (cf. arrêt 8C_508/2008 précité, consid. 4.3 et ci-dessus: consid. 5b et 5c), comme le révèle l'analyse convaincante du cas par le Dr L_____ à la lumière des critères de Krämer. Quant au reproche selon lequel le Dr L_____ aurait fondé ses conclusions sur la base des propos que la recourante conteste avoir tenus lors de son entretien du 21 septembre 2016 avec l'experte psychiatre (« l'explorée indique avoir des douleurs en lien avec une hernie discale L3 à L4 et L4 à L5 et ce depuis plus de deux ans » ; cf. rapport d'expertise psychiatrique, p. 22, antépénultième §), il s'avère infondé puisque le Dr L_____ ne mentionne pas nommément une hernie discale dans sa propre appréciation du cas mais décrit un aspect dégénératif des disques sur deux niveaux (L3-L4 et L4-L5) avec un bombement postérieur, sans conflit disco-radulaire ni arthrose inter-apophysaire. De plus, la référence du Dr L_____ au rapport d'expertise psychiatrique précité n'est pas intégrée au raisonnement permettant à ce spécialiste en chirurgie orthopédique de conclure à un « traumatisme [n'ayant] au total pas créé de lésion anatomique nouvelle », elle souligne tout au plus, sans que cela soit nécessaire à la démonstration d'ores et déjà apportée, que les discopathies de la recourante sont effectivement antérieures à l'événement du 27 juillet 2015. Compte tenu de ce qui précède, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les discopathies modérées L3-L4 et L4-L5, objectivées par l'IRM du 10 août 2015, ont été temporairement déstabilisées mais pas causées par l'accident du 27 juillet 2015, de sorte que l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations six mois après cet événement. On soulignera à cet égard que les délais de causalité constituent des présomptions fondées sur la littérature médicale (cf. ci-dessus : consid. 5c) et qu'en l'espèce, la recourante ne produit aucun avis médical sérieusement motivé qui permettrait d'affaiblir la présomption selon laquelle le statu quo sine a été atteint le 27 janvier 2016, constat qu'une éventuelle audition du Dr E_____ ne serait pas en mesure de modifier dans la mesure où ce médecin fait état d'un lumbago aigu en lien avec l'accident du 27 juillet 2015, c'est-à-dire d'une douleur localisée dans le bas du dos, et d'une situation qui était en cours d'amélioration le 3 novembre 2015. En conséquence, il n'y pas lieu non plus de mettre en oeuvre une expertise. Il reste cependant à déterminer si le montant des indemnités journalières a été correctement calculé par l'intimée.

12. a. Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2 LAA, première phrase). L'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPG), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence (art. 17 al. 1 LAA). Conformément à la délégation de l'art. 15 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a promulgué des dispositions sur la prise en considération du gain assuré dans des cas spéciaux, pour l'indemnité journalière (art. 23 OLAA) et pour les rentes (art. 24 OLAA). Ces dispositions ont pour but d'atténuer la

rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident, lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd. 2016, p. 959 n. 183). Aux termes de l'art. 23 al. 3 OLAA, lorsque l'assuré n'exerce pas d'activité lucrative régulière ou lorsqu'il reçoit un salaire soumis à de fortes variations, il y a lieu de se fonder sur un salaire moyen équitable par jour. b. Selon la jurisprudence, exerce une activité irrégulière, l'assuré dont l'horaire de travail moyen (ou le salaire en cas de rémunération sur la base de provisions) n'est pas identique sur un certain laps de temps (ATF 139 V 464 consid. 2.5 et les arrêts cités). Le critère des fortes variations de salaire est réalisé lorsque le revenu dépend du chiffre d'affaires obtenu ou d'autres facteurs plus ou moins indéfinis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_330/2008 du 24 octobre 2008 consid. 4.1). De fortes variations doivent également être admises lorsque le salaire de la personne assurée subit une variation unique (vers le haut ou le bas), par exemple, quand au cours du mois durant lequel elle a été victime de l'accident, une assurée a exceptionnellement perçu un salaire inférieur, parce qu'elle a pris un congé non payé de deux semaines (arrêt du Tribunal fédéral 8C_648/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3.3 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 960). Dans un arrêt 8C_703/2012 du 12 juillet 2013, publié aux ATF 139 V 464, le Tribunal fédéral a considéré que le point de savoir si les conditions de l'art. 23 al. 3 OLAA - à savoir les critères de l'activité irrégulière et les fortes variations de salaire - étaient réalisées devait être examiné au regard de l'activité effectivement exercée au moment de l'accident, le parcours professionnel antérieur de l'assuré n'étant pas déterminant. À cet égard, le fait que l'accident soit survenu peu après la prise du travail (en l'occurrence le premier jour de l'engagement) n'y changeait rien (ATF 139 V 464 consid. 4.2 et 4.3; ATF 128 V 298 consid. 2b/bb). En d'autres termes, si l'assuré n'a pas travaillé ou seulement sporadiquement dans le passé, il n'y a pas lieu de conclure à une activité irrégulière au sens de l'art. 23 al. 3 OLAA. C'est l'activité effective au moment de la survenance de l'accident qui doit être irrégulière pour entraîner l'application de l'art. 23 al. 3 OLAA. Par ailleurs, la durée effective de l'engagement n'a pas une importance particulière pour calculer le gain assuré déterminant pour les indemnités journalières (ATF 139 V 464 consid. 4.4). Si les conditions de l'art. 23 al. 3 OLAA ne sont pas réalisées, le dernier salaire perçu avant l'accident dans les rapports de travail actuels est déterminant pour calculer l'indemnité journalière en vertu de l'art. 15 al. 2 LAA en relation avec l'art. 22 al. 3 OLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_296/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5.1 et les arrêts cités). c. La recommandation n° 3/84 de la Commission ad hoc sinistres LAA, intitulée « Salaire déterminant pour les personnes exerçant une activité irrégulière et pour les travailleurs temporaires », du 18 juillet 1984, révisée le 31 mars 2014, préconise de tenir compte, en règle générale, du salaire moyen réalisé pendant les trois, voire - en cas de très fortes variations - douze derniers mois pour les personnes exerçant une activité lucrative irrégulière (par exemple : travailleurs à la tâche, travailleurs occasionnels, chauffeurs de taxi avec revenu dépendant du chiffre d'affaires). Lorsqu'un accident survient dans le cadre d'un rapport de travail d'assez longue date, il n'existe pas de difficultés particulières pour déterminer si le salaire d'un assuré est soumis à de fortes variations au sens de l'art. 23 al. 3 OLAA. Il suffit de se référer aux revenus réalisés au cours des mois précédents. Cette possibilité d'effectuer un examen rétrospectif tombe toutefois, lorsque des salaires n'ont pas encore été versés au moment de l'accident, ce qui est notamment le cas en présence de rapports de travail récents. Toutefois, ni la brièveté du contrat ni le fait qu'aucun salaire n'ait été versé au jour de l'accident n'excluent l'application de l'art. 23 al. 3 OLAA : qu'un accident survienne après plusieurs

années ou peu de temps après le début d'une relation de travail relève du hasard, élément dépourvu de pertinence au regard du but poursuivi par cette norme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/99 du 17 janvier 2001 consid. 3c/bb). Le Tribunal fédéral précise que le sens et le but de l'art. 23 al. 3 OLAA ne permettent ni de se fonder sur la durée probable de la relation de travail en cours au moment de l'accident, ni de déterminer le gain assuré au moyen des rapports de travail antérieurs à la relation de travail en question. En effet, l'objectif de cette norme spéciale est de protéger les assurés exerçant une activité irrégulière contre les conséquences inéquitables qui peuvent découler dans certains cas de l'application de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident. Ainsi, l'art. 23 al. 3 OLAA vise en particulier à éviter que le gain assuré, et donc les indemnités journalières, ne soient trop faibles, objectif qui résulte d'ailleurs aussi des termes « salaire équitable par jour » (ATF 139 V 464 consid. 4.1 et les références citées). On précisera cependant que l'art. 23 al. 3 OLAA peut également s'appliquer au détriment de l'assuré, en ce sens que celui-ci ne saurait tirer profit du fait d'avoir réalisé au moment de l'accident, par hasard, un revenu provisoirement plus élevé (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 152/04 du 20 septembre 2005 consid. 2.4.3 ; cf. ég. André-Pierre HOLZER, *Der versicherte Verdienst in der obligatorischen Unfallversicherung*, in RSAS 2010, p. 217). Il importe en outre de souligner que le fait d'examiner les conséquences d'un accord salarial en vigueur ne contrevient pas au principe selon lequel sont déterminantes les circonstances au moment de l'accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/99 du

E. 17

janvier 2001 consid. 3c/bb), comme l'illustre notamment l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 70 du 7 décembre 1988 (publié in RAMA 1989, p. 213), dans lequel le montant des indemnités journalières dues à un joueur de hockey, accidenté en début de championnat, avait été fixé sur la base d'un salaire moyen équitable par jour, soit en tenant compte notamment d'une prime de CHF 10'000.- qui était contractuellement prévue et que l'intéressé aurait vraisemblablement touchée en cours de championnat sans son accident.

13. Dans le cas particulier, le contrat de travail qui liait la recourante à son employeur du 21 juillet 2015 au 31 août 2016 est intitulé « contrat de travail auxiliaire à durée indéterminée ». Son caractère occasionnel (ou auxiliaire) trouve son expression à son ch. 6, aux termes duquel « il n'est assuré aucun horaire minimum de travail. Le référent fait appel à l'employée deux semaines avant tout remplacement prévisible. Le préavis peut être écourté en cas de remplacement imprévisible. L'employée est libre de refuser toute offre ». Pour le surplus, ce contrat distingue essentiellement les périodes de travail pendant lesquelles l'employée n'est ni nourrie, ni logée par l'employeur ou le référent des périodes où elle est nourrie et logée par l'employeur, soit en cas de journée d'accompagnement (cf. ch. 5 du contrat). Dans le premier cas, le montant du salaire mensuel dépend du nombre d'heures travaillées sur le mois, chaque heure de travail étant rémunérée CHF 20.30 bruts. Dans le deuxième cas de figure, soit en cas de journée d'accompagnement, la rémunération de CHF 20.30 bruts par heure de travail est remplacée par une rémunération forfaitaire de CHF 323.- bruts par période de 24h (ch. 10 du contrat). Cette disposition sur la rémunération est complétée par le ch. 15 du contrat, relatif aux vacances, en vertu duquel l'employée a droit à une indemnité calculée à raison de 8.33 % du salaire brut réalisé, soit à CHF 1.70 bruts par heure et CHF 27.- par journée d'accompagnement. Enfin, il est précisé au ch. 8 du contrat qu'en cas de travail accompli un jour férié, un supplément salarial de 50 % est dû à Noël ainsi que le 1^{er} janvier. Pour les autres jours fériés, ce supplément s'élève à 25 %. 14. En l'espèce, la décision litigieuse du 10 octobre 2018 considère en substance

que la recourante exerçait une activité irrégulière et qu'il convient par conséquent de déterminer les indemnités journalières sur la base d'un salaire moyen équitable tenant compte de deux périodes d'accompagnement (28 jours au total) par an à Haute-Nendaz, rémunérées au forfait journalier de CHF 323.- bruts et, le reste du temps, en fonction du travail qui aurait été accompli à Genève sur 44 semaines en fonction d'un taux moyen d'activité de 35 heures par semaine, rémunérées CHF 20.30 bruts par heure. Dans les grandes lignes, ce raisonnement ne souffre pas la critique. Il est en effet possible de se rallier à l'appréciation de l'intimée sur le caractère irrégulier de l'activité exercée par la recourante, qui ressort non seulement des spécificités du contrat de travail - en tant qu'il ne garantit aucun horaire de travail minimum, laisse à l'employée la liberté de refuser toute offre et prévoit deux types de rémunérations distinctes - mais aussi de la durée du travail variant d'un jour et d'une semaine à l'autre dans le planning établi par l'employeur pour la période du 21 juillet au 31 juillet 2015, à tout le moins pour la période postérieure au retour de Haute-Nendaz, soit au terme d'un séjour pour lequel « la différence entre temps de travail, temps de repos ou temps de présence » est qualifiée de « incalculable, voire infaisable » selon les termes mêmes du ch. 2 du contrat de travail. Par opposition, on ne saurait se rallier à la position de la recourante pour qui le caractère irrégulier de l'activité devrait s'être manifesté déjà au moment de l'accident. En effet, comme relevé plus haut (cf. ci-dessus : consid. 12c), le fait d'examiner les conséquences d'un accord salarial en vigueur ne contrevient pas au principe selon lequel sont déterminantes les circonstances au moment de l'accident. En second lieu, il ressort clairement du contrat de travail et du cahier des charges que les périodes de « vacances » de l'employeur étaient l'exception et le travail principal de l'employée exercé à l'EMS « N_____ », de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute les informations communiquées par l'employeur à l'intimée au sujet des deux périodes de deux semaines consécutives passées « en vacances » par Mme B_____, soit hors de son EMS. On relèvera par ailleurs que le fait d'être parti du principe que la recourante aurait également assumé les deux semaines d'accompagnement en hiver est favorable à cette dernière puisqu'il est établi que d'autres dames d'accompagnement étaient également au service de l'employeur en 2015. Ce raisonnement vaut a fortiori pour d'hypothétiques déplacements supplémentaires de Mme B_____ à l'étranger - simplement allégués par la recourante. En revanche, on ne peut pas suivre entièrement l'intimée en tant qu'elle se base sur un horaire de travail moyen de 35 heures par semaine en dehors de la période de 28 jours rémunérée forfaitairement. À l'examen du planning (cf. pièce A4 intimée, procédure A/975/2018), il s'avère en effet qu'en additionnant la semaine de repos du 3 au 9 août, la semaine de 57 heures du 10 au 16 août et les deux semaines de 40 heures du 17 au 23 août, respectivement du 24 au 30 août, on obtient un total de 137 heures de travail, ce qui équivaut à une moyenne de 34.25 heures sur quatre semaines, à rapprocher des 35 heures annoncées. Cependant, on ne saurait partir du principe que la semaine de repos qui faisait suite au séjour à Haute-Nendaz se serait répétée toutes les quatre semaines. Le planning prévoit en effet le début d'une quatrième semaine de travail consécutive à Genève, commençant le lundi 31 août. Deuxièmement, il est pour le moins vraisemblable, au vu du temps de présence requis à Haute-Nendaz douze jours de suite, dimanche et 1^{er} août compris, rythmés par un horaire de travail très soutenu - en atteste notamment l'heure très tardive à laquelle l'accident s'est produit -, qu'il se soit avéré indispensable d'accorder des jours de repos compensatoires à la recourante (cf. à ce sujet notamment l'art. 13 al. 2 de la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964 - RS 822.11 - LTr), correctif que l'activité ordinaire déployée à Genève n'exige pas dans la même

mesure. L'intimée indique certes qu'au regard des déclarations de salaire des autres dames de compagnie, un taux moyen de 35 heures serait approprié. Cependant, dans la mesure où il ressort des explications données par l'intimée que la recourante aurait été de toute manière appelée à fournir une activité supérieure au total du nombre d'heures accompli par les autres dames de compagnie - à une exception près -, ces déclarations ne sont pas propres à fixer une limite hebdomadaire de 35 heures, d'autant que les explications données par la recourante au sujet de sa devancière, (« Mme M_____ »), qui ne figure pas sur lesdites déclarations, font naître un doute quant à l'exhaustivité de ces documents. En définitive, il sied de constater à la lumière du planning produit que la recourante aurait dû travailler 57 heures du 10 au 16 août, soit 53 heures après déduction d'une heure de pause les jours où la recourante aurait dû travailler durant 11 heures (lundi 10 août) ou 13 heures (mardi 12 au jeudi 15 août), conformément au ch. 6 du contrat (cf. également l'art. 15 al. 1 let. c LTr). Selon le même raisonnement, elle aurait dû travailler 40 heures par semaine les deux semaines suivantes, soit 38 heures après déduction d'une heure de pause les jours où la recourante aurait été appelée à travailler 13 heures (mardi 18 et 25 août, mercredi 19 et 26 août). Le taux d'activité moyen à Genève s'établit ainsi à 43 heures et non à 35 heures ($53 + 38 + 38 = 129$; $129 / 3 = 43$). Dès lors que les quatre semaines de vacances annuelles sont prépayées au moyen du supplément salarial de 8.33 % (soit 4/48), c'est en principe à juste titre que l'intimée a fixé le nombre de semaines de « revenus normaux » (travail à Genève) à 44 (soit 52 sous déduction de 4 semaines à Haute-Nendaz et de 4 semaines de vacances). Cependant, en partant du principe qu'un second séjour ininterrompu de deux semaines à Haute-Nendaz aurait été également suivi d'une semaine de repos compensatoire, le nombre de semaines de travail rémunérées à Genève se réduit à 42. En conséquence, le salaire horaire, sans indemnité de vacances, s'établit à CHF 36'661.80 (soit CHF 20.30 x 43 heures x 42 semaines). Pour le reste, les explications données par l'intimé à l'appui de son calcul du 8 juin 2018 - confirmé dans les décisions des 11 juillet et 10 octobre 2018 - ne prêtent pas le flanc à la critique. Ainsi, le calcul des indemnités journalières s'établit comme suit :

Revenu d'accompagnement en CHF	Nombre de jrs / an	Montant en CHF
Ch. 10 contrat	323.-	28 9'044.00
Ch. 8 contrat : supplément 25 %	1 er août	161.50
Indemnité en nature (sans logement)	1	161.50
L'indemnité de logement n'est pas due car l'assurée avait un domicile fixe pendant les journées d'accompagnement	21.50	28 602.00
Sous-total		9'807.50
Indemnité vacances 8.33 %		817.00
Total		10'624.00
Revenus normaux (travail à Genève) Montant en CHF	Ch. 10 contrat : Salaire horaire sans indemnité de vacances CHF 20.30 x 43 heures x 42 semaines	36'661.80
Ch. 8 contrat : indemnité pour jours fériés, estimée à 3 jours fériés travaillés (CHF 20.30 x 25 %) = 5.08 x 8.75 h. x 3 j		133.35
Sous-total		36'795.15
Indemnité vacances 8.33 %		3'065.05
Total		39'860.20

Par conséquent, le salaire déterminant pour le calcul des indemnités journalières s'élève à CHF 50'484.20, (soit CHF 39'860.20 + CHF 10'624.-), d'où une indemnité journalière s'établissant à CHF 110.65 (soit CHF 50'484.20 x 80 % / 365), qu'il appartiendra à l'intimée d'octroyer à 100 % du 30 juillet 2015 au 14 décembre 2015 et à 50 % du 15 décembre 2015 au 27 janvier 2016, sous déduction des indemnités déjà versées, afférentes à la période citée. 15. Compte tenu de ce qui précède, le recours formé le 16 mars 2018 est rejeté, celui interjeté le 12 novembre 2018 est partiellement admis, la décision du 10 octobre 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations dues et versement de la différence à la recourante, au sens des considérants qui précèdent. 16. Représentée par un Conseil et obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de procédure qui sera fixée à CHF 1'800.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA), à la charge de l'intimée. Pour le

surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.