

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1040/2013

ATAS/1223/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 décembre 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCE SA, sise
Bleicherweg 19, Zurich

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1943, a été employée par X _____ (actuellement Y _____) dès le 15 août 1988 en tant qu'aide-ménagère. A ce titre, elle était obligatoirement assurée pour les accidents et les maladies professionnelles auprès de la BERNOISE ASSURANCE (devenue l'ALLIANZ SUISSE, ci-après l'assurance ou l'intimée).
2. En date du 31 octobre 1992, l'assurée a subi un accident. Selon la déclaration d'accident adressée à l'assurance le 4 décembre 1992 par la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, une assiette était tombée sur son pied et l'avait blessée. Les médecins ont constaté une plaie à l'avant-pied droit et des douleurs de la cheville droite avec difficultés de mobilisation, entraînant une incapacité de travail totale.
3. Le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué une section traumatique du long extenseur du gros orteil et pratiqué une intervention consistant en un transfert de l'extenseur du deuxième orteil sur le premier le 5 janvier 1993. Selon ce médecin, la plaie sur le dos du pied avait bien été suturée par la Permanence mais la section du tendon extenseur n'avait pas été diagnostiquée. Vu le laps de temps écoulé entre l'accident et l'opération, une suture secondaire du tendon n'était pas possible. La capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 4 janvier 1993.
4. Dans un rapport du 18 mai 1993, le Dr A _____ a relevé que l'assurée présentait toujours une mobilité limitée de son gros orteil avec enflure et douleurs. Si la situation n'évoluait pas favorablement, une ténolyse serait entreprise. La capacité de travail était de 50 % depuis le 1^{er} mars 1993.
5. Dans son rapport du 2 août 1993, le Dr A _____ a indiqué qu'une infiltration avait permis une régression des douleurs. L'assurée se sentait nettement mieux et une bonne mobilité était constatée, mais une ténolyse n'était pas exclue. La capacité de travail était entière depuis le 17 mai 1993.
6. En date du 29 septembre 1993, l'assurée a déclaré un deuxième accident survenu le 19 septembre 1993. Alors qu'elle voulait traverser la chaussée, elle a glissé et est tombée, se blessant au bras gauche.
7. Le 5 octobre 1993, l'assurée a déclaré un troisième accident survenu le 1^{er} octobre 1993. Elle était tombée dans les escaliers. Dans un rapport du 1^{er} décembre 1993, la Dresse B _____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé le diagnostic d'entorse et contusion du pied droit. L'assurée était incapable de travailler du jour de l'accident au 11 octobre 1993.
8. Dans son rapport du 26 mai 1994, le Dr A _____ a relevé que les douleurs de l'assurée, probablement liées aux adhérences, persistaient. Une neurolyse et ténolyse avait été pratiquée le 10 mai 1994. La capacité de travail était nulle dès le 9 mai 1994.

9. Dans son rapport du 20 septembre 1994 établi à la demande de l'assurance, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie, a exposé que la décision de pratiquer une ténolyse et une neurolyse avait été dictée par les douleurs cicatricielles et la perte de mobilité du gros orteil. La continuité des troubles post-traumatiques ressortait des pièces du dossier. L'affection opérée le 10 mai 1994 était en lien de causalité naturelle avec l'accident du 31 octobre 1992 et les troubles constatés étaient dus de façon probable à l'accident du 31 octobre 1992.
10. A compter du 1^{er} janvier 1995, l'assurée a été employée par la société Z _____ pour des nettoyages dans des écoles en sus de son activité auprès de la X _____.
11. Dans un rapport du 23 janvier 1995, le Dr A _____ a fait état de douleurs sur la face dorsale proximale, certainement dues à de nombreuses adhérences. La mobilité restait limitée. Ce médecin prévoyait une intervention avec reprise de la cicatrice pour adhérences en cas de persistance des douleurs. La capacité de travail était nulle depuis le 9 mai 1994, de 50 % dès le 4 juillet 1994 et entière depuis le 8 août 1994.
12. Le Dr D _____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué dans son rapport du 3 mars 1995 un syndrome du tunnel tarsien très modéré, ne se traduisant au plan électromyographique que par des latences motrices distales du nerf plantaire et plantaire externe aux limites de la norme, ainsi que par une discrète activité fibrillaire observée uniquement dans le court fléchisseur du premier orteil.
13. En raison du syndrome du canal tarsien à droite, le Dr A _____ a pratiqué une nouvelle intervention le 2 mai 1995, consistant en une neurolyse du nerf tibial postérieur. Selon ce médecin, plusieurs entorses de la cheville droite en 1990 et 1993 étaient probablement à l'origine d'une compression du nerf tibial postérieur du canal tarsien de l'assurée. Dans son rapport du 9 mai 1995, ce médecin a mentionné que l'évolution post-opératoire de l'intervention du 2 mai 1995 était sans particularité et que la capacité de travail était nulle pour l'heure.
14. Le 28 juin 1995, le Dr A _____ a relevé que l'assurée ressentait encore des douleurs sur la face interne du pied droit. Selon lui, aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'inférait dans l'évolution du cas.
15. Dans des rapports des 27 septembre 1995, 20 décembre 1995 et 24 janvier 1996, le Dr A _____ a indiqué que l'assurée n'était pas à l'aise sur le plan de la mobilité. Elle présentait notamment un syndrome du canal tarsien à droite. La capacité de travail était de 50 % dès le 4 septembre 1995 et entière dès le 2 octobre 1995. Il fallait s'attendre à un dommage permanent sous forme de persistance de douleurs de la face interne du pied.
16. A compter du 1^{er} novembre 1995, l'assurée a débuté un travail chez Monsieur N _____, en tant que garde-malade, en sus de ses deux premiers emplois.

17. Dans un avis du 7 août 1996, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté un signe évident de dystrophie réflexe sympathique avec paresthésie résiduelle du dos du pied après section tendineuse et une bonne fonction des tendons transplantés. Selon ce médecin, l'assurée était braquée sur son état et affirmait que le pied était raide, bien que cette notion ne puisse être confirmée cliniquement.
18. Par rapport du 4 septembre 1996, le Dr A_____ a rappelé la persistance de douleurs diffuses. La mobilité du gros orteil était très limitée.
19. Le 16 janvier 1997, l'assurée a subi une nouvelle intervention effectuée par le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), opération consistant notamment en une ténolyse du long extenseur et arthrolyse de l'articulation métatarso-phalangienne I, ainsi qu'en la libération du nerf abducteur du 5^{ème} orteil et une reprise et libération du tunnel tarsien. Dans son rapport du 24 janvier 1997, ce médecin a retenu le diagnostic de status après multiples interventions sur le pied droit à la suite d'une lésion du tendon.
20. Dans un avis du 16 avril 1997, le Dr G_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a estimé que les douleurs décrites par l'assurée étaient certainement neurogènes, de sorte qu'une thérapie classique n'avait que peu d'influence. Dans ce cas, une neurostimulation des cordons postérieurs pouvait être tentée.
21. Dans son rapport du 11 juin 1997, le Dr A_____ a indiqué que l'assurée pouvait reprendre son activité de garde-malade, exercée assise pendant 3 heures par jour, dès le 16 juin 1997. Sa capacité de travail était en revanche nulle en ce qui concernait son activité d'aide-ménagère ou de nettoyeuse.
22. A la demande de l'assurance, le Dr G_____ a établi un rapport médical le 28 novembre 1997. Il a exposé que la neurostimulation proposée était un traitement symptomatique destiné à soigner la douleur neurogène. En effet, il n'était plus du tout utile de continuer à intervenir sur ce pied. Il ne s'agissait donc non d'un traitement de la lésion du tendon mais des conséquences de cette lésion et des différentes interventions. Les suites de l'accident jouaient un rôle possible, voire certain. Enfin, à la connaissance de ce médecin, il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident prépondérants.
23. L'assurance a confié une expertise au Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 17 mars 1998, celui-ci a résumé le dossier médical, procédé à l'anamnèse et rapporté les plaintes de l'assurée. Celle-ci déclarait des douleurs continues au pied droit, remontant le long de la jambe jusqu'au genou avec irradiations sur la face latérale de la cuisse jusque dans la fesse droite. Lors de l'examen, il a constaté des cicatrices souples, légèrement adhérentes et déclarées très douloureuses à la palpation sur la face dorsale du pied droit et dans la partie rétro-malléolaire interne. Il existait également des douleurs et une limitation marquée à la mobilisation de l'articulation métatarso-phalangienne du

gros orteil, ainsi qu'une inefficacité des tendons/extenseurs des orteils. L'expert a noté un mauvais appui plantaire par supination partielle de l'avant-pied droit. Il n'y avait pas de défaut de torsion dans l'axe du membre inférieur droit par rapport à gauche. Subjectivement, l'assurée indiquait une hypoesthésie de pratiquement tout le pied sans région d'anesthésie complète. Le Dr H_____ a posé les diagnostics de section traumatique du long extenseur du gros orteil droit et de status après deux entorses de la cheville droite, de status après quatre interventions au pied droit et de troubles statiques à la marche avec raideur de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Relevant que le Dr D_____ avait constaté un syndrome du tunnel tarsien très modéré, l'expert a noté que son origine lui paraissait obscure. Le syndrome du canal tarsien était sans lien avec l'accident. En effet, la littérature ne mentionnait pas de lien entre un tel syndrome et une entorse de la cheville. La révision du nerf tibial postérieur pouvait être à l'origine des troubles de la sensibilité de la face plantaire du pied et de la nécessité de la révision du tendon fléchisseur du gros orteil. Cependant, l'expert ne voyait aucune raison de lier le syndrome du tunnel tarsien aux suites de la blessure du dos du pied au niveau de l'extenseur du gros orteil ou à l'hypothétique entorse de la cheville, de sorte qu'il demeurait perplexe sur l'origine de tous ces troubles qui remontaient d'une manière inhabituelle sur la partie antérieure et antéro-externe de la jambe et même sur la face latérale de la cuisse jusqu'à la crête iliaque droite. Il est vrai que l'assurée déroulait mal son pied à cause de la raideur du gros orteil. Cette raideur n'expliquait cependant pas la boiterie généralisée du membre inférieur droit, la douleur antérieure à la manœuvre de Lasègue et l'hypoesthésie généralisée au niveau du pied droit. Il était difficile à l'expert de rapporter tout ce syndrome complexe à la seule plaie ayant entraîné la section du long extenseur du gros orteil. Le Dr H_____ considérait ainsi que tout ce qui concernait le canal tarsien, soit les examens et opérations en lien avec ce diagnostic, n'était pas en rapport avec l'accident de 1992.

Selon le Dr H_____, l'incapacité de travail après l'accident de 1992, l'intervention de janvier 1993 et la seconde intervention de ténolyse devait être considérée comme la suite de l'accident. Tel n'était pas le cas de l'incapacité consécutive à la libération du canal tarsien. Quant à l'incapacité de travail du mois de janvier 1997, elle n'était que partiellement imputable à l'accident de 1992. En effet, étant donné que la dernière intervention avait été faite en partie sur le tendon extenseur et en partie sur le canal tarsien, l'expert estimait que 50 % de cette incapacité de travail était due aux conséquences de l'accident de 1992. Vu l'âge de l'assurée et ses constatations, l'expert ne voyait pas quel nouvel emploi elle pourrait effectuer. Toute nouvelle intervention chirurgicale était fortement déconseillée. Enfin, l'expert estimait qu'il y avait un dommage permanent dont le taux ne pouvait pas encore être déterminé. En effet, il fallait d'abord tenter d'améliorer la démarche de l'assurée par la confection de chaussures sur mesure.

24. L'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité le 11 février 1998 auprès de l'OFFICE CANTONAL D'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI).
25. Dans un pli du 2 juin 1998 adressé à l'assurance, le Dr A_____ a cité une liste d'auteurs admettant le lien de causalité entre une distorsion de la cheville et un syndrome du tunnel tarsien secondaire. Ainsi, ce médecin considérait que la prise en charge des frais opératoires ainsi que de l'incapacité de travail incombait à l'assurance. Pour le surplus, il concédait que les dernières interventions n'avaient pas réellement apporté d'amélioration, de sorte qu'il tenterait désormais des mesures de rééducation.
26. Le Dr H_____ s'est déterminé le 11 juin 1998 sur la littérature invoquée par le Dr A_____, en citant plusieurs références récentes ne mentionnant pas d'entorse dans l'étiologie d'un syndrome du tunnel tarsien. Partant, il maintenait son appréciation.
27. Par courrier du 15 septembre 1998, le Dr A_____ a indiqué s'être entretenu avec le Dr D_____, lequel était d'avis que l'on ne pouvait exclure une étiologie traumatique s'agissant du syndrome du tunnel tarsien.
28. En date du 30 juillet 1999, l'assurance a requis un avis du Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du 23 août 1999, ce médecin a exposé que dans la littérature consultée et d'après son expérience, l'étiologie du tunnel tarsien était multiple: troubles statiques, traumatismes et leurs séquelles (entorses, contusions du pied, fracture du calcanéum, fracture de la cheville), algoneurodystrophie, maladies inflammatoires, etc. Dans le cas de l'assurée, le syndrome du tunnel tarsien était à son avis apparu à la suite d'une entorse et contusion de la cheville et pied droit, lors de l'accident du 1^{er} octobre 1993. Par la suite, l'intervention du 10 mai 1994 avait été compliquée par une algoneurodystrophie ayant aggravé le syndrome du tunnel tarsien. Il n'y avait pas de relation de causalité avec la blessure du tendon dans la zone du gros orteil, mais une entorse simple pouvait déclencher un syndrome du tunnel tarsien.
29. Le 29 juin 2000, le Dr A_____ a relevé que l'assurée se plaignait de plus en plus de douleurs au pied droit, ce qui rendait son travail de garde-malade difficile à exercer.
30. Par certificat médical du 7 mai 2001, le Dr A_____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 1^{er} avril 2001 pour l'activité de garde-malade, exercée assise à raison de trois heures par jour.
31. A la demande de l'OAI, le CENTRE D'OBSERVATION MEDICALE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après COMAI) a rendu le 28 décembre 2001 un rapport d'expertise bi-disciplinaire. La consultation psychiatrique a été menée par la Dresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et la consultation rhumatologique par le Dr K_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Le rapport est signé par le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne et le Dr P_____, spécialiste FMH en neurologie.

Après avoir pris connaissance du dossier et établi l'anamnèse de l'assurée, les experts ont retenu les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (cruralgies droites, rachialgies diffuses, douleurs de l'épaule et du sein droits, épigastralgies récurrentes) (F 45.4), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 32.2), et de deuil pathologique (F 43.21). Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail étaient ceux de status après dissection du tendon extenseur hallucis longus droit, suivi d'interventions orthopédiques multiples du pied droit (S 96.1), de migraines sans aura (G 43.0), d'obésité de stade I (E 66.9) et de suspicion d'un syndrome du tunnel carpien des deux côtés, pas investigué (G 56.0).

Sur le plan rhumatologique, les experts ont retenu un syndrome somatoforme douloureux en raison de la discordance entre la paucité, voire l'absence de substrat orthopédique, rhumatologique et neurologique à la base des douleurs multiples ayant leur début en 1973, et l'augmentation progressive de leur fréquence et sévérité depuis lors. L'accident de 1992 semblait n'avoir joué qu'un rôle mineur dans le développement de cette atteinte douloureuse multifocale et chronique. En l'absence de troubles végétatifs locaux et osseux, le diagnostic de dystrophie réflexe sympathique ne pouvait pas être retenu. Une causalgie post-traumatique ou post-opératoire était peu probable vu que les différents types de douleurs ne se limitaient pas à des territoires de troncs nerveux. Le mécanisme de l'accident, la sémiologie atypique, les valeurs électromyographiques qui pouvaient être considérées encore dans les limites et l'absence de réponse à la neurolyse locale étaient des arguments importants contre un syndrome du tunnel tarsien droit. Une entorse de la cheville droite en 1993 serait de plus une explication insuffisante quant au développement d'un tel syndrome, vu que les douleurs avaient à peine changé avant et après cette entorse et que l'entorse se produisait d'habitude en supination, n'étirant ainsi pas les structures du canal tarsien situées dans la région de la cheville médiane. Le diagnostic d'un syndrome somatoforme douloureux était de plus conforté par la sollicitude accrue de l'entourage de l'assurée en raison des symptômes, le contexte émotionnel lourd et des facteurs socio-culturels à l'origine de l'émergence et de l'extension de ce syndrome.

Les experts considéraient qu'en tenant compte de la pathologie orthopédique du pied droit, on pouvait admettre une incapacité de travail d'un point de vue rhumatologique pour tous les travaux nécessitant des positions statiques debout prolongées, des déplacements à pied et des travaux lourds. Par contre, la capacité de travail était de 60 % pour les travaux assis et légers, ne nécessitant pas des déplacements à pied de manière répétitive et sur de longues distances. La double atteinte douloureuse et émotionnelle justifiait toutefois une incapacité de travail totale dans tout travail physiquement lourd depuis l'opération orthopédique en janvier 1997 et de 30 % dans une activité adaptée. Vu la sévérité des troubles dépressifs et anxieux, un suivi psychiatrique et un traitement médicamenteux de

base était indispensable, probablement à long terme. Le pronostic était plutôt réservé compte tenu de la chronicité et de la sévérité de l'atteinte actuelle.

32. Selon un rapport médical du Dr A_____ du 27 mai 2005, il n'y avait pas eu d'amélioration depuis la dernière intervention du 16 janvier 1997. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie.
33. Peu convaincu par les conclusions de la Dresse J_____, l'OAI a demandé un second avis auprès du Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapique, lequel a conclu dans son rapport du 2 juillet 2003 à un état dépressif léger sans influence sur la capacité de travail.
34. Par décision du 11 décembre 2008, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès janvier 1998, soit à l'issue du délai d'attente d'une année, fondée sur un taux d'invalidité de 55 % après comparaison des revenus, en tenant compte d'une incapacité totale dans l'activité habituelle et d'une capacité complète dans une activité adaptée. Depuis le 1^{er} octobre 2004, son incapacité de gain et de travail s'était aggravée. L'incapacité de travail se confondant avec l'incapacité de gain, le degré d'invalidité dès cette date était de 100 %, ouvrant le droit à une rente entière.
35. Le 25 mars 2009, l'assurance a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire auprès de la Clinique CORELA, laquelle a rendu son rapport d'expertise le 14 septembre 2009, sous l'égide du Dr R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et du Dr S_____, spécialiste FMH en neurologie.

Dans le cadre de l'anamnèse, les experts ont relevé que l'assurée aurait indiqué que les nettoyages pour Z_____ étaient en fait réalisés par son époux, parfois accompagné de leur fils, alors qu'elle faisait simplement acte de présence. Les médecins ont en outre résumé le dossier médical de l'assurée avant de procéder à un examen clinique. Au plan locomoteur, le Dr R_____ a constaté qu'au jour de l'expertise, l'assurée se plaignait exclusivement de problèmes au niveau de la cheville et du pied droits. Ces problèmes se caractérisaient par des douleurs, une limitation à la marche et une boiterie. Il n'y avait pas de plaintes au niveau de la colonne cervico-dorso-lombaire ni de signe évident de trouble dépressif. Concernant les plaintes actuelles, l'expert distinguait deux problèmes. Le premier, dont le lien de causalité avec l'accident du 31 octobre 1992 était certain, était la section du tendon de l'extenseur propre du gros orteil droit associée à une lésion du nerf pédieux. Le second problème était le syndrome du tunnel tarsien très modéré. À l'heure actuelle, la nature traumatique d'un syndrome du tunnel tarsien était très fortement remise en cause par la littérature médicale. En effet, seule une fracture de la malléole interne ou dans des cas rares, une lésion de la joue interne de l'astragale ou de la face interne du calcanéum pouvaient engendrer un syndrome du tunnel tarsien. Les autres origines étaient malades, s'agissant de phénomènes inflammatoires au niveau du tendon du jambier postérieur, de varices ou de conflit radiculaire au niveau de la colonne lombo-sacrée. Des troubles de la statique du pied pouvaient également engendrer un tel syndrome par étirement des structures

ligamentaires et nerveuses. Face aux clichés du 17 mai 1994 démontrant de manière certaine une platypodie chez l'assurée, c'était cette étiologie qui serait retenue de manière vraisemblable (plus de 50 %). En effet, l'origine traumatique avec une plaie dorsale en regard du premier rayon ne saurait entrer en ligne de compte, dans la mesure où les phénomènes douloureux liés à la compression du nerf tibial postérieur au niveau du canal tarsien engendraient une symptomatologie plantaire. Cet élément était d'ailleurs confirmé par l'électromyographie du Dr D_____, qui relevait un ralentissement à la limite de la normale des nerfs plantaires interne et externe. Le Dr R_____ a dès lors exclu tout lien de causalité naturelle entre le syndrome du canal tarsien et les entorses antérieures. Les dernières radiographies, datant du 6 octobre 2003, montraient une arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ainsi qu'une déformation en marteau des deuxième et troisième orteils. Cependant, cliniquement, ces deux orteils ne présentaient que des déformations modérées compatibles avec l'âge de l'assurée. Par contre, en ce qui concernait l'articulation métatarso-phalangienne, il persistait une importante raideur avec une flexion-extension limitée à 5 °. La causalité entre ces troubles et l'accident était tout au plus possible.

Au plan neurologique, le Dr S_____ a considéré que c'était à juste titre que la question de l'existence d'un syndrome du tunnel tarsien avait été mise en avant. Sur ce point, les expertises se contredisaient sur l'origine accidentelle du syndrome du tunnel tarsien. Ceci étant, à la lecture des rapports des experts précédents et au vu des constatations à l'examen clinique actuel, l'expert concluait qu'il était extrêmement difficile d'isoler une symptomatologie douloureuse précise à la palpation du pied. Le Dr S_____ a souligné que le Dr F_____ avait indiqué dans son rapport du 20 mai 1996 ne pas constater de réel signe de Tinel, considéré par tous les auteurs comme le plus important en valeur diagnostique. Les infiltrations-tests n'avaient pas été probantes et les anomalies constatées à l'électromyogramme par le Dr D_____ étaient ténues. Rétrospectivement, l'expert estimait que la solidité du diagnostic de syndrome du tunnel tarsien paraissait faible. Anatomiquement, le territoire sensitif déficitaire retrouvé à l'examen ne pouvait correspondre qu'à une lésion du plexus lombaire, puisqu'il intéressait les territoires des nerfs obturateurs, tibial postérieur et péronier et ne pouvait en aucune façon être la conséquence d'une lésion nerveuse à la hauteur du pied. Sur le plan neurologique, la seule thérapie envisageable était antalgique. Au vu de la chronicité des troubles depuis plus de quinze ans, il n'y avait pas à espérer de grande amélioration par un traitement purement médicamenteux. L'assurée avait parfaitement récupéré de l'atteinte dépressive, pour autant est qu'elle ait existé, ce qu'elle niait.

A l'issue de leurs examens, les experts ont retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une rupture du tendon du long extenseur du gros orteil à droite depuis le 31 octobre 1992, associée à une lésion d'une branche du nerf pédiéux, une lésion de la branche superficielle du nerf fibulaire profond

depuis le 31 octobre 1992 ainsi qu'un possible syndrome du tunnel tarsien modéré depuis 1995. L'assurée présentait également une platypodie depuis des années, sans incidence sur sa capacité de travail.

Sur le plan objectif, les experts retrouvaient plus ou moins les constatations des expertises précédentes: une boiterie du membre inférieur droit, l'impossibilité de l'appui monopodal droit et une limitation de la mobilité du pied droit ainsi qu'une importante raideur au niveau de la métatarso-phalangienne du gros orteil. Cette raideur et l'hypoesthésie claire dans le territoire du nerf fibulaire profond étaient des conséquences de l'accident du 31 octobre 1992. En revanche, on ne trouvait pas d'indices clairs pour un syndrome du tunnel tarsien d'étiologie traumatique, bien qu'on ne puisse pas l'exclure, en particulier sur le plan neurologique. Néanmoins, la littérature la plus récente confirmait que ce syndrome ne pouvait survenir qu'à la suite de lésions du compartiment interne. Les entorses externes rapportées par l'assurée étaient donc exclues. On pouvait difficilement admettre un lien de causalité entre les plaintes et l'accident. Les troubles avaient probablement une cause malade plutôt que traumatique: platypodie, surcharge pondérale progressive et modifications dégénératives conformes à l'âge de l'assurée.

S'agissant de la capacité de travail, les experts ont relevé qu'à la suite de la rupture du tendon du long extenseur du gros orteil à droite, associée à une lésion d'une branche du nerf pédiex, l'assurée n'avait été considérée apte qu'aux travaux assis, ce qui la limitait à l'époque dans son activité d'aide-ménagère ainsi que dans certaines activités dans son propre ménage. Cette estimation de la capacité de travail par l'assurée et son médecin traitant se fondait sur ses plaintes subjectives, sur des facteurs extérieurs tels que l'âge ou sur des causes malades apparues après l'accident. En effet, sur le plan orthopédique, la plaie du tendon extenseur du gros orteil ne saurait entraîner une diminution de ses activités ménagères telles que courses et nettoyage. Les limitations fonctionnelles actuelles étaient donc dues au syndrome du canal tarsien et à la platypodie, tous deux étrangers à l'accident, et à d'autres facteurs d'ordre non médical. Il ne devrait pas subsister d'incapacité de travail en relation avec l'accident uniquement. Malgré les nombreuses ténoyses, le défaut d'extension du gros orteil était situé dans la loge antéro-externe de la jambe. Ce défaut d'extension n'engendrait pas d'incapacité à la marche ou à la station debout, même sans chaussures adaptées. L'origine de la boiterie était à chercher dans les interventions multiples et le syndrome du tunnel tarsien. En relation avec l'accident de 1992, les experts ont conclu que la capacité de travail comme nettoyeuse dans les écoles serait entière en l'absence des interventions au niveau du canal tarsien. Il en allait de même dans l'activité de garde-malade. En résumé, la lésion causée par l'accident n'aurait pas dû engendrer d'incapacité de travail au-delà de 1998. Quant au degré de l'atteinte à l'intégrité due uniquement à l'accident, il était de 15 %, compte tenu de la raideur de l'articulation métatarso-phalangienne estimée à 5 % et de la paralysie partielle du sciatique poplité représentant 10 %.

-
36. Suite à des critiques soulevées par l'assurée sur leurs conclusions, les Drs R_____ et S_____ se sont déterminés par pli du 17 novembre 2009. En premier lieu, les experts ont renvoyé à la lecture de l'expertise réalisée le 28 décembre 2001 par le COMAI, laquelle ne retenait aucun diagnostic en lien avec l'accident du 31 octobre 1992. En second lieu, les experts ont relevé que le Dr H_____ se disait "perplexe sur l'origine de tous ces troubles" et qu'il n'exposait pas pour quels motifs il retenait une incapacité de travail de 50 % pour cause d'accident. Avec le recul et les différents diagnostics retenus, dont un syndrome somatoforme et une dépression, on comprenait mieux la situation peu claire à laquelle il avait dû faire face.
37. Par décision du 7 janvier 2010, l'assurance a constaté que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 1999 et mis fin à la prise en charge du traitement médical dès cette date. Elle a renoncé à exiger le remboursement des indemnités journalières versées du 1^{er} janvier 1999 au 31 mars 2009 et a octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, soit 14'580 fr.
38. Par décision du 12 juillet 2010, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée.
39. Par arrêt du 17 mai 2011 (ATAS/484/2011), la Cour de céans a partiellement admis le recours formé par l'assurée. Elle a confirmé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'580 fr. et renvoyé la cause à l'intimée pour le surplus, afin que celle-ci procède à des mesures d'instruction complémentaires avant de rendre une nouvelle décision.

La Cour de céans a en substance retenu que la causalité naturelle et adéquate entre la section du tendon de l'extenseur et l'accident du 31 octobre 1992 n'était pas litigieuse. En revanche, les médecins divergeaient s'agissant de l'étiologie, voire de l'existence d'un syndrome du tunnel tarsien par rapport à une entorse ou une section du tendon de l'extenseur. Or, à l'exception du Dr A_____ et des Drs D_____ et T_____, ces derniers s'étant exprimés dans de simples avis, tous les médecins – soit les Drs H_____, K_____, R_____ et S_____ – excluaient le diagnostic de syndrome du tunnel tarsien ou contestaient son origine accidentelle, leurs conclusions sur ce point étaient particulièrement bien motivées. Partant, on ne pouvait retenir au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre le syndrome du tunnel tarsien et les événements accidentels des 31 octobre 1992, 29 septembre 1993 et 5 octobre 1993. L'assurée n'avait dès lors pas droit à des prestations de l'assurance à ce titre. S'agissant en revanche de l'incidence de la section du tendon de l'extenseur sur la capacité de travail de l'assurée, la Cour de céans a relevé qu'elle ne pouvait s'appuyer sur le rapport du COMAI puisque les experts tenaient compte de diagnostics sans rapport avec l'accident. L'assurée ne pouvait d'ailleurs pas se prévaloir de la décision de l'OAI, laquelle paraissait à tout le moins partiellement fondée sur plusieurs affections étrangères à l'accident. Les autres expertises ou avis médicaux ne permettaient pas d'apprécier le taux de capacité de travail de la recourante eu égard à la lésion du tendon extenseur, faute de motivation suffisante.

S'agissant en particulier du rapport des Drs R_____ et S_____, la Cour de céans a souligné qu'ils avaient classé la rupture du tendon du long extenseur du gros orteil à droite dans les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail alors qu'ils excluaient toute incapacité de travail à ce titre, et qu'il s'agissait vraisemblablement là d'une erreur de plume. La cause devait ainsi être renvoyée à l'assurance, à charge pour cette dernière d'interroger les Drs R_____ et H_____, afin qu'ils exposent clairement les raisons médicales pour lesquelles le premier retenait une pleine capacité de travail eu égard à la lésion du tendon du pied droit et le second une capacité de travail de 50 % pour la même atteinte, ainsi que l'évolution de cette capacité dans le temps, en particulier eu égard aux diverses interventions chirurgicales pratiquées. Dans ce cadre, les médecins devaient préciser les raisons pour lesquelles le taux de capacité avait favorablement ou défavorablement évolué, en tenant uniquement compte de la lésion du tendon et de ses séquelles, ainsi qu'en indiquant clairement les raisons pour lesquelles telle ou telle séquelle n'était pas une conséquence de l'accident du 31 octobre 1992 et des opérations qui s'en étaient suivies.

40. Par courrier du 9 septembre 2011, l'assurée a décliné la proposition de l'assurance, consistant à mettre en œuvre une nouvelle expertise plutôt que de requérir des compléments des Drs H_____ et R_____.
41. A la demande de l'assurance, qui lui a adressé le dossier complet de l'assurée, le Dr H_____ s'est déterminé sur la capacité de travail de cette dernière par courrier du 19 novembre 2011. Il a rappelé que d'après le dossier, il y avait eu un arrêt complet de travail dès le 31 octobre 1992 et une reprise du travail le 25 novembre 1992, soit avant l'intervention du Dr A_____. Un nouvel arrêt de travail avait eu lieu le 4 janvier 1993, en raison de l'intervention du Dr A_____, avec une reprise à 50 % le 1^{er} mars 1993 et à 100 % dès le 17 mai 1993. L'assurée avait donc repris son travail à plein temps le 17 mai 1993 après l'opération du Dr A_____. L'intervention du 10 mai 1994 concernait les séquelles directes de l'accident du 31 octobre 1992 et avait entraîné un nouvel arrêt de travail à partir du 9 mai 1994 avec reprise du travail à 50 % le 4 juillet 1994 et à 100 % le 8 août 1994. Ces incapacités de travail partielles ou totales jusqu'au 8 août 1994 étaient les suites directes de l'événement du 31 octobre 1992. Le 2 mai 1995, le Dr A_____ avait procédé à une neurolyse du nerf tibial postérieur. Cette intervention n'était pas due à une séquelle de l'accident du 31 octobre 1992 et l'incapacité de travail consécutive n'était pas à la charge de l'assurance. L'assurée avait été opérée une nouvelle fois le 16 janvier 1997 pour une ténolyse du tendon extenseur du gros orteil, une arthrolyse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et une reprise de la libération du tunnel tarsien. Seule la ténolyse et la libération d'adhérence importante et de la fibrose du tendon de l'extenseur du gros orteil étaient en lien de causalité avec l'opération. En revanche, ni la capsulectomie de l'arthrolyse plantaire ni la nouvelle libération du tunnel tarsien très fibrosé n'étaient en relation avec les suites de l'accident. Le Dr H_____ a souligné

que s'il avait estimé que l'incapacité de travail consécutive à l'intervention de janvier 1997 n'était imputable à l'accident qu'à hauteur de 50 %, il ne s'était pas penché plus avant sur la capacité de travail exigible. Lors de son expertise, il y avait une intrication entre les suites de l'accident et les conséquences de la maladie. Cela étant, la réduction de la capacité de travail depuis janvier 1997 ne pouvait être due exclusivement aux suites de l'accident. En effet, le mauvais fonctionnement d'un gros orteil ne pouvait entraîner une incapacité de travail complète. Un tel trouble pouvait déranger quelqu'un qui devait beaucoup marcher et se déplacer, mais la capacité de travail devait être complète dans tout travail léger et en grande partie sédentaire. Le Dr R_____ avait déclaré qu'il ne devrait pas subsister d'incapacité de travail uniquement en relation avec l'accident. Le Dr H_____ se rangeait à l'avis de son confrère, qui avait pu à nouveau examiner l'assurée.

42. Informée par l'assurance que le Dr R_____ avait cessé sa collaboration avec la clinique CORELA, l'assurée a requis dans son courrier du 8 décembre 2011 la mise en œuvre d'une expertise, dès lors que l'assurance ne pouvait plus exécuter les instructions de la Cour de céans.
43. Par décision du 29 février 2012, l'assurance a relevé que le Dr H_____ s'était rallié aux conclusions du Dr R_____. Son avis, qui ne contenait aucune contradiction, rejoignait les opinions convergentes des experts. Par conséquent, l'assurée n'avait plus droit aux indemnités journalières depuis le 1^{er} janvier 1999. L'assurance renonçait toutefois à exiger la restitution des prestations versées à tort jusqu'en mars 2009. Le droit au traitement médical prenait également fin au 1^{er} janvier 1999, l'état de santé de l'assurée étant stabilisé à cette date.
44. L'assurée s'est opposée à cette décision le 29 mars 2012. Elle a soutenu que le rapport du Dr H_____ se bornait à reprendre les conclusions du Dr R_____ au motif qu'elles étaient plus récentes, alors même que la Cour de céans avait considéré que l'avis de ce dernier n'était pas suffisamment motivé et qu'il contenait une contradiction. Partant, le nouvel avis du Dr H_____ ne saurait être suivi. La viabilité de l'expertise du Dr R_____ avait été écartée et l'assurance n'avait pas procédé aux mesures d'instruction complémentaires, violant le droit à la preuve de l'assurée. L'assurée a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise.
45. Le Dr R_____ s'est à son tour déterminé sur la capacité de travail de l'assurée dans son courrier du 27 septembre 2012, en précisant qu'il avait conservé l'intégralité du dossier médical. Après avoir exposé la nature des différentes pathologies, ce médecin a indiqué qu'après une intervention telle que la ténolyse de janvier 1994, on ne pouvait pas forcément espérer une récupération entière. On pouvait estimer qu'un *statu quo sine* aurait dû être atteint à fin janvier 1995 malgré la persistance des douleurs et la limitation de la mobilité. Cette position était confirmée par la reprise du travail à 100% du 8 août 1994 au 30 avril 1995. C'était à partir de mai 1995 qu'était venue s'ajouter la pathologie liée au tunnel tarsien,

laquelle était responsable des incapacités de travail qui avaient suivi à partir du 1^{er} mai 1995. Sur la base du lien de causalité naturelle au plus possible entre l'accident et le syndrome du tunnel tarsien et après une nouvelle étude approfondie du dossier, le Dr R_____ estimait que l'incapacité de travail secondaire à l'accident s'était achevée le 7 août 1994. Toutes les incapacités de travail postérieures étaient imputables au problème de tunnel tarsien ou à d'autres affections d'origine malade, excepté la nouvelle ténolyse effectuée le 17 janvier 1997 qui pouvait justifier une incapacité de travail de l'ordre de trois mois. Sur ce point, le Dr R_____ indiquait partager partiellement l'avis du Dr H_____, qui distinguait entre l'incapacité de travail consécutive à la ténolyse et celle liée à la révision du canal tarsien.

46. Le 29 novembre 2012, l'assurée a fait part de ses observations sur le rapport du Dr R_____. Elle s'est étonnée que ce rapport n'ait pas été requis avant la décision sujette à opposition et a relevé que le médecin n'indiquait pas quels éléments du dossier étaient en sa possession. Elle a affirmé qu'elle avait été reconnue comme invalide par l'OAI en raison des suites de l'accident de 1992 et non d'une maladie. Elle a exposé certains éléments théoriques relatifs à l'adénopathie calcanéenne et aux causes de l'entorse du ligament externe. Elle a soutenu que le Dr R_____ donnait raison au Dr H_____ quant au degré d'invalidité de 50 % dû à l'accident. L'expertise du Dr H_____ avait été réalisée une année et deux mois après l'opération de janvier 1997, et ce spécialiste avait ainsi le recul nécessaire. L'incapacité de travail de 50 % était ainsi parfaitement justifiée. Compte tenu du temps écoulé entre l'accident et l'expertise du Dr R_____, ce médecin ne pouvait attester du lien de causalité entre l'accident et les lésions et il y avait lieu d'écarter son rapport.
47. L'assurance a pris note des observations de l'assurée par courrier du 5 décembre 2012 et rappelé à cette dernière qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise selon l'arrêt du 17 mai 2011.
48. L'assurance a écarté l'opposition de l'assurée par décision du 21 février 2013. Elle a affirmé qu'elle s'était parfaitement conformée aux instructions contenues dans l'arrêt de la Cour de céans et souligné que cette dernière avait admis que seules les suites de la lésion du long extenseur du gros orteil étaient en relation de causalité avec l'accident. Elle s'est référée aux explications du Dr H_____ sur l'incidence du mauvais fonctionnement d'un gros orteil sur la capacité de travail d'un assuré, et a affirmé que ce médecin avait exposé pour quels motifs il se ralliait aux conclusions du Dr R_____, ces motifs n'ayant pas uniquement trait au fait qu'elles étaient plus récentes. Pour le surplus, l'avis du Dr H_____ n'était pas empreint de contradictions. Les constatations des Drs R_____ et H_____ étaient au demeurant partagées par les experts du COMAI, le Dr K_____ ayant souligné que l'examen clinique était peu contributif. L'assurée n'amenait aucun élément médical remettant en cause les conclusions des experts.

-
49. Par écriture du 27 mars 2013, l'assurée interjette recours contre la décision. Elle conclut, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer son incapacité de travail en lien avec l'accident du 31 octobre 1992, et au fond à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière. La recourante affirme que le rapport du Dr H_____ se fonde sur une conclusion d'ordre général, puisqu'il indique que le mauvais fonctionnement d'un gros orteil n'a pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité sédentaire. La fixation de la capacité de travail à 50 % par le Dr H_____ lors de son expertise de mars 1998 était fiable, cette expertise survenant 14 mois après l'intervention. Le simple fait que le Dr R_____ ait vu la recourante après le Dr H_____ ne confère pas une valeur probante plus importante à ses conclusions. De plus, l'expertise du Dr R_____ a été considérée comme insuffisamment motivée dans l'arrêt du 17 mai 2011 et le renvoi par le Dr H_____ à ce document ne peut être admis pour ce motif. La recourante fait en outre grief à l'intimée d'avoir fondé sa décision sur le seul rapport du Dr H_____. La recourante affirme que les indications du Dr R_____, aux termes desquelles il partage partiellement le point de vue du Dr H_____ quant à l'origine de l'incapacité de travail après l'intervention de janvier 1997, sont confuses et contradictoires. Le Dr R_____ estime en effet que l'incapacité de travail se poursuivait jusqu'à avril 1997 alors que selon la recourante, le Dr H_____ aurait considéré qu'elle était toujours en incapacité de travail à 50 % en raison de l'accident en mars 1998. La recourante allègue que les rapports complémentaires n'apportent pas les réponses aux questions posées par la Cour. Partant, il convient d'ordonner une expertise. Elle ajoute que tous les professionnels de la santé ont convenu qu'on ne pouvait écarter avec certitude un lien de causalité entre l'accident et les troubles de la recourante, soit notamment le syndrome du tunnel tarsien, l'arthrose métatarso-phalangienne et la déformation des 2^{ème} et 3^{ème} orteils. Le Dr H_____ avait de plus conclu à une incapacité de travail de 50 % en mars 1998, date à laquelle l'état de la recourante était stabilisé. Ainsi, son droit à la rente aurait dû prendre naissance dès 1998. L'OAI lui a d'ailleurs octroyé une rente entière dès le 1^{er} octobre 2004 par décision du 20 août 2008 en raison des atteintes à son pied droit. Partant, une rente entière doit lui être accordée.
50. Dans sa réponse du 27 mai 2013, l'intimée conclut sous suite de dépens au rejet du recours. Elle relève que la recourante pouvait travailler 22 heures par semaine chez son premier employeur et à raison de 12 à 15 heures par semaine en tant que garde-malade dès le 1^{er} novembre 1995. Elle conteste les griefs de la recourante à l'égard du rapport du Dr H_____ en soulignant que ce dernier a exposé son raisonnement. Elle allègue que contrairement à ce qu'affirme la recourante, le Dr R_____ ne déclare pas partager l'avis du Dr H_____ mais simplement s'y rallier partiellement. Elle affirme que c'est à juste titre qu'elle a reconnu pleine valeur probante aux rapports complémentaires de ces médecins. Elle ajoute que les conclusions du Dr R_____ sont également partagées par les experts du COMAI consultés dans le cadre de la procédure d'invalidité, qui

indiquaient que l'accident n'avait joué qu'un rôle mineur dans le développement de l'atteinte douloureuse multifocale et chronique.

51. Dans sa réplique du 18 juillet 2013, la recourante persiste dans ses conclusions. S'agissant de son activité chez Z_____, ce n'est pas elle qui la réalisait mais son époux et son fils, à qui elle donnait des instructions, ce qui ressortirait de ses déclarations à la clinique CORELA. La recourante travaillait ainsi uniquement comme garde-malade et pas à raison de 34 ou 37 heures par semaine. Elle répète que les rapports complémentaires ne satisfont pas aux exigences de l'arrêt du 17 mai 2011.
52. Par duplique du 25 juillet 2013, l'intimée relève que la recourante n'a jamais contesté l'activité salariée déployée pour le compte de Z_____ jusqu'à l'expertise du Dr R_____, et qu'elle a même exigé sa prise en compte dans le calcul des indemnités journalières. Elle a d'ailleurs déclaré à un inspecteur des sinistres qu'elle effectuait des travaux de nettoyage en fin de journée dans des écoles. Sur ce point, l'intimée produit notamment le rapport d'un de ses inspecteurs du 20 mai 1997, se référant à un entretien du 15 mai 1997 avec la recourante qui lui a confié travailler pour trois employeurs, soit la X_____, Z_____ (à hauteur d'environ 5 ou 6 heures par semaine) et un privé chez qui elle était garde-malade.
53. La recourante conteste ces allégations dans ses déterminations du 17 septembre 2013, en soulignant toutefois qu'il s'agit-là de points secondaires.
54. Par courrier du 19 septembre 2013, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente, plus particulièrement sur le point de savoir si la section du tendon de l'extenseur a eu une incidence sur sa capacité de gain.

Bien que la recourante allègue l'existence d'un lien de causalité entre le syndrome du tunnel tarsien dans son écriture du 27 mars 2013, la Cour de céans a déjà exclu un tel rapport de causalité dans son arrêt du 17 mai 2011, si bien que cette question n'est plus litigieuse.

6. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATFA non publié I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; ATFA non publié I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1). L'assureur-accidents n'est cependant pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité, notamment lorsqu'elle a été faite de manière contraire à la loi ou qu'elle tient compte d'éléments invalidants dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre (ATFA non publié U 119/00 du 6 octobre 2000, consid. 4).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2).

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).

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).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

8. En l'espèce, l'intimée s'est conformée aux instructions ressortant de l'arrêt du 17 mai 2011 de la Cour de céans en interpellant les Drs H_____ et R_____.

Les réponses apportées par ces derniers appellent les remarques suivantes. On relèvera en premier lieu que compte tenu de leurs compléments d'expertise, les rapports des Drs H_____ et R_____ satisfont désormais en tous points aux exigences posées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ils comprennent en effet tous les éléments d'ordre formel requis par la jurisprudence, puisqu'ils se fondent sur une étude du dossier, rappellent l'anamnèse, tiennent compte des plaintes de la recourante, que les diagnostics sont clairs et que les conclusions sur la capacité de travail ont été motivées et clarifiées dans les compléments requis par l'intimée. Partant, il n'existe aucun motif de s'écarter des constatations des experts, aux termes desquelles l'assurée ne subissait plus aucune incapacité de travail du fait de la section du long extenseur du gros orteil droit survenue lors de l'accident du 31 octobre 1992. Il n'est d'ailleurs pas inutile de relever que le Dr K_____ est parvenu à la même conclusion dans le rapport établi par le COMAI, cette expertise ayant été écartée dans l'arrêt du 17 mai 2011 au motif que ses conclusions tenaient compte d'atteintes dont l'intimée ne répond pas. On relèvera d'ailleurs que les activités professionnelles de la recourante après l'accident corroborent les conclusions des experts H_____ et R_____. En effet, elle a été capable de reprendre son activité pour le compte

de la X_____ dans un premier temps et a même commencé à effectuer des nettoyages pour le compte de Z_____ en 1995, ce qui démontre que sa capacité de travail en lien avec la lésion subie en octobre 1992 s'étend à ce type d'activité. Si la recourante a bien plus tard affirmé aux experts de la clinique CORELA qu'elle déléguait en réalité les nettoyages à son époux, ce n'est pas ce qu'elle a indiqué à l'inspecteur de l'intimée en mai 1997. Or, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (ATF non publié 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a).

Les griefs de la recourante ne permettent pas de conclure à une autre appréciation. On ne peut en particulier pas la suivre lorsqu'elle affirme que la Cour de céans a considéré que l'expertise du Dr R_____ devait être écartée et que partant, l'adhésion du Dr H_____ aux conclusions de son confrère n'a aucune valeur. Si l'arrêt du 17 mai 2011 relevait certes que les indications des experts H_____ et R_____ n'étaient pas suffisamment motivées s'agissant de la capacité de travail liée à la lésion accidentelle, la Cour de céans n'a pas pour autant nié toute valeur probante à leurs expertises mais a simplement constaté que les experts devaient amener certaines précisions sur ce point, ce qui est désormais chose faite. Il est également inexact d'affirmer que le Dr H_____ s'est borné à reprendre les conclusions du Dr R_____ au motif qu'elles étaient plus récentes. D'une part, le Dr H_____ a exposé que la lésion accidentelle de la recourante n'était pas de nature à entraîner une incapacité de travail complète. D'autre part, il convient de souligner que ce médecin a examiné la recourante avant le 1^{er} janvier 1999, soit avant la date dès laquelle le droit à une rente est litigieux. Par conséquent, il est judicieux que le Dr H_____ se réfère aux constatations de son confrère, lesquelles sont postérieures à cette date et amènent un éclairage lui permettant de confirmer son estimation rétrospective de la capacité de travail. Enfin, une lecture attentive du rapport initial du Dr H_____ démontre que ce dernier n'avait alors en réalité pas évalué de manière exacte la capacité de travail – comme il le reconnaît d'ailleurs lui-même dans son complément d'expertise – mais qu'il s'était contenté de relever que l'incapacité de travail imputable à l'intervention du mois de janvier 1997 n'était pas due exclusivement mais seulement pour moitié aux suites de l'accident. Il n'a dès lors nullement reconnu une incapacité de travail de 50 % à la recourante, contrairement à ce que l'on pouvait comprendre. C'est au demeurant uniquement sur le fait que l'intervention de janvier 1997 et l'incapacité de travail qui en a résulté n'avaient pas pour unique cause la lésion accidentelle que le Dr R_____ a donné raison au Dr H_____ dans ses explications du 27 septembre 2012. Ses indications à ce propos sont parfaitement claires.

La recourante reproche également au Dr H_____ d'avoir fixé la capacité de travail de manière générale. L'art. 6 LPGA dispose qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'estimation de l'incapacité de travail consiste à déterminer l'incidence d'une atteinte donnée sur l'activité concrètement exercée et suppose une connaissance des répercussions de cette atteinte sur cette activité (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 3 ad art. 6). C'est précisément à une analyse de cet ordre que s'est livré le Dr H_____ en se prononçant sur les effets d'un dysfonctionnement de l'orteil avec les exigences d'une activité donnée, de sorte que le grief de la recourante tombe à faux.

La recourante semble par ailleurs mettre en doute le rapport du Dr R_____ au motif que ce dernier n'indiquerait pas les éléments du dossier dont il disposait. Or, cet expert a expressément signalé à l'intimée qu'il avait conservé l'intégralité du dossier dont il avait pu prendre connaissance à l'époque, de sorte que ce grief ne peut être retenu.

La recourante critique enfin le fait que l'intimée ne se soit fondée que sur le complément d'expertise du Dr H_____. On distingue cependant mal la pertinence de ce moyen. Il est vrai que la décision sujette à opposition reposait sur les précisions recueillies auprès de ce médecin uniquement. Cependant, dans la mesure où le Dr H_____ rejoint désormais le Dr R_____ et que les compléments d'expertise visaient précisément à élucider les divergences entre leurs rapports respectifs, il n'était pas indispensable de requérir un complément du Dr R_____, dont les conclusions ne sont au demeurant d'aucun secours pour la recourante.

Eu égard à ce qui précède, il n'existe pas de motif de s'écarter des conclusions convergentes des Drs H_____ et R_____, aux termes desquels la recourante ne présentait plus dès le 1^{er} janvier 1999 d'incapacité de travail en lien avec les lésions consécutives à son accident.

Celle-ci conclut à la mise en œuvre d'une expertise. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (KIESER, *op. cit.*, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124

V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). Compte tenu de la force probante des rapports des Drs H_____ et R_____, une telle mesure d'instruction s'avère superflue. On soulignera d'ailleurs que la Cour de céans n'a pas considéré que seule une nouvelle expertise serait à même d'éclaircir le droit aux prestations de la recourante. Cette dernière a d'ailleurs refusé l'examen complet que l'intimée se proposait de diligenter, de sorte qu'il est surprenant qu'elle allègue désormais que dans le cas d'espèce, des compléments d'expertise ne permettent pas d'éclaircir les points restés litigieux.

9. Eu égard à ce qui précède, les décisions de l'intimée doivent être confirmées en tant qu'elles mettent fin au droit de la recourante à des prestations dès le 1^{er} janvier 1999.

L'intimée conclut à des dépens. Or, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause n'ont pas droit à des dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid 4a). Dans la mesure où l'intimée n'est pas représentée et que le litige ne pose aucune difficulté particulière, aucune indemnité ne lui sera allouée à ce titre.

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

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le