

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1863/2025

ATAS/225/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mars 2026

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Florian GODBILLE, avocat

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1994, était apprentie assistante en pharmacie à la Pharmacie B_____SA et assurée à ce titre contre le risque accidents auprès de la VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
- b.** Le 20 juillet 2015, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation sur l'autoroute ayant entraîné plusieurs lésions touchant la tête, le cerveau, la région thoraco-abdominale, le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche.
- B.** **a.** L'assurée a séjourné aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 20 juillet au 6 novembre 2015, date de son retour à domicile.
- b.** Elle a subi de multiples interventions chirurgicales (pose d'un capteur de pression intracrânienne frontal droit et mise en place d'un fixateur externe Orthofix unico au membre inférieur gauche en urgence ainsi que d'un fixateur externe du bassin le 20 juillet 2015, enclouage du tibia gauche et ablation du fixateur externe de la jambe gauche le 28 juillet 2015, fixation du tiers moyen gauche de la face, ostéosynthèse de l'angle gauche de la mandibule par abord endo-buccal et du tiers moyen gauche par abord infra-sourcilier le 31 juillet 2015, ablation de dix vis de blocage maxillo-mandibulaire le 11 août 2015, ostéosynthèse du bassin par plaques et vis sacro-iliaques le 11 août 2015, suture des brèches vésicales en deux plans le 11 août 2015, embolisation de fistule carotido-caverneuse gauche le 17 août 2015, reconstruction du segment caverneux de l'artère carotide interne gauche par stent le 26 août 2015, résection exostose hétérotopique au genou droit par voie para-medial du tendon rotulien le 21 décembre 2015, AMO vis sacro-iliaque gauche le 11 mai 2016, dynamisation clou T2 du tibia gauche et allongement endoscopique du tendon gastrocnémien et percutané du tendon d'Achille le 11 mai 2016, augmentation maxillaire antérieure par greffe autologue et ablation de matériel d'ostéosynthèse le 20 décembre 2016, arthroscopie de genou gauche et AMO du clou T2 tibia gauche le 13 juin 2018, arthroscopie de l'épaule droite et ténodèse du long chef du biceps de l'épaule droite le 14 décembre 2018, ablation du matériel d'ostéosynthèse à l'exception de la plaque de bord inférieur mandibulaire gauche et avulsion des dents 18, 28, 38 et 48 le 2 septembre 2020).
- c.** Elle a également bénéficié de neuro-rééducation, de physiothérapie, de neuropsychologie et d'ergothérapie préprofessionnelle.
- d.** Le 24 octobre 2017, l'assurée a donné naissance à son premier enfant.
- e.** À la demande de l'assurance, le 22 octobre 2020, l'assurée a été examinée par Monsieur C_____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie et psychothérapie.

Dans un rapport du 20 janvier 2021, l'expert a retenu le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de troubles neuropsychologiques minimaux depuis le jour de l'examen, date à compter de laquelle l'état de santé de l'assurée était stabilisé. Du fait de la faible efficacité intellectuelle de l'assurée, présente de tout temps, on pouvait douter que l'activité d'assistante en pharmacie soit appropriée, indépendamment des conséquences de l'accident. Une activité manuelle simple, peu exigeante en termes intellectuels, était en revanche possible à plein temps. Les troubles neuropsychologiques imputables à l'accident étant minimaux, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité à retenir. L'expert préconisait un enregistrement de sommeil, car l'assurée se plaignait de fatigue et d'une hypersomnie, sans explication au bilan.

f. Le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a été mandaté par l'assurance pour effectuer une expertise orthopédique, laquelle a eu lieu le 23 mars 2021.

Dans un rapport du 21 juillet 2021, l'expert a considéré que les atteintes de l'épaule droite, de la sacro-iliaque gauche, de genou et de la jambe gauche étaient dues à l'accident. La situation était stabilisée depuis la fin de l'année 2019 ou au plus tard début 2020. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle d'assistante en pharmacie, mais entière dans une activité adaptée en position assise, sans port de charges supérieures à 5-10 kg de manière répétitive, sans travail en suspension et surtout au-dessus de l'horizontale du membre supérieur droit. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) en relation avec les séquelles du membre supérieur droit était fixée à 15%. Une IPAI ne se justifiait pas pour ce qui était du membre inférieur gauche, en l'absence de limitation fonctionnelle articulaire ou de trouble dégénératif significatif.

g. L'assurance a également confié une expertise au docteur E_____, spécialiste en neurologie, qui a examiné l'assurée le 30 mars 2021. Cette expertise a été complétée par un bilan polysomnographique effectué du 19 au 20 mai 2021, un test itératif de latence d'endormissement pratiqué le 20 mai 2021 et une actimétrie réalisée du 6 au 19 mai 2021, au Centre du sommeil de P_____.

Dans un rapport du 13 août 2021, l'expert a fait état d'un trouble sensitivo-moteur du membre supérieur droit séquentaire à une probable atteinte plexuelle brachiale, avec atteinte axillo-radiale prédominante ainsi qu'une atteinte périphérique du membre inférieur gauche intéressant le nerf sciatique. Les troubles présentés étaient en relation de causalité certaine avec l'accident. Il en allait de même des céphalées. Le bilan polysomnographique révélait une hypersomnie diurne, en relation de causalité probable avec les conséquences de l'événement accidentel. L'état actuel devait être considéré comme stabilisé.

La capacité de travail de l'assurée dans l'activité antérieure d'assistante en pharmacie n'était plus exigible, mais l'était à 40% dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles, en raison de l'hypersomnie et de la nécessité de faire des pauses/changements de position, depuis début 2019.

L'IPAI était fixée à 25% sur le plan neurologique (15% pour l'atteinte partielle des nerfs axillaire et radial droits chez une assurée droitrière et 10% pour l'atteinte partielle, essentiellement algique et sensitive du nerf sciatique). L'IPAI sur le plan neuropsychologique était de 20% en raison de l'hypersomnie diurne.

h. Par courrier du 27 septembre 2021, l'assurance a annoncé à l'assurée qu'elle mettait fin au paiement des frais de traitement et des indemnités journalières au 1^{er} septembre 2021, son état de santé étant considérée comme stabilisée.

C. a. Par décision du 18 octobre 2021, l'assurance a alloué à l'assurée une rente d'invalidité de 56% dès le 1^{er} septembre 2021 et une IPAI de 60%. Certains frais de traitement continuaient d'être pris en charge. La capacité de travail retenue était de 40% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. La rente mensuelle était de CHF 1'908.05.

b. Le 19 novembre 2021, l'assurée a fait opposition à cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 1^{er} septembre 2021, à une IPAI de 95% et à la prise en charge de certains traitements.

Elle a joint :

- un rapport du 6 septembre 2019 de Madame F_____, psychologue spécialisée en neuropsychologie et psychothérapeute ;
- un rapport du 19 avril 2021 du docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ;
- un rapport d'IRM cérébrale du 2 novembre 2021 ;
- un rapport du 4 novembre 2021 signé par les docteurs H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, I_____, médecin praticien, et Madame J_____, psychologue, ainsi qu'un rapport non daté ni signé complété par cette dernière et / ou le Dr H_____ ;
- un rapport du 5 novembre 2021 du docteur K_____, spécialiste en médecine interne générale ;
- un rapport du 8 novembre 2021 du docteur L_____, médecin chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG ;
- un rapport du 9 novembre 2021 du docteur M_____, spécialiste en neurologie ;
- un rapport du 16 novembre 2021 du docteur N_____, médecin adjoint au service précité des HUG.

c. Le 6 mars 2024, l'assurée a donné naissance à son deuxième enfant.

d. Par courrier du 3 décembre 2024, l'assurance a informé l'assurée qu'entre le 1^{er} septembre 2021 et le 30 novembre 2024, un montant de CHF 18'161.20 lui avait été versé en trop, compte tenu du rétroactif des rentes de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), qu'elle avait reçu pour la même période. La rente mensuelle était de CHF 1'603.10 dès le 1^{er} septembre 2021, CHF 1'670.45 dès le 1^{er} janvier 2023 et CHF 1'006.70 dès le 1^{er} mars 2024.

e. Par décision sur opposition du 9 avril 2025, l'assurance a confirmé le gain assuré (CHF 51'108.-), la capacité de travail de 40% dans une activité adaptée et une IPAI de 60% et modifié sa décision du 18 octobre 2021, en recalculant le montant de la rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2021, dans le sens de son courrier du 3 décembre 2024, compte tenu du versement des rentes d'invalidité AI. Par ailleurs, les frais médicaux qui lui avaient été soumis avaient été remboursés. La problématique de la prise en charge des frais de traitement ne semblait donc plus litigieuse. L'assurance restait disposée à examiner tous les frais qui lui seraient soumis et à rendre une décision formelle au cas par cas.

D. a. Le 26 mai 2025, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, soit d'une rente d'invalidité complémentaire mensuelle de CHF 4'653.- dès le 1^{er} septembre 2021, sous déduction des rentes versées par l'AI, à une IPAI de 95% et à la garantie de certains frais de traitement, subsidiairement, à l'ordonnance d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

b. Le 24 juin 2025, l'assurance a conclu au rejet du recours.

c. Le 23 juillet 2025, la recourante a répliqué, en confirmant ses conclusions et en les complétant, par une requête, à titre provisionnel, visant à ce que l'assurance reprenne sans délai le versement de la rente fixée dans sa « décision du 3 décembre 2023 », puis par décision sur opposition du 9 avril 2025 jusqu'à droit connu sur le sort de la cause et le droit à sa rente complémentaire, ainsi que d'arrêter toute compensation sur sa rente complémentaire avec le prétendu trop versé entre le 1^{er} septembre 2021 et le 30 novembre 2024, subsidiairement, à ce qu'il soit dit qu'elle n'a pas à rembourser tout éventuel montant versé en trop par l'assurance entre le 1^{er} septembre 2021 jusqu'au 30 septembre 2024.

d. Le 6 août 2025, le dossier de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a été versé à la procédure.

Il comprend en particulier :

- une communication du 20 février 2018 par laquelle l'OAI prenait en charge les frais d'une mesure d'orientation professionnelle auprès du secteur Jeunes des EPI, du 12 mars au 10 juin 2018 à 50% ;
- une communication du 4 juin 2018 par laquelle l'OAI prenait en charge les coûts supplémentaires de la formation professionnelle initiale sous la forme

d'une préformation en entreprise auprès des EPI en tant qu'assistante médicale, du 11 juin au 9 décembre 2018, à 50% dans un premier temps, à augmenter progressivement dans la mesure du possible ;

- une communication du 28 septembre 2018 par laquelle l'OAI interrompait la mesure précitée au 13 septembre 2018 en raison de l'arrêt de travail de l'assurée ;
- un rapport du Dr H_____ du 18 mai 2019, posant le diagnostic de troubles dépressifs récurrents d'intensité variable (F33.0/F33.11/F33.2) dans un contexte de modification traumatique de la personnalité (F62) depuis l'accident et attestant d'une capacité de travail nulle dans toute activité, et ajoutant que l'évolution était stationnaire depuis le 19 mars 2019, date du début de la prise en charge ;
- un rapport d'expertise du 18 juin 2020 établi à la demande de l'OAI par le docteur O_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenant, après avoir examiné l'assurée le 5 février 2020, le diagnostic incapacitant de personnalité dépendante / immature (F60.8) et celui non-incapacitant de trouble dépressif de gravité subclinique à légère (F32.0) ;
- un rapport du Centre du sommeil de P_____ du 13 juillet 2021 ;
- un avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 22 septembre 2021, considérant que l'activité habituelle d'assistante en pharmacie / assistante médicale n'était plus exigible depuis l'accident, mais que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée était de 50% avec une baisse de rendement de 10% depuis le 1^{er} janvier 2019 ;
- la décision de l'OAI du 9 juin 2022, mettant l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 2016, le degré d'invalidité était fixé à 77% à compter du 1^{er} avril 2019, résultant de la comparaison du revenu sans invalidité de CHF 56'990.- et celui avec invalidité de CHF 13'253.- ;
- une note « Détermination du degré d'invalidité - part active » établie par la division réadaptation professionnelle de l'OAI le 25 mars 2021, dont il ressortait que les revenus sans et avec invalidité étaient basées sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), plus particulièrement s'agissant du premier revenu, il était fait référence à l'ESS 2018, tableau TA1_skill_level (privé), pour une femme, exerçant dans le domaine correspondant à la ligne 47 (assimilée au commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spécialisé selon NOGA 8, de niveau 2 (qualifié), et pour le second revenu il était tenu compte d'une réduction supplémentaire de 20% en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée et de sa capacité de travail partielle.

e. Le 8 août 2025, l'assurance a indiqué que son courrier du 3 décembre 2024 était informatif sur le principe de la compensation prévue dès le 1^{er} décembre 2024 et n'était pas une décision formelle. Dès le 1^{er} décembre 2024, le versement de la rente d'invalidité avait été suspendu et ce n'était que sept mois plus tard que la recourante le contestait. Si elle n'était pas d'accord avec le principe de la compensation, elle pouvait requérir une décision formelle sujette à opposition.

f. Le 19 août 2025, l'assurance a confirmé ses conclusions.

g. Le 25 août 2025, la recourante a rappelé qu'elle s'était opposée à la compensation d'un arriéré et que celle-ci n'ayant pas été confirmée sur opposition, elle était infondée.

h. Le 28 août 2025, la recourante a observé que le gain assuré devait se fonder sur l'ESS, à l'instar de ce qu'avait fait l'OAI. La décision du 9 juin 2022 de l'OAI avait été notifiée à l'intimée, de sorte qu'elle disposait, depuis juin 2022, de toutes les informations utiles pour réaliser un calcul de rente complémentaire. La demande de restitution était donc tardive.

i. À la demande de la chambre de céans, l'intimée a précisé le 17 septembre 2025, le calcul de la compensation du montant de CHF 18'161.20.

j. Par arrêt incident du 30 septembre 2025 (ATAS/726/2025), la chambre de céans a déclaré la demande de mesures provisionnelles irrecevable et l'a transmise à l'intimée comme objet de sa compétence.

La décision litigieuse ne statuait pas sur la compensation du montant de CHF 18'161.20 avec les rentes d'invalidité en cours, de sorte que cette question ne faisait pas partie du présent litige. L'annonce de la compensation par courrier de l'intimé du 3 décembre 2024 n'avait pas fait l'objet d'une contestation de la recourante antérieurement à la décision litigieuse. Ce courrier n'était pas qualifié de décision et ne comportait pas l'indication des voies de droit. Portant sur une injonction qui pourrait être qualifiée d'importante, l'annonce de la compensation pourrait devoir faire l'objet d'une décision formelle, de sorte que la procédure simplifiée utilisée par l'intimée l'aurait été à tort. La suppression, par compensation, du versement de la rente d'invalidité de la recourante, qui lui était régulièrement versée était d'un montant qui n'était pas négligeable. Dans cette hypothèse, la recourante pouvait requérir une décision formelle dans un délai d'un an. La compensation avait été contestée par la recourante par écriture du 23 juillet 2025, soit sept mois après avoir été effectuée. Ce délai étant inférieur à celui d'un an précité, l'intimée devait examiner si une décision formelle sur la question de la compensation devait être rendue.

En tant que la requête de mesures provisionnelles comprenait une demande de reprise immédiate du versement de la rente d'invalidité, il incomberait à l'intimée de se prononcer sur cette question, soit en rendant rapidement une décision formelle qui devrait se prononcer également sur le retrait ou non de l'effet suspensif, soit en statuant sur mesures provisionnelles.

k. Le 17 novembre 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. À l'issue de celle-ci, un délai a été imparti à l'intimée pour se prononcer sur un éventuel abatement sur le revenu d'invalidé, ainsi que sur le revenu sans invalidité, en particulier les motifs permettant de s'écarter de celui retenu par l'AI.

l. Le 27 novembre 2025, l'intimée s'est déterminée sur ces questions.

m. Le 19 janvier 2026, la recourante a formulé ses observations finales.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

1.2 À 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. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 LPGA en lien avec les art. 38 al. 3 et 4 let. a LPGA ; art. 62 al. 1 let. a et 89C let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, sur le gain assuré déterminant pour le calcul du montant de la rente LAA, ainsi que sur le taux de l'IPAI.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3.2 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et

involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

3.3 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).

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 ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

3.4 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler

qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.5 Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence.

Selon l'art. 15 al. 2 LAA, est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

Selon l'art. 15 al. 3, 3^e phrase LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, notamment : lorsque l'assuré ne gagne pas, ou pas encore, le salaire usuel dans sa profession (let. c).

Selon l'art. 20 al. 2 LAA, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée ; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle. La rente complémentaire est fixée lorsque les prestations mentionnées sont en concours pour la première fois et n'est adaptée que lorsqu'il y a modification des parts de rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants accordées pour les membres de la famille.

Selon l'art. 24 al. 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

Selon l'art. 24 al. 3 OLAA, si l'assuré suivait des cours de formation le jour de l'accident et touchait de ce fait un salaire inférieur au plein salaire de la même catégorie professionnelle, le gain assuré est déterminé, à partir du moment où il aurait terminé sa formation, d'après le plein salaire qu'il aurait reçu pendant l'année qui précède l'accident.

Ce « plein salaire » se détermine d'après les conditions salariales en vigueur, un an avant l'accident, dans l'entreprise pour laquelle l'apprenti travaille, indépendamment d'un éventuel changement d'emploi une fois l'apprentissage achevé (ATF 108 V 265 consid. 2c).

L'art. 24 al. 3 OLAA peut être combinée avec l'art. 24 al. 2 OLAA (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire [avec des aspects de l'assurance militaire] in SBVR *Soziale Sicherheit*, 2016, n. 187 et la référence).

3.6 Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

3.7 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{re} phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^e phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de

l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références).

Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{re} phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^e phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{re} phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U. 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI / Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in *SUVA Medical* 2012, p. 202).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3).

Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de

celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il est équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et - cumulativement - l'importance quantifiable. Le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible, au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA, doit être fixé sur la base de constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.3 et les références).

3.8 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

4.

4.1 En l'espèce, sur le plan médical, l'intimée, en se fondant sur le rapport d'expertise neuropsychologique du 20 janvier 2021, le rapport d'expertise orthopédique du 21 juillet 2021 et le rapport d'expertise neurologique du 13 août 2021, admet que la capacité de travail de la recourante est nulle dans l'activité habituelle d'assistance en pharmacie depuis l'accident du 20 juillet 2015, mais estime que celle-ci est apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au taux de 40% au-delà du 31 août 2021, date de la stabilisation de son état de santé.

La recourante ne remet pas en cause le moment de la stabilisation de son état de santé. En revanche, en s'appuyant sur les rapports de ses médecins traitants produits à l'appui de son opposition, elle considère que sa capacité de travail est nulle dans toute activité.

4.1.1 Sur le plan orthopédique, le rapport d'expertise du 21 juillet 2021 est basé sur l'anamnèse, le résumé des pièces médicales au dossier, y compris des rapports d'imagerie ainsi que d'un bilan radiologique effectué le jour de l'expertise le 23 mars 2021 (p. 1-17, 23-25), sur les indications subjectives de la recourante (p. 17-18), sur des observations cliniques (p. 19-23), et sur l'appréciation du cas qui est bien motivée (p. 27-34). Ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En particulier, l'expert a rappelé les diagnostics retenus à la suite de l'accident, à savoir, au niveau thoraco-abdominal, une contusion pulmonaire, un pneumothorax gauche, une fracture du pôle supérieur du rein gauche, une rupture vésicale, une contusion splénique, un hématome surrénalien droit millimétrique et une petite hémorragie gonadique gauche avec aménorrhée secondaire ; au niveau crânien, un TCC (traumatisme crânio-cérébral) avec lésion axonale diffuse, une fracture de Lefort III à droite et II à gauche, une fracture de la mandibulaire gauche, une fracture orbito-zygomatique gauche, une avulsion des dents 11, 12, 21, 22, 23 et 25 et une plaie commissurale labiale gauche avec lacération de la muqueuse jugale ; et au niveau orthopédique, une fracture tripartite du tibia gauche + péroné, une fracture instable de l'anneau pelvien de type B, une fracture des apophyses transverses droites de L1, L2 et L3, une fracture antérieure des côtes gauches 7 et 8 et une probable atteinte du plexus brachial droit.

La recourante avait également présenté une pneumonie d'aspiration *Enterobacter cloaqué* et MSSA le 20 juillet 2015, une thrombose de la veine iliaque gauche le 22 juillet 2015 anticoagulée jusqu'au 20 août 2015, une fistule carotido-caverneuse gauche traitée par embolisation le 17 août 2015 et reconstruction du segment caverneux de l'artère carotide interne gauche par stent le 26 août 2015, une infection urinaire récidivante à *Escherichia coli* traitée par antibiothérapie du 7 au 17 octobre 2015, un status après ostéosynthèse des fractures de Lefort et de l'articulation mandibulaire gauche le 31 juillet 2015 avec AMO partielle des vis le 11 août 2015, un status après reprise pour augmentation maxillaire antérieure par greffe autologue et ablation du reste du matériel d'ostéosynthèse le 20 décembre 2016, un status après pose d'un fixateur externe de la jambe gauche le 20 juillet 2015, repris pour enclouage centro-médullaire le 28 juillet 2015, un status après ostéosynthèse d'une fracture instable de l'anneau pelvien le 11 août 2015, un status après résection d'une exostose hétérotopique du genou droit, vraisemblablement sur irritation du clou centro-médullaire par voie paramédiane le 21 décembre 2015, un status après AMO d'une vis sacro-iliaque, dynamisation du clou tibia gauche et allongement endoscopique du tendon gastrocnémien ainsi que percutané du tendon d'Achille le 11 mai 2016, un status après thrombose de

la veine iliaque gauche le 22 juillet 2015 anticoagulée jusqu'au 20 août 2015, un status après fistule carotido-caverneuse gauche traitée par embolisation le 17 août 2015 et reconstruction du segment caverneux de l'artère carotide interne gauche par stent le 26 août 2015, un status après arthroscopie du genou et AMO du clou tibial gauche le 13 juin 2018, un status post-ténodèse du LCB de l'épaule droite le 14 décembre 2018, une capsulite rétractile de l'épaule droite et hypodysesthésie de la face externe du bras droit, secondaire à des lésions du plexus brachial et surtout du nerf axillaire, une hypodysesthésie de la face latérale de la cuisse et de la jambe gauche sur probable désafférentation post-traumatique et allodynie, des troubles de la coordination rapide perdurante du membre supérieur droit liés aux séquelles neurologiques centrales et périphériques, des troubles de la concentration et céphalées sur probables petites atteintes neuropsychologiques perdurantes post-TCC, des douleurs modérées perdurantes en position assise et debout prolongée sur séquelles cicatricielles post-fracture du bassin, et des troubles sphinctériens et miction fréquente sur petite capacité vésicale post-cicatrisation après éclatement vésical (p. 25-27).

L'expert a relevé que sur le plan orthopédique, il existait des handicaps importants persistants. Il perdurait une limitation fonctionnelle de l'épaule droite, essentiellement au-dessus de l'horizontale, un certain raccourcissement de la chaîne postérieure au niveau des gastrocnémiens ddc sans toutefois induire un mauvais déroulement du pas, des séquelles au niveau du point d'introduction du clou fémoral au genou gauche avec des cicatrices douloureuses empêchant la recourante de s'agenouiller et une atteinte dégénérative graisseuse du solaire à sa partie distale, ainsi que des douleurs séquellaires de la sacro-iliaque gauche avec petit défaut de rotation de l'aile iliaque (p. 27).

Toutes ces lésions étaient la conséquence de l'accident (p. 28).

Sur le plan professionnel, une activité essentiellement debout n'était plus exigible. Raison pour laquelle l'ancienne activité d'assistante en pharmacie était inadaptée. Un travail sollicitant fortement le membre supérieur droit et / ou au-dessus de l'horizontale ne pouvait pas être envisagé. Cependant, dans une activité essentiellement en position assise, sans déplacements trop fréquents sur des sols irréguliers, sans port de charges supérieures à 5-10 kg de manière répétitive, sans travail en suspension et au-dessus de l'horizontale du membre supérieur droit, la capacité de travail de la recourante était entière sans baisse de rendement (pp. 28, 33).

4.1.2 Sur le plan neuropsychologique, le rapport d'expertise du 20 janvier 2021 se fonde sur l'anamnèse, les pièces médicales en relation avec la psychothérapie et les imageries cérébrales (pp. 1-3), sur les plaintes de la recourante (p. 3), sur l'examen évaluant les praxies, les fonctions exécutives, l'attention, la mémoire et un test composite d'efficacité intellectuelle (pp. 1, 4-6), et sur l'appréciation motivée du cas (pp. 6-11).

L'expert a indiqué que la recourante n'avait aucune plainte cognitive (p. 6). Il a mis en évidence de légères difficultés exécutives, un ralentissement attentionnel limité à deux tâches visuo-graphiques, et des difficultés dans une tâche informatisée d'attention soutenue. Il a retenu le diagnostic non-incapacitant de troubles neuropsychologiques minimaux depuis le jour de l'examen le 22 octobre 2020, en lien de causalité certaine avec l'accident (pp. 1, 8-9). La recourante présentait également une efficacité intellectuelle potentiellement assez faible, présente de tout temps, qui ne constituait pas *stricto sensu* une conséquence de l'accident (pp. 7, 10).

Cela étant, du fait de cette faible efficacité, sa capacité de travail était limitée à une activité manuelle simple, peu exigeante en termes intellectuels. Dans une telle activité, sa capacité était entière (pp. 7, 10).

En ce qui concernait la fatigue intense alléguée, l'expert préconisait la réalisation d'un enregistrement du sommeil (p. 7).

4.1.3 Sur le plan neurologique, le rapport d'expertise du 13 août 2021 est basé sur l'anamnèse, les pièces au dossier, y compris le résultat des imageries, le rapport d'expertise neuropsychologique du 20 janvier 2021, le rapport d'expertise orthopédique du 21 juillet 2021, le rapport du bilan polysomnographique du 28 mai 2021 (pp. 1-54, 56, 59-60, 75-82), les plaintes de la recourante (pp. 54-55), l'examen neurologique et de l'EEG (p. 57-58, 74) et l'appréciation du cas (pp. 61-73).

En particulier, l'expert a indiqué que le bilan neurologique ne révélait plus de difficultés significatives à la station debout et aux différentes épreuves de marche. La nuque était de bonne mobilité, sans douleurs. Au niveau des paires crâniennes, il existait une hypoesthésie faciale gauche et une anesthésie mandibulaire. L'acuité et les champs visuels étaient préservés. La recourante présentait une parésie proximale du membre supérieur droit, sans altération significative de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux et de la force brute, hormis l'élévation du bras. Elle présentait également une hypotrophie du mollet gauche, une aréflexie achilléenne gauche et une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant surtout la face externe de la jambe et le dos du pied, y compris la plante du pied où il existait une hyperpathie. La force brute était intacte.

En résumé, l'examen neurologique mettait en évidence un trouble sensitivo-moteur du membre supérieur droit séquellaire à une probable atteinte plexuelle brachiale, avec atteinte axillo-radiale prédominante ainsi qu'une atteinte périphérique du membre inférieur gauche intéressant le nerf sciatique (branches fibulaire et tibiale ; p. 63).

Les troubles présentés étaient en relation de causalité certaine avec l'accident (pp. 63, 68).

Le bilan au Centre du sommeil de P_____ avait objectivé une hypersomnie diurne. En l'absence d'éléments anamnestiques évoquant un trouble veille-

sommeil préexistant à l'événement accidentel, et compte tenu de la gravité des lésions cérébrales initiales, l'expert neurologue a conclu que cette hypersomnie devait être considérée comme en relation de causalité probable avec l'accident (pp. 64, 66-68).

L'expert a estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité antérieure d'assistante en pharmacie (pp. 66, 70). En revanche, sa capacité de travail était de 40% dans une activité adaptée sédentaire / semi-sédentaire sans nécessité d'une station debout prolongée, de déplacements sur des surfaces irrégulières, de monter ou descendre régulièrement des escaliers et / ou des pentes, sans engagement de force et répétitif du membre supérieur droit, sans utilisation du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, sans port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive, depuis début 2019. Le taux d'activité de 40% tenait compte de l'hypersomnie et des limitations fonctionnelles (pp. 64-66, 70-71).

Cela étant, dans un rapport du 13 juillet 2021 adressé au SMR, à la demande de ce dernier (dossier OAI pp. 1527-1528) - qui n'a fait l'objet d'aucune analyse dans le dernier avis du SMR du 22 septembre 2021 (dossier OAI pp. 1607-1608) -, les médecins du Centre du sommeil de P_____, où la recourante avait été examinée dans le cadre de l'expertise neurologique, ont précisé que celle-ci présentait une somnolence diurne sévère et pathologique entraînant une capacité de travail nulle dans toute activité, tout en ajoutant que le pronostic et la capacité de travail dans une activité adaptée dépendaient de la réponse au traitement spécialisé à instaurer.

Il convient dès lors de se distancier de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expert neurologue (sans que cette expertise ne perde sa valeur probante pour les autres aspects, dont le lien de causalité et l'IPAI [voir *infra*]) et de suivre l'appréciation des médecins spécialistes du Centre du sommeil de P_____, ce d'autant que l'expert neurologue admet la causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, de la somnolence diurne avec l'accident, telle qu'établie par le rapport de bilan polysomnographique et qu'il n'a pas eu connaissance du rapport subséquent du Centre du sommeil du 13 juillet 2021 précisant l'impact de l'atteinte de la recourante sur sa capacité de travail. Ainsi, en l'état, en l'absence d'un examen de la réponse au traitement spécialisé (pris en charge par l'intimée selon la décision du 18 octobre 2021 [cf. *infra* consid. 4.5]), dont on ignore de surcroît s'il a débuté, il y a lieu de retenir que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité, dès le 1^{er} septembre 2021, date de la stabilisation de son état de santé, en raison de sa somnolence diurne excessive et pathologique.

4.2 En conséquence, l'incapacité de travail totale dans toute activité conduit à une perte de gain entière, justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, à compter du 1^{er} septembre 2021.

Au vu de ce qui précède, il est superflu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

4.3 En ce qui concerne le montant à prendre en compte au titre du gain assuré pour fixer la rente LAA de la recourante, qui était apprentie assistante en pharmacie lorsqu'elle a été accidentée, l'intimée s'est fondée sur la Convention collective de travail (CCT) de la pharmacie du canton de Genève - personnel de bureau, exploitation, vente -, pour calculer le salaire annuel hypothétique que la recourante aurait pu toucher après la fin de sa formation d'assistante en pharmacie (cf. art. 24 al. 3 OLAA).

La recourante, de son côté, fait valoir qu'il y a lieu de se baser sur les ESS, comme l'a fait l'OAI dans sa décision d'octroi de rente du 9 juin 2022, pour déterminer son gain assuré.

Or, l'OAI s'est appuyé sur les ESS pour établir le revenu sans et avec invalidité de la recourante et fixer ainsi son degré d'invalidité et non pas pour le calcul du montant de la rente d'invalidité allouée.

Au demeurant, les revenus spécifiques à la branche sont représentés dans une CCT de manière plus précise que dans l'ESS (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 du 29 mai 2024 consid. 4.1.3 et les références citées).

C'est par ailleurs le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, le gain assuré au sens de l'art. 24 al. 3 OLAA doit être calculé d'après les conditions salariales en vigueur, un an avant l'accident, dans l'entreprise pour laquelle l'apprenti travaille (ATF 108 V 265 consid. 2c). Selon l'art. 1 de la CCT de la pharmacie du canton de Genève - personnel de bureau, exploitation, vente -, cette CCT régit les conditions de travail de tout le personnel occupé dans les pharmacies d'officine sises sur le territoire du canton de Genève, à l'exclusion des gérants, des pharmaciens-adjoints, des assistants-pharmaciens, des préparateurs en pharmacie. En tant que la recourante était, avant l'accident, apprentie dans une pharmacie sise dans le canton de Genève dans le secteur de la vente selon la déclaration d'accident du 5 août 2015, son employeur était soumis à cette convention.

Ainsi, l'intimée, en appliquant cette CCT, a calculé le gain assuré de la recourante d'après le salaire réalisable dans l'entreprise formatrice, conformément à la jurisprudence précitée.

4.4 Rester à déterminer si la recourante peut prétendre une IPAI de 95% contre 60% retenue par l'intimée.

4.4.1 Sur le plan neuropsychologique, dans son rapport du 20 janvier 2021, l'expert a relevé que la recourante n'avait aucune plainte cognitive (p. 6) et il a considéré que les troubles neuropsychologiques imputables à l'accident étant minimaux au jour de l'examen (p. 7-8, 10 ; consid. 4.1.2 *supra*), il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité à retenir (p. 10).

Il convient d'examiner si les avis des médecins traitants sont de nature à jeter le discrédit sur les conclusions de l'expert neuropsychologue.

Dans un rapport du 19 avril 2021, le Dr G_____, psychiatre traitant, se borne à indiquer que la capacité de travail de la recourante est nulle sur le plan psychique, sans se déterminer sur une éventuelle IPAI.

Dans un rapport du 4 novembre 2021 signé par les Drs H____ (psychiatre), I____ (médecin praticien) et J____ (psychologue), ces derniers ne remettent pas en cause l'appréciation de l'expert neuropsychologue portant sur l'absence d'IPAI. Ils considèrent seulement que l'IRM cérébrale du 2 novembre 2021 confirme la présence d'atteintes à l'origine des troubles neuropsychologiques légers à moyens de la recourante, entraînant une incapacité de travail de 25%. La chambre de céans constate à cet égard que cette IRM conclut à des images sans modification par rapport à celles des IRM cérébrales comparatives de mars 2018 et mars 2019, qui figurent déjà au dossier (dossier intimée documents n° 371 et n° 568 p. 33). En d'autres termes, l'IRM cérébrale du 2 novembre 2021 ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs nouveaux. Ensuite, dans un rapport non daté et non signé joint à l'opposition du 19 novembre 2021, la psychologue et/ou le Dr H____ (document n° 578 pp. 30-31, 34) se borne(nt) à indiquer que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte l'intégrité en raison de ses atteintes cognitives, sans en fixer le taux et sans fournir la moindre explication qui justifierait de s'écarter de l'appréciation de l'expert neuropsychologue qui concluait que les troubles neuropsychologiques minimaux de la recourante liés à l'accident ne donnaient pas droit à une IPAI. Or, tant le caractère important (qui est nié en l'occurrence) que durable de l'atteinte à l'intégrité doit être établi pour prétendre à une IPAI.

Dans un rapport du 6 septembre 2019, antérieur aux expertises, F_____, neuropsychologue, ne se prononce pas non plus sur une éventuelle IPAI.

4.4.2 Sur le plan neurologique, dans son rapport du 13 août 2021, l'expert neurologue, en s'appuyant sur les tables 1 et 2 de la SUVA relatifs à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, respectivement des membres inférieurs, a évalué l'atteinte partielle des nerfs axillaire et radial droits à 15%, et l'atteinte partielle, essentiellement algique et sensitive du nerf sciatique (branches fibulaire et fémorale) à 10%. En appliquant par analogie la table 8 de la SUVA relatif à l'atteinte à l'intégrité en cas de troubles de la fonction cérébrale après une lésion cérébrale, il a fixé l'atteinte à l'intégrité résultant de l'hypersomnie diurne à 20% (p. 72).

Or, invité par le conseil de la recourante à se prononcer sur le taux d'IPAI retenu par les experts, dans un rapport du 9 novembre 2021, le neurologue traitant s'est contenté de répondre que l'état de santé de sa patiente était stabilisé, sans remettre en question le taux de l'IPAI arrêté par l'expert neurologue.

4.4.3 Sur le plan orthopédique, dans son rapport du 21 juillet 2021, l'expert orthopédiste a, en se référant à la table 1 précitée de la SUVA, retenu que l'atteinte à l'intégrité résultant de la mobilité limitée à l'horizontale du membre supérieur droit était de 15%. Il a ajouté que l'on ne pouvait pas s'attendre de façon probable, dans un futur plus ou moins éloigné, à une augmentation significative de l'importance de cette atteinte. En ce qui concernait le membre inférieur gauche, en l'absence d'une limitation fonctionnelle articulaire ou de trouble dégénératif significatif, une IPAI était exclue (p. 34).

Il convient d'examiner si les rapports des médecins traitants sont susceptibles de conduire à une appréciation différente.

Dans un rapport du 9 novembre 2021, l'orthopédiste traitant, spécialiste de la chirurgie de l'épaule, ne conteste pas le taux de 15% retenu par l'expert, en précisant que ce taux correspondait bien à la situation de la recourante selon la table 1 de la SUVA, mais qu'il ne tenait pas compte des douleurs engendrées par la mobilisation. Or, l'expert a fait état des douleurs au niveau de l'épaule droite de la recourante (p. 18). Autrement dit, le médecin traitant n'a pas mis en exergue un élément médical qui aurait été ignoré par l'expert, étant rappelé que la table 1 de la SUVA porte sur le taux de l'atteinte à l'intégrité résultant des troubles « fonctionnels » des membres supérieurs.

Dans un rapport du 16 novembre 2021, le Dr N_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur aux HUG, a indiqué que le taux de l'IPAI de 15% fixé par l'expert orthopédiste lui semblait adéquat. Il a ajouté qu'il lui était impossible de se prononcer sur des éventuelles aggravations de l'atteinte, telle qu'une possible arthrose.

Il y a donc lieu de nier le caractère prévisible d'une aggravation (à ce stade).

4.4.4 Enfin, dans un rapport du 5 novembre 2021, le médecin traitant généraliste a rappelé les atteintes à la santé de la recourante consécutives à l'accident, soit des éléments qui étaient déjà connus des experts, sans retenir un taux de l'IPAI qui serait supérieur à celui arrêté par les experts.

4.4.5 Force est de constater que la recourante, en invoquant un taux de l'IPAI de 95%, se limite à substituer sa propre évaluation à celle des experts. Or, aucun avis médical au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation des experts à ce sujet.

Aussi le taux de l'IPAI arrêté à 60 % par l'intimée sera-t-il confirmé.

4.5 À toutes fins utiles, en ce qui concerne les frais médicaux après la fixation de la rente (art. 21 LAA), dans sa décision du 18 octobre 2021, l'intimée a statué que les traitements suivants resteraient à sa charge en vertu de l'art. 21 al. 1 let. c LAA : médicament Trittico, une séance de physiothérapie par semaine, Relpax 40 en réserve, Tramal en réserve, suivi par un Centre du sommeil, stimulateur de l'éveil (par exemple : Ritaline, Modasomil, etc.), suivi par un neurologue, séances

de psychothérapie, en ajoutant que les frais de traitement conformes à l'art. 21 al. 1 LAA restaient garantis. Sur opposition, par décision du 9 avril 2025, dont est recours, l'intimée a indiqué que les frais qui lui avaient été soumis avaient été remboursés et qu'elle restait disposée à examiner tous les frais qui lui seraient soumis et à rendre une décision formelle au cas par cas. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties le 17 novembre 2025, la recourante a confirmé que la prise en charge des traitements n'était plus litigieuse, sous réserve de l'injection dont elle avait parfois besoin pour les migraines. Après quoi, la représentante de l'intimée a affirmé que cette dernière devait prendre en charge cette injection (procès-verbal du 17 novembre 2025 p. 3). Ainsi, la chambre de céans donnera acte à l'intimée de son accord à la prise en charge de l'injection pour les migraines de la recourante.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 100% dès le 1^{er} septembre 2021. La cause sera renvoyée à l'intimée pour le calcul du montant de la rente complémentaire LAA due à la recourante à compter de cette date. Il sera donné acte à l'intimée de son accord à la prise en charge de l'injection pour les migraines.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, et représentée par un avocat, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), même si elle n'a pas conclu à l'octroi de dépens. L'indemnité est en effet octroyée d'office, l'art. 89H al. 3 LPA - à teneur duquel une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause - n'exigeant pas de requête de l'assuré (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 1098). L'indemnité sera fixée en l'espèce à CHF 3'500.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision sur opposition du 9 avril 2025, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 100% dès le 1^{er} septembre 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour le calcul du montant de la rente complémentaire LAA due à la recourante à compter de cette date.
5. Donne acte à l'intimée de son accord à la prise en charge de l'injection pour les migraines de la recourante.
6. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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