
EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, était apprentie coiffeuse à l'ECOLE DE COIFFURE B_____ à partir du 1^{er} avril 1984. À ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par la SUISSE ASSURANCE (ci-après : la SUISSE). Elle était également au bénéfice d'une assurance-accidents collective complémentaire auprès de ce même établissement. Elle a obtenu un CFC de coiffure le 31 août 1984.
2. Le 6 août 1984, pendant ses vacances, elle a été victime d'un accident de la circulation dans la région de Saint-Tropez. Elle était passagère avant d'une automobile qui a terminé sa course contre un arbre, à la suite de la perte de maîtrise de son conducteur. Au cours de cet accident, elle a notamment subi une section de l'extenseur propre du cinquième doigt de la main gauche, une fracture bimalléolaire gauche et une fracture multifragmentaire du pilon tibial gauche ostéosynthésées avec greffe. A son retour en Suisse à mi-août 1984, une reprise chirurgicale a été nécessaire avec nouvelle ostéosynthèse, greffe spongieuse et chirurgie plastique en raison d'une nécrose cutanée.
3. Le 1^{er} septembre 1985, l'assurée a été engagée par la Banque J_____ (ci-après : J_____) pour un salaire annuel brut de CHF 31'590.- incluant un 13^e salaire.
4. Le 28 février 1986, elle a subi l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi qu'une toilette articulaire et un allongement de l'extenseur propre du gros orteil rétracté à la suite de l'accident.
5. En raison d'une déhiscence de la cicatrice malléolaire interne, le 22 septembre 1986, elle a subi une greffe cutanée qui a entraîné une incapacité de travail totale du 22 septembre au 20 octobre 1986 et le traitement a pris fin le 19 janvier 1987.
6. Lors de sa consultation du 9 juin 1987, le docteur C_____, chirurgien-orthopédiste, a constaté un blocage de la sous-astragalienne en position neutre. Dans son rapport du 6 avril 1988, il a indiqué que les radiographies révélaient une importante arthrose post-traumatique avec destruction de la partie antérieure du pilon. Il a considéré que devant la dégradation du status clinique et radiologique, il faudrait envisager une arthrodèse de la cheville.
7. Le 1^{er} novembre 1988, l'assurée a été engagée en tant que secrétaire par D_____ SA pour un salaire mensuel de CHF 3'000.-, avant d'être licenciée avec effet au 9 mars 1989.
8. Dans un rapport d'expertise du 19 décembre 1990 requis par la SUISSE, le docteur E_____, chirurgien, a considéré qu'en tant que coiffeuse, l'invalidité économique (recte : incapacité de travail) aurait été de 66.6% si l'assurée n'avait pas changé de profession, eu égard à son impossibilité à faire des stations debout prolongées. Il a conclu à l'absence d'invalidité (recte : incapacité de travail) dans

ses nouvelles activités. Il a réservé la possibilité d'une future arthrodèse dont on ne pouvait pas prévoir à l'avance le résultat sur le plan économique.

9. Par décision du 11 février 1991, la SUISSE a alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%, soit un montant de CHF 17'400.-, calculé selon un salaire assuré de CHF 69'600.-. Elle a également conclu à l'absence d'une invalidité économique et a néanmoins réservé cette question en fonction de la future arthrodèse.
10. Du 15 septembre 1994 au 31 décembre 1999, l'assurée a travaillé comme employée pour la F_____ selon le certificat de travail de celle-ci du 10 janvier 2000.
11. Dans un rapport du 23 octobre 2000, le docteur G_____, chirurgien-orthopédiste, a indiqué que le traitement n'était pas encore terminé et qu'il consistait de façon prévisible en une arthrodèse de la partie supérieure de la cheville gauche ou en la pose d'une prothèse de cette articulation.
12. Dans un rapport du 10 avril 2001, le docteur H_____, chef de la clinique orthopédique universitaire de l'Hôpital de Bâle, a exposé que l'assurée allait subir, le 11 mai 2001, la mise en place d'une prothèse totale de la cheville. Il a précisé qu'il s'agissait d'une rechute.
13. Le 1^{er} mai 2001, le Dr C_____ a attesté que l'important status douloureux et le handicap fonctionnel justifiaient une arthroplastie par prothèse totale de la cheville par le Dr H_____, lequel possédait une nouvelle prothèse pas encore commercialisée.
14. Le 11 mai 2001, l'assurée a été opérée.
15. Dans un courrier du 8 juin 2001, la SUISSE a informé l'assurée que, concernant la rechute actuelle, elle lui verserait une indemnité journalière sur la base de l'indemnité de la caisse de chômage, à savoir CHF 148.70 par jour ouvrable, ce qui correspondait à une indemnité journalière à sa charge de CHF 106.21.
16. Dans un rapport du 7 août 2001, le Dr C_____ a attesté une incapacité de travail entière du 11 mai au 1^{er} août 2001 et de 75% dès le 2 août 2001.
17. Le 18 octobre 2001, un inspecteur de la SUISSE a procédé à une enquête au sujet de la formation professionnelle de l'assurée. Cette dernière a déclaré avoir obtenu son certificat fédéral de capacité de coiffeuse (ci-après : CFC), en juin 1984, puis avoir suivi une formation de secrétaire aux cours commerciaux de Genève avec obtention du diplôme en 1987 (recte : fin de l'exercice 1988/1989) ainsi que de masseuse-réflexologue avec obtention de plusieurs diplômes. Après la fin de son incapacité de travail suite à l'accident, elle avait travaillé comme vendeuse à 50% chez I_____ et durant l'autre 50%, elle avait suivi un cours de dactylographie qui lui avait permis d'entrer à la J_____. Par la suite, elle avait fait du travail temporaire avant de partir un an en Floride pour apprendre l'anglais. À son retour en Suisse, elle avait de nouveau travaillé à titre intérimaire avant d'entrer à la

F_____ et suivre, parallèlement à son emploi, des cours pour l'obtention des diplômes de masseuse-réflexologue. Elle s'était retrouvée au chômage de fin 1999 au 11 mai 2001. Actuellement, elle travaillait à son compte comme masseuse-réflexologue dans le cadre de l'association W_____, avec une capacité de travail de 25%, puis de 50% depuis octobre 2001.

18. Le 20 novembre 2001, le Dr C_____ a indiqué une reprise de travail à mi-janvier 2002, avec un dommage permanent lié à l'arthroplastie.
19. Le 8 janvier 2002, le Dr C_____ a indiqué un traitement terminé le 5 novembre 2001 et une reprise de travail au 10 janvier 2002 à 100%.
20. Dans un rapport du 8 janvier 2002, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée avait repris le travail à 100% depuis le 7 janvier 2002 et qu'il fallait s'attendre à un dommage permanent car l'évolution à long terme des prothèses de cheville était encore mal connue. Puis, dans son rapport du 1^{er} octobre 2002, il a précisé que le traitement avait pris fin le 6 mai 2002.
21. Le 9 avril 2002, le Dr C_____ a attesté d'une marche sans difficultés et sans douleurs, mais un dommage permanent à venir, lié à la prothèse.
22. Le 15 avril 2002, le docteur K_____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil d'HELSANA, a indiqué que l'IPAI de 15% pouvait déjà être octroyée.
23. Par courrier du 6 juin 2002, la SUISSE a informé l'assurée que la nouvelle appréciation de l'atteinte à l'intégrité après mise en place de la prothèse aboutissait à un taux inférieur à celui qui avait été admis en 1991.
24. Le 1^{er} octobre 2002, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée marchait sans difficulté et que le traitement était terminé le 6 mai 2002. La capacité de travail était totale dès le 7 janvier 2002.
25. Le 21 janvier 2003, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée ne formulait en général aucune plainte, mais que le pronostic était à l'avenir réservé.
26. Dans un rapport du 18 novembre 2003, le docteur L_____, chirurgien-orthopédiste, a estimé qu'un descellement prothétique était toujours possible, surtout vu le jeune âge de la patiente, et qu'il y avait lieu de « considérer » une intervention chirurgicale en fonction de l'évolution de la prothèse.
27. Dans un rapport du 2 novembre 2004, le docteur M_____, médecin assistant du service d'orthopédie de l'Hôpital de Bâle, a indiqué que le processus de guérison actuel était très bon.
28. Dans un rapport radiologique du 13 septembre 2005, le docteur N_____ a mentionné une érosion sur le versant articulaire de la malléole interne répondant au versant interne de la partie supérieure de la prothèse suggérant un conflit mécanique local.

29. Dans un rapport du 15 novembre 2005, le professeur H_____, FHM chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a précisé que le processus de guérison après la mise en place de la prothèse avait été tout d'abord très favorable, puis qu'on avait observé un raidissement progressif avec actuellement l'apparition de nouvelles douleurs dans la partie extérieure de la cheville et, dans une moindre mesure, dans la partie intérieure. Il a proposé de procéder à une toilette articulaire et à une ostéotomie de translation du calcanéum afin de corriger la malposition en valgus.
30. Le 29 mars 2006, l'assurée a informé la SUISSE qu'à la suite d'une aggravation, elle devrait très probablement subir une nouvelle intervention chirurgicale.
31. Le 29 mars 2006, le docteur O_____, chirurgie articulaire et traumatologie du sport, a constaté un descellement tibial et astragalien probable, ainsi qu'une fusion péronéo-tibiale inférieure entraînant une possibilité chirurgicale.
32. Le 10 avril 2006, elle a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rééducation dans la même profession et d'une rente.
33. Dans un rapport d'expertise du 13 avril 2006 requis par l'assurance-maladie perte de gain, le professeur P_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, a indiqué que la patiente présentait des problèmes de la colonne cervicale et dorsale haute depuis environ une année, qui ne se manifestaient que lors de ses activités de massage. La prothèse semblait être endommagée, car l'assurée avait, depuis quelques semaines, des blocages de la cheville à répétition. Il a conclu que l'assurée pourrait certainement reprendre son activité indépendante à un pourcentage plus élevé - qui était actuellement de 20% - si elle recevait une rééducation de conditionnement physique pour améliorer sa musculature rachidienne et disposait d'une table de massage à niveau adaptable. Il a admis que l'assurée était très probablement capable de reprendre à 100% l'activité de bureau exercée pendant 15 ans.
34. Selon l'avis du professeur Q_____, ophtalmologue FMH, du 2 mai 2006, la recourante souffrait, avec répercussion sur la capacité de travail, d'amblyopie profonde de l'œil droit, de strabisme convergent de l'œil droit également et d'absence de vision binoculaire depuis la naissance. S'y ajoutait un astigmatisme hypermétropique, mais sans répercussion sur la capacité de travail.
35. Dans un certificat du 11 mai 2006, le docteur R_____, généraliste, a attesté une incapacité de travail à 50%, pour maladie, du 7 septembre 2005 au 10 juin 2006.
36. Le 15 mai 2006, l'assurée a communiqué à la SUISSE ses comptes de pertes et profits au 31 décembre.
37. Dans un rapport du 27 juillet 2006, le docteur S_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a indiqué que l'assurée n'avait jamais exercé la profession de coiffeuse en raison d'un status

après fracas de la cheville gauche, limitant la position debout statique, puisqu'elle avait travaillé à temps partiel jusqu'à 90% par convenance personnelle dans plusieurs postes administratifs, tout en se formant comme thérapeute en massage et drainage lymphatique. Il a relevé que depuis qu'elle s'était mise à son compte, en 2001, en exploitant un cabinet de massages avec deux autres thérapeutes, elle avait dû interrompre souvent cette activité en raison de cervico-dorsalgies provoquées par l'utilisation d'un matériel non adapté et d'une musculature peu développée. Il a fait état d'un rapport du Prof. Q_____ concluant à une vision quasi monoculaire et à une capacité de travail dans le secrétariat ne dépassant pas 50%, probablement en raison de la nécessité de ne pas devoir travailler à l'écran à plus de 50%. Sur la base de ces divers éléments, il a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans le métier de masseuse thérapeutique, en précisant qu'il lui incombait d'adapter son matériel aux exigences de son métier et qu'elle était de 100% dans une activité adaptée de bureau.

38. Le 10 août 2006, l'assurée a subi, à l'hôpital universitaire de Bâle, un changement de prothèse et une correction de la déformation tibio-talaire par ostéotomie. Selon l'avis du docteur T_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de cet hôpital, du 28 novembre 2006, la recourante devait désormais exercer une activité assise limitée à quatre à six heures par jour; elle pouvait parcourir à pied au maximum cinquante mètres; elle ne pouvait pas porter de charges, travailler en hauteur, se déplacer sur sol irrégulier, ou rester en position à genoux ou accroupie.
39. Le 8 mars 2007, les Drs U_____ et H_____ ont rendu un rapport suite à l'examen de l'assurée du 5 mars 2007, prescrivant de la physiothérapie.
40. Le 18 mars 2007, le docteur V_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué une évolution lentement favorable, avec un périmètre de marche d'environ une demi-heure à trois-quarts d'heure.
41. Le Dr V_____ a prescrit une reprise de travail à 10% dès le 16 avril 2007 et à 20% dès le 1^{er} mai 2008.
42. Helsana assurance SA (ci-après : HELSANA) ayant repris la SUISSE, un inspecteur de sinistres a procédé à une nouvelle enquête. Dans son rapport du 30 mai 2007, il a précisé que l'assurée avait repris son activité de masseuse à raison de 10% par semaine dans son appartement, mais qu'elle devait adopter des positions qui surchargeaient l'articulation du pied. Il lui avait parlé de l'éventualité de travailler avec une table de massage réglable selon la corpulence des patients qui pouvait être louée pendant un temps d'essai de trois mois. Concernant l'activité de masseuse aux W_____, elle avait donné son congé à fin décembre 2006, au vu de l'évolution négative de son état de santé.

-
43. Le 5 juin 2007, HELSANA et l'assurée ont signé une convention de case management par laquelle l'assureur-accidents s'est engagé à lui fournir l'assistance nécessaire pour sa réinsertion professionnelle au sens du case management.
 44. Le 18 juin 2007, le Dr K_____ a indiqué qu'en raison du port de la prothèse, un travail en position debout n'était pas raisonnable et risquait de provoquer un descellement de la prothèse.
 45. Dans un rapport du 12 juillet 2007, le case manager d'HELSANA a précisé que, selon le médecin conseil de celle-ci, la poursuite de l'activité de masseuse était déconseillée en raison du risque de descellement de la prothèse.
 46. Par décision du 13 septembre 2007, HELSANA a rectifié le calcul de l'indemnité journalière pour la période du 26 juillet 2006 au 31 juillet 2007, en prenant en compte un salaire déterminant de CHF 36'920.80, calculé selon les données du compte de pertes et profits de l'assurée au 31 décembre 2005. Elle a indiqué avoir versé une indemnité journalière trop élevée, mais a informé l'assurée qu'elle renonçait à la restitution du montant de CHF 9'332.80 versé en trop.
 47. Le 3 octobre 2007, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a soutenu que l'intervention du 10 août 2006 n'était pas une rechute, mais les conséquences de la mise en place d'une prothèse tibio-tarsienne effectuée en 2001. Dans sa motivation complémentaire du 27 novembre 2007, elle a allégué que, si elle avait pu continuer à exercer son métier de coiffeuse, elle aurait pu espérer en 2001, époque de la rechute, un gain mensuel de CHF 4'500.- à CHF 5'000.-. Elle a également souligné que le dernier salaire complet réalisé avant 2001 était celui obtenu auprès de la F_____ en 1999, qui s'élevait à CHF 69'651.- par an. Elle a conclu que HELSANA aurait dû se baser sur un gain de CHF 73'412.- (69'651.- adaptés au coût de la vie depuis 1999) pour calculer l'indemnité journalière depuis 2001 et que, par conséquent, elle lui devait encore CHF 19'492.30 pour l'incapacité de travail du 26 juillet 2006 au 31 juillet 2007. Elle a allégué que le salaire mensuel moyen d'un thérapeute exerçant son activité à 100% était estimé à environ à CHF 9'300.- par mois et elle a produit une estimation de Madame X_____ du 17 octobre 2007. Elle a considéré qu'en raison de sa perte de gain importante depuis plus de cinq ans, l'assureur-accidents aurait dû examiner son droit à la rente, respectivement, lui accorder des indemnités journalières partielles s'il estimait que son état de santé n'était pas stabilisé. Elle a reproché à HELSANA de ne pas l'avoir mise au bénéfice d'une réinsertion professionnelle qui lui aurait permis de réaliser des gains supérieurs à CHF 70'000.- dans les années 90, ce qui avait entraîné une perte de gain de CHF 221'655.80 depuis 2001.
 48. Par communication du 16 octobre 2007, l'office de l'assurance-invalidité (OAI) a pris en charge l'octroi d'une table de massage au titre de moyen auxiliaire.
 49. Le 17 décembre 2007, les Drs C_____ et H_____ ont rendu leur rapport suite à l'examen de l'assurée du 17 décembre 2007, attestant de douleurs à la cicatrice

(pied gauche) et d'une articulation rétrécie. Une révision du nerf et mobilisation de l'articulation a été évoquée.

50. L'OAI a procédé à une enquête pour activité professionnelle indépendante. Dans leur rapport du 5 mars 2008, les enquêtrices ont indiqué que l'assurée présentait depuis 2001 également des cervico-dorsalgies qui l'avaient amenée à interrompre souvent son activité de thérapeute indépendante. L'assurée n'avait jamais pu travailler à plein temps de 2002 à avril 2005, en raison de ses problèmes de santé et avait estimé son temps de travail entre quinze à vingt heures par semaine. Elle n'avait pas bénéficié d'arrêt de travail, ni perçu d'indemnités d'assurance durant cette période. Son incapacité de travail depuis avril 2005 avait été de 100%, 80% et 50% dès le 1^{er} août 2005, en raison de douleurs dorsales et cervicales. Dans le courant de l'année 2006, elle avait remis le cabinet qu'elle partageait avec une collègue, puis à fin décembre 2006, elle avait abandonné son activité aux W_____. Depuis avril 2007, elle exerçait à son domicile privé ainsi qu'au Centre Y_____ en tant que sous-traitante (activité à la demande). Les enquêtrices ont observé que, malgré la phase de lancement de l'activité indépendante, son chiffre d'affaires était plutôt en légère diminution de 2002 à 2005.
51. Par décision du 7 avril 2008, HELSANA a partiellement admis l'opposition interjetée par l'assurée à l'encontre de la décision du 13 septembre 2007 dans le sens que l'indemnité journalière due dans le cadre de la rechute de 2006 était fondée sur un revenu déterminant de CHF 41'246.75. Elle a précisé qu'elle n'entraînait pas en matière quant aux prétentions formulées en termes de rente ou autres prestations liées à la réinsertion professionnelle, qui feraient l'objet d'une décision séparée. Elle a considéré, sur la base de l'historique des troubles et des divers rapports médicaux, que la péjoration de l'état de la cheville avec incapacité de travail dès mars 2006 constituait une rechute, l'état de santé étant stabilisé après l'opération de 2001, de sorte que les prestations devaient être calculées sur la base des circonstances financières existant à l'époque, à savoir le revenu d'indépendante attesté par les comptes de pertes et profits 2005, les extraits de compte AVS, ainsi que les diverses taxations fiscales, l'indemnité journalière était de CHF 90.40. Après avoir recalculé l'indemnité journalière d'après cette nouvelle base de calcul, elle a confirmé avoir malgré tout servi trop de prestations.
52. Selon un avis du Dr V_____, du 24 avril 2008, les activités, tant en position debout, qu'en position assise, n'étaient exigibles, en l'état, que une à deux heures par jour. Pour le surplus la recourante ne pouvait marcher sur terrain irrégulier, se pencher, travailler accroupie, à genoux, ni faire des rotations en position assise ou debout, soulever des poids, monter une échelle, un échafaudage ou des escaliers. Une augmentation progressive de la capacité de travail allait être tentée.
53. Selon les avis du docteur Z_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 1^{er} janvier et 29 avril 2008, la recourante avait une capacité de travail de 10%, tant dans l'activité de massage, que dans l'activité de réflexologie. Dans une activité de secrétariat ou dans une autre activité

administrative, une capacité de travail de 50% était envisageable. Il mentionnait encore que l'articulation tibio-tarsienne enflait et que les douleurs augmentaient lors de phases de travail prolongées en position debout.

54. Par acte du 7 mai 2008, l'assurée a recouru contre la décision d'HELSANA du 7 avril 2008 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (actuellement la chambre des assurances sociale de la Cour de justice – cause A/1602/2008 - recours indemnité journalière LAA). Elle a conclu à l'allocation de CHF 19'492.30, à la constatation que son gain mensuel sans invalidité était de CHF 9'300.- et à la réserve de ses droits quant à la rectification des prestations perçues depuis 2001. Elle relève que l'opération de 2001 n'a pas amené de guérison totale ce qui a entraîné une prise en charge médicale ininterrompue depuis cette époque et une incapacité de travail; elle précise que, malgré l'admission d'une pleine capacité de travail par le médecin, elle n'était pas apte à travailler huit à neuf heures par jour avec un plein rendement. Elle considère que l'opération de 2006 n'est pas une rechute, car elle ne visait qu'à améliorer une situation insatisfaisante et à faire fonctionner correctement la prothèse. Elle allègue que l'accident est survenu alors qu'elle n'avait pas encore commencé sa carrière professionnelle, de sorte que si elle avait pu continuer à exercer son métier de coiffeuse, le salaire de référence serait de CHF 65'000.-. Elle se réfère à la réglementation de l'assurance-invalidité prévoyant la prise en compte du revenu ressortant de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires. Très subsidiairement, elle invoque comme base de calcul le salaire mensuel annualisé de CHF 55'200.- retenu par l'assurance-chômage. Elle allègue que l'indemnité journalière doit être calculée sur la base des revenus qu'elle était en droit d'espérer sans invalidité dans l'accomplissement de son activité d'indépendante, soit CHF 9'300.- par mois. Elle invoque une violation du principe de la bonne foi, au motif que l'intimée a basé son indemnisation sur les montants de l'assurance-chômage pour se dédouaner de prestations qu'elle n'avait jamais assumées. Elle s'en rapporte à justice quant au retrait de l'effet suspensif au recours.
55. Le 20 mai 2008, la recourante a informé l'OAI avoir repris son activité selon un taux de 20%.
56. Dans sa réponse du 5 juin 2008, HELSANA a conclu au rejet du recours indemnité journalière LAA. Elle observe qu'il n'y a aucun caractère de continuité entre l'épisode actuel et celui de 2001, de sorte qu'il s'agit bien d'une rechute. Elle indique que le médecin traitant a attesté une reprise de travail au début 2002 et qu'il a admis la stabilisation de l'état de santé en 2002. Elle relève que l'assureur LAA n'a plus d'obligation de prêter lorsque le traitement suit un objectif d'entretien. Elle conteste avoir eu une obligation de proposer une nouvelle orientation professionnelle dès lors que la recourante avait retrouvé un emploi dans une nouvelle profession permettant d'aménager sa cheville et que l'expert n'avait pas d'autre proposition à faire en matière d'environnement professionnel. À

défaut de lacune en matière de fixation du salaire déterminant en cas de rechute, elle rappelle que la référence aux règles applicables dans le domaine de l'assurance-invalidité n'est pas recevable.

57. Un examen orthopédique a eu lieu au SMR le 9 juin 2008. Selon le rapport daté du 12 juin 2008 et signé du docteur AA_____, chirurgien orthopédique et traumatologie FMH, les diagnostics (tous avec répercussion sur la capacité de travail) étaient les suivants : arthrose post-traumatique de la cheville gauche traitée par arthroplastie totale en 2001 et status après changement de prothèse totale de la cheville en 2006 (M19.6); cervico-dorsalgies chroniques sans troubles neurologiques; strabisme convergent à droite, amblyopie profonde à droite, astigmatisme et hypermétropie.

S'agissant des limitations fonctionnelles, il était retenu que : « L'assurée peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position assise avec la position debout à sa guise. Elle doit éviter le port de charges supérieures à 10kg. Elle doit éviter les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter la position debout prolongée. Les courts déplacements à plat sont possibles. Elle doit éviter de monter ou descendre les pentes ou les escaliers à répétition et la marche en terrain irrégulier. En raison de ses problèmes oculaires, elle ne doit pas travailler devant un ordinateur plus de 4 heures par jour. »

Se fondant en grande partie sur l'avis du Prof. P_____ du 13 avril 2006 (antérieur à la révision de la prothèse de la cheville), le Dr AA_____ a considéré que la capacité de travail dans l'activité de masseuse réflexologue était de 50% et que la capacité de travail dans une activité de bureau était de 100%.

58. Le 3 juillet 2008, la doctoresse AB_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel il fallait suivre les avis convergents de l'examineur orthopédiste SMR et le Prof. P_____ et fixer une incapacité de travail de 100% du 8 avril au 13 juin 2005, de 80% du 14 juin au 2 août 2005, de 50% dès le 2 août 2005, de 100% du 11 au 22 mars 2006, de 50% du 23 mars au 8 août 2006, de 100% du 9 août au 31 décembre 2006 et de 50% dès le 1^{er} janvier 2007. L'aptitude à la réadaptation était fixée au 1^{er} janvier 2007, dans un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel l'assurée pouvait alterner la position assise avec la position debout à sa guise. Elle devait éviter le port de charges supérieures à 10 kilos, les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, la position debout prolongée, les courts déplacements à plat étaient possibles; elle devait éviter de monter ou descendre les pentes ou les escaliers à répétition et la marche en terrain irrégulier; en raison de ses problèmes oculaires, elle ne devait pas travailler devant un ordinateur plus de quatre heures par jour.
59. Dans un bref avis du 4 août 2008 signé par la Dresse AB_____, le SMR a indiqué que l'activité assise de réflexologie pouvait être pratiquée à 100%.

-
60. Le 18 août 2008, le Dr V_____ a indiqué qu'il ne voyait pas de traitement susceptible d'améliorer la situation et que l'opération évoquée par le Dr H_____ n'avait que peu de chances d'être bénéfique.
 61. Le 29 août 2008, le Dr K_____ a estimé qu'une IPAI supérieure à celle de 25% déjà accordée n'était pas justifiée après la rechute.
 62. Le 1^{er} septembre 2008, le Dr K_____ a estimé que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 17 décembre 2007 « vu qu'on n'avait rien fait de plus. »
 63. Selon un nouveau rapport d'enquête de l'OAI pour activité professionnelle indépendante, daté du 21 octobre 2008, les activités de la recourante se subdivisaient comme suit : direction 10%; soins (massage,...) 50%, soins (réflexologie) 30%; suivi des patients 10%.

Il était retenu un taux d'incapacité de 60% pour la seule activité de soins (massage,...), ce qui déterminait un taux d'incapacité de travail pondérée de 30%.

Considérant que la réorganisation de l'activité de la recourante pour se consacrer à raison de 80% aux soins de réflexologie était exigible, il était constaté que cette dernière ne subirait alors aucun préjudice économique du fait de son invalidité.

64. Par projet de décision du 28 octobre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'expertise du SMR et son complément du 4 août 2008 établissaient une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2007, que l'atteinte à la santé était survenue depuis avril 2005, que pour calculer le taux d'invalidité, il fallait appliquer la méthode dite extraordinaire, laquelle aboutissait à un taux d'invalidité de 30%, et qu'il était exigible que l'assurée remplace dans son activité les soins de massage par des soins de réflexologie, pratiqués en position assise, de sorte que la perte de gain était finalement nulle.
65. Par décision du 4 novembre 2008, HELSANA a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, à une IPAI plus importante que celle de 25% déjà versée et renoncé à demander la restitution des indemnités journalières versées du 1^{er} décembre 2007 au 30 novembre 2008.

Elle a considéré que le revenu sans invalidité était, en 2007, de CHF 37'978.45, soit celui retenu dans sa décision du 13 septembre 2007 (de CHF 36'920.80 en 2005), indexé en 2007; quant au revenu d'invalidité, elle s'est fondée sur l'ESS 2006/TA3/femme/niveau 4/horaire de travail de 41,4 heures par semaine, indexé en 2007, et l'a fixé à CHF 72'540.45. Il n'existait pas de perte économique.
66. Par arrêt du 10 novembre 2008 (ATAS/1305/2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours indemnité journalière LAA. Il a considéré que la nouvelle opération faisait suite à une stabilisation de l'état de santé depuis le 7 mai 2002 et jusqu'en tout cas à la fin de l'année 2004, soit pendant près de deux ans, ce qui permettait de considérer que l'atteinte était guérie en apparence, de sorte que l'indemnité journalière devait être calculée sur la base du gain assuré

en cas de rechute, à savoir le salaire déterminant reçu juste avant celle-ci (art. 23 al. 8 OLAA), soit l'activité de la recourante de masseuse-réflexologue indépendante.

67. Le 27 novembre 2008, la recourante s'est opposée au projet de décision de l'OAI du 28 octobre 2008. Elle considérait notamment que la séparation des soins de massage et de réflexologie était arbitraire et ne se basait sur aucune argumentation acceptable. Une activité de bureau n'était pas non plus envisageable à plein temps. Elle demandait ainsi que l'OAI précise en quoi consistait une activité adaptée, vu l'ensemble de ses limitations fonctionnelles. Compte tenu d'une incapacité de travail de 50% dans les activités de massage et de réflexologie, le taux d'invalidité était de 54,4%. Il convenait également d'appliquer une réduction supplémentaire, compte tenu du cumul d'un nombre important de limitations fonctionnelles.

Elle produisait différentes attestations selon lesquelles, d'une part, les troubles au niveau de la cheville se répercutaient au niveau du dos et, d'autre part, il était nécessaire d'avoir de meilleures capacités physiques que celles de la recourante pour exercer l'activité de réflexologue. Pour le surplus, la recourante n'avait pu développer son activité en raison des multiples périodes d'incapacité de travail qu'elle avait connues.

68. Le 27 novembre 2008, le docteur AC_____, docteur en chiropratique, a attesté de l'apparition de dorsalgies dès l'année 2006, suite à diverses opérations et à une surcharge du membre inférieur droit.
69. Le 1^{er} décembre 2008, le docteur AD_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a attesté avoir constaté des signes de dysfonctions intervertébrales à plusieurs niveaux, une limitation globale de la mobilité cervicale, et une raideur dorsale. Il a noté des sténoses foraminales très probablement à l'origine de paresthésies des membres supérieurs. Ces troubles pouvaient avoir pour origine la prothèse de la cheville gauche qui entraînait une modification de l'équilibre du bassin.
70. Le 2 décembre 2008, les Drs Z_____ et H_____ ont estimé qu'une opération de débridement était possible.
71. Le 5 décembre 2008, l'assurée, représentée par une avocate, a formé opposition à l'encontre de la décision d'HELSANA du 4 novembre 2008.

L'opération de 2006 avait suivi des soins ininterrompus depuis 2001 et ne constituait donc pas une rechute.

Son dernier salaire complet avait été réalisé en 1999, alors qu'elle travaillait à la F_____, soit CHF 69'651.-; l'OAI avait d'ailleurs tenu compte d'un salaire sans invalidité de CHF 75'164.-; l'état de santé n'était pas stabilisé depuis 2002; HELSANA ne l'avait, à tort, jamais mise au bénéfice de mesures de réinsertion professionnelle après son accident, mesures qui lui auraient permis de réaliser un salaire supérieur à CHF 70'000.-; il était choquant que le salaire d'invalidité soit

bien supérieur au salaire sans invalidité; en réalité son taux d'invalidité était de 57% fondé sur un salaire sans invalidité de CHF 75'164.- (valeur 2004) et un gain d'invalidité de CHF 32'281.-, (CHF 37'978.- - 15% de déduction).

L'IPAI devait être recalculée car son état s'était dégradé depuis 2001, de sorte que le taux était de 35%, soit 10% de plus.

Aucune décision entrée en force n'avait été rendue en 2001 concernant l'indemnité journalière due dès cette date, de sorte qu'HELSANA se devait de rendre une décision à cet égard.

Elle a conclu principalement à l'octroi d'une indemnité journalière dès le 11 mai 2001 sur la base d'un gain assuré de CHF 73'566.-, dès le 4 novembre 2003 sur la base d'un gain assuré de CHF 75'164.-, d'une rente LAA de 57% dès le 1^{er} décembre 2007 et d'une IPAI de 35%, subsidiairement à ce que la demande d'indemnité journalière soit traitée en tant que demande de révision.

72. Par décision du 17 décembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
73. Le 28 janvier 2009, le docteur AE_____, chirurgien orthopédiste en France, a rendu un rapport d'expertise médicale à la demande du Tribunal de grande instance de Bourg-en-Bresse, dans le cadre d'un procès suite à l'accident ayant eu lieu en France. Il a examiné l'assurée le 5 décembre 2008.

L'assurée se plaignait de douleurs à la cheville gauche, au rachis cervical, au dos, aux lombaires, irradiant dans les régions trapéziennes, entraînant de raideurs et des limitations de la marche.

Cheville gauche : l'assurée avait présenté, lors de l'accident initial, une fracture grave du pilon tibial de la cheville gauche. Cette fracture avait entraîné des dégâts articulaires, cartilagineux, responsables de l'apparition secondaire d'une arthrose. Cette arthrose douloureuse et enraidissante avait nécessité la pose d'une prothèse totale de cheville gauche. Des complications secondaires dues à des ossifications fréquentes dans ces cas d'arthrose post traumatiques entraînaient enraidissements et douleurs motivant le changement de prothèse totale de cheville gauche. L'ensemble de ces interventions, leur prise en charge médicale et leur évolution étaient en relation certaine, directe et exclusive avec l'accident du 6 août 1984.

Douleurs rachidiennes : du fait de l'enraidissement et des douleurs de cheville gauche, l'assurée présentait des troubles à la marche avec des retentissements, malposition statique du pied; il n'y avait pas eu d'amélioration quantifiable de ses troubles posturaux. Leurs retentissements se manifestaient par des douleurs rachidiennes, cervicales, dorsales et lombaires. Aux examens radiographiques, il n'existait pas d'anomalie architecturale qui pouvait faire évoquer une autre pathologie responsable ou un état antérieur. Ces douleurs rachidiennes qui pouvaient être en rapport avec la profession exercée par l'assurée étaient améliorées en adaptant les postures professionnelles et notamment par l'intermédiaire du matériel professionnel (table de massage à hauteur variable

depuis 2006). Il restait une part des douleurs rachidiennes qui paraissaient donc bien en rapport avec les troubles posturaux secondaires à l'enraidissement et aux douleurs de cheville gauche présentée par l'assurée. Les douleurs rachidiennes étaient donc imputables à l'accident du 6 août 1984.

Elle présentait du 10 mai au 1^{er} août 2001 une incapacité de travail totale, du 2 août au 30 septembre 2001, une incapacité de travail de 75%, du 1^{er} octobre au 2 décembre 2001 une incapacité de 50% et du 3 décembre 2001 au 1^{er} janvier 2002 une incapacité de 25%, du 9 août au 30 septembre 2006 une incapacité totale, du 1^{er} octobre au 31 décembre 2006, une incapacité de travail de 75%, et du 1^{er} janvier au 9 décembre 2007 une incapacité de travail de 25%.

Par ailleurs, elle avait subi du 8 avril au 14 juin 2006 une incapacité pour lombosciatalgies.

L'état de santé était stabilisé en décembre 2007. Elle pouvait travailler à 20% comme réflexologue masseuse et à 100% comme employée de bureau.

74. Selon un courrier du Dr Z_____ et du Prof. H_____ de l'Hôpital cantonal de Liestal, les douleurs de la recourante persistaient. La recourante indiquait ne pouvoir travailler qu'à 20%.

75. Le 2 février 2009, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 17 décembre 2008 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières d'attente dès le 15 août 2005, de mesures professionnelles et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité (cause A/353/2009 – recours AI).

Elle indiquait ne pas pouvoir exercer le métier de masseuse-réflexologue à plein temps, car elle manquait de force physique et ne pouvait rester assise six ou sept heures par jour, en raison de ses problèmes dorsaux. Les métiers de secrétaire ou d'employée de bureau étaient exigibles, mais avec un rendement limité en raison des troubles au niveau des yeux et du dos. La méthode de calcul et le calcul du taux d'invalidité étaient contestés. L'activité adaptée n'avait pas été déterminée. Pour le surplus, la décision litigieuse était arbitraire, y compris dans son résultat. Enfin, la demande étant tardive au sens de l'art. 48 LAI, les prestations devaient être allouées dès le 15 août 2006, soit un an avant le dépôt de la demande de prestations.

76. Le 7 mars 2009, le Dr AD_____ a mentionné une bonne évolution sous traitement conservateur.

77. Le 8 mars 2009, le Dr V_____ a attesté d'une évolution linéaire, sans le moindre progrès.

78. L'OAI a répondu au recours le 26 mars 2009, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. La méthode extraordinaire de comparaison des revenus avait été utilisée en raison de l'impossibilité d'évaluer les revenus à comparer de manière fiable. L'activité de réflexologue, déjà pratiquée par la

recourante, était adaptée, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'appliquer un abattement dans le cadre de la comparaison des revenus. Il était possible de substituer à l'activité de massage l'activité de réflexologie, qui était une méthode thérapeutique à part entière et qui ne devait pas forcément être combinée à d'autres techniques.

Pour le surplus, compte tenu de l'avis du Dr AD_____ du 1^{er} décembre 2008, il convenait de reprendre l'instruction médicale afin de déterminer si la nouvelle atteinte à la santé décrite entraînait de nouvelles limitations fonctionnelles, avant de pouvoir se prononcer quant à une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante.

79. Par décision du 27 mai 2009, HELSANA a rejeté l'opposition de l'assurée.

Elle a estimé que la question de l'indemnité journalière ne pouvait faire l'objet de l'opposition, dès lors qu'elle n'avait pas été traitée dans la décision litigieuse; l'état de santé était stabilisé en décembre 2007; le revenu sans invalidité était celui de thérapeute réalisé par l'assurée en 2005, soit CHF 41'246.75 et, indexé en 2007, de CHF 42'428.30; le revenu sans invalidité retenu par l'OAI ne correspondait pas au revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité et, même s'il était pris en compte, n'aboutirait qu'à un taux de 3% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité; le revenu avec invalidité était de CHF 72'540.45 basé sur l'ESS 2006, indexé en 2007 pour une activité simple et répétitive à 100%.

Quant à l'IPAI de 25% allouée en 1991, elle tenait déjà compte de la perte possible de la moitié de la capacité du membre en dessous du genou.

Enfin, il n'existait pas de moyen de preuve nouveau justifiant une révision et HELSANA n'avait pas le devoir d'entrer en matière sur une demande de reconsidération d'une décision, étant relevé que les indemnités journalières à servir dès 2001 avaient été notifiées à l'assurée le 8 juin 2001 et l'assurée ne les avait pas contestées. Cette notification informelle était devenue définitive après l'écoulement de huit années.

80. Le 29 juin 2009, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision sur opposition d'HELSANA du 27 mai 2009 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (cause A/2271/2009 – recours LAA 2009) en concluant principalement à son annulation, à l'octroi d'une rente dès le 13 septembre 2002 ou dès la naissance du droit, à une IPAI de 35% et, subsidiairement à l'octroi d'une indemnité journalière dès le 11 mai 2001 et une rente dès le 1^{er} décembre 2007 ainsi qu'une IPAI de 35%.

Il n'existait aucune décision au sujet des indemnités journalières ou de la rente en 2002, alors même que, depuis 2001, elle n'avait jamais récupéré une pleine capacité de travail en raison d'un traitement continu et de douleurs. Le revenu de référence aurait dû être celui de 2004 car, en 2005, elle était déjà en incapacité de travail. Le revenu sans invalidité pris en compte par HELSANA correspondait au

tiers de son dernier salaire complet réalisé avant 2001 (CHF 69'651.-) et ne couvrait même pas son minimum vital; elle n'avait pas changé de profession selon son propre choix mais n'avait plus retrouvé de travail; elle s'était mise à son propre compte pour ne pas être à la charge de la collectivité; en tant que coiffeuse, sans l'accident, elle aurait pu obtenir un salaire de CHF 60'000.-; le revenu sans invalidité était, soit celui d'une coiffeuse, soit celui réalisé à la F_____.

C'était à tort que l'intimé n'avait pas traité la question du droit à la rente dans sa décision sur opposition; HELSANA aurait dû, soit continuer de verser l'indemnité journalière en 2002, soit se déterminer sur son droit à la rente; HELSANA faisait valoir dans le procès français à l'encontre de l'auteur de l'accident une aggravation de l'état de santé depuis 2006, alors qu'elle la contestait en Suisse.

HELSANA avait complètement écarté l'évolution professionnelle qu'elle aurait pu faire sans l'accident. Il était absurde et irréaliste de prétendre qu'elle aurait gagné CHF 72'540.45 avec invalidité et CHF 37'978.- sans invalidité, revenu qui n'était en réalité que de CHF 23'319.-.

Depuis 2001, son état s'était dégradé; elle souffrait des lombaires, de cervicalgies, et présentait des douleurs permanentes à la cheville, de sorte qu'une IPAI de 35% était justifiée.

Il n'existait aucune décision portant sur l'indemnité journalière due dès 2002, de sorte qu'elle pouvait en requérir une et que la décision du 13 septembre 2007 avait interrompu la prescription de cinq ans. En parallèle, elle requérait de HELSANA une décision formelle relative aux indemnités journalières.

81. Par courrier du 13 juillet 2009, l'assurée a requis d'HELSANA une décision formelle portant sur la fin du versement des indemnités journalières en 2002 et, surtout, sur son droit éventuel à une rente.
82. Par arrêt incident du 24 juillet 2009 (ATAS/955/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté la demande de l'assurée de récusation du juge en charge du recours AI.
83. Le 29 juillet 2009, HELSANA a conclu au rejet du recours LAA 2009 en relevant que l'objet du litige était limité à la question du droit à la rente et au montant de l'IPAI. Elle avait fixé le début du droit à la rente au 1^{er} décembre 2007, date de la stabilisation de l'état de santé, le cas n'étant pas stabilisé avant, en particulier pas au début des années 2000; l'activité de thérapeute était déterminante pour calculer le revenu sans invalidité, l'assurée s'étant réadaptée par elle-même, puisqu'elle avait été active sans restriction durant des années; elle souffrait d'autres affections qui n'étaient pas en lien avec l'accident et qui limitaient sa réinsertion professionnelle. L'IPAI de 25% était justifiée.
84. Le 8 septembre 2009, l'assurée a répliqué (recours LAA 2009). Avant 2008, elle n'avait jamais reçu de décision formelle d'HELSANA, de sorte qu'elle ne savait pas qu'elle disposait de moyen de droit pour contester la fin de l'indemnité

journalière ou le refus de prestations à long terme, notamment son droit à une rente, lequel devait être fixé en 2002 au moment où l'indemnité journalière avait été supprimée. Si elle avait connu son droit à la réinsertion professionnelle, elle aurait entamé une formation dans une activité adaptée; il convenait de se référer, pour le revenu sans invalidité, au salaire annuel moyen d'une employée de commerce avec CFC ou de bureau de 43 ans.

L'IPAI ne tenait pas compte de l'arthrose et des douleurs à la jambe et au dos dues à la prothèse.

Elle a repris les conclusions de son recours en ajoutant que le Tribunal cantonal des assurances sociales devait constater qu'avant 2008, HELSANA n'avait pas procédé conformément aux dispositions légales et avait omis de fixer ses droits par une décision formelle.

85. Par arrêt du 11 septembre 2009 (ATAS/1144/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré le recours AI irrecevable au motif qu'il avait été déposé au poste de douane de Bardonnex le dernier jour du délai de recours. Cet arrêt a été annulé par le Tribunal fédéral le 1^{er} février 2010 (9C 885/2009) et la cause renvoyée au Tribunal cantonal des assurances sociales pour qu'il entre en matière sur le recours du 2 février 2009.
86. Le 22 septembre 2009, HELSANA a dupliqué (recours LAA 2009) en relevant qu'étant donné la reprise de travail en 2002, il n'y avait pas matière à statuer sur la rente; la nouvelle conclusion contestatoire de l'assurée sortait de l'objet du litige, étant relevé qu'elle demandait déjà depuis 2002 un droit aux prestations.
87. Le 29 septembre 2009, HELSANA a écrit à l'assurée que suite à sa demande du 13 juillet 2009, elle refusait de rendre une décision formelle sur le droit aux indemnités journalières dès 2002, au motif que l'assurée n'avait, à l'époque, réclamé aucune prestation pour l'année 2002 et que l'interruption des indemnités journalières en 2001 n'était pas litigieuse; par ailleurs, il fallait considérer que la communication informelle sur l'indemnité journalière était entrée en force et n'allait pas être reconsidérée; s'agissant de la question d'un droit à la rente – la date clé remontait à septembre 2007 – elle faisait déjà partie de l'objet du litige pendant devant le Tribunal cantonal des assurances sociales.
88. Par arrêt du 1^{er} décembre 2009, le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assurée à l'encontre de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 10 novembre 2008 (recours indemnité journalière LAA). Selon le Tribunal fédéral, l'incapacité de travail dès le 26 juillet 2006 était une nouvelle rechute, indépendante de celle survenue en 2001; l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé était stabilisé dès le 6 mai 2002; par ailleurs, les douleurs dorsales de la recourante ne l'avaient pas empêchée de travailler avant le 8 avril 2005; si ces maux de dos étaient d'origine accidentelle, ils constitueraient des séquelles tardives de l'accident qui pourraient justifier l'allocation d'indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical depuis avril 2005.

-
89. Le 11 mars 2010, l'assurée a versé au dossier (recours LAA) l'expertise du Dr AE_____ et indiqué qu'elle réclamait, dans le cadre du recours AI, des indemnités journalières d'attente dès le 15 août 2005, une observation en atelier protégé et des mesures de réadaptation professionnelle.
 90. Le 18 mars 2010, le Dr AD_____ a attesté d'une amélioration progressive pour les problèmes rachidiens et des douleurs inchangées à la cheville gauche; l'assurée présentait une capacité de travail de 50% depuis le 11 janvier 2010 et il existait un dommage permanent, soit des douleurs chroniques permanentes de la cheville.
 91. Le 7 avril 2010, le Dr V_____ a attesté d'une gêne douloureuse de la cheville et de dorsolombalgies en rapport avec la boiterie et un dommage permanent constitué par une raideur et une douleur à la cheville.
 92. Le 12 mai 2010, HELSANA a observé (recours LAA 2009) que l'assurée souffrait d'affections étrangères à l'accident de 1984, que l'expertise du Dr AE_____ concluait également à une capacité de travail totale dans un emploi de bureau en position assise et que l'état de santé était stabilisé en décembre 2007.
 93. Par ordonnance du 25 mai 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a confié, dans le cadre du recours AI, une expertise au Dr AF_____, FMH rhumatologie, en rejetant l'argument de l'assurée selon lequel le Dr AF_____ ne serait pas objectif et neutre, car ayant adopté «l'esprit d'entreprise des assureurs».
 94. Le 2 novembre 2010, le Dr AF_____ a rendu son rapport d'expertise dans le cadre du recours AI, fondé sur des entretiens des 6 et 15 juillet 2010.

L'assurée se plaignait de douleurs permanentes à la cheville gauche et de boiterie, de douleurs dans tout le rachis, entraînant des troubles du sommeil et la nécessité de s'étendre plusieurs fois par jour, ainsi que d'une grande fatigue visuelle. Il a posé les diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail de status après une fracture de la cheville gauche (1984), ostéosynthèse à deux reprises, ayant entraîné une arthrose sévère nécessitant la mise en place d'une prothèse (2001) et suite à un descellement changement de prothèse et ostéotomie du calcaneum (2006), blocage articulaire complet de cheville. Amblyopie profonde de l'œil droit, strabisme convergent de l'œil droit, et absence de vision binoculaire. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une cervico-dorsolombalgies sur des troubles posturaux (boiterie et amyotrophie du membre inférieur gauche) et une ostéoporose traitée.

L'assurée souffrait d'une grave atteinte de sa cheville gauche, entraînant une boiterie, une enflure de la cheville et des douleurs nécessitant la prise d'antalgiques; la situation s'était péjorée dès 2000-2001; cette aggravation était attestée par la pose d'une prothèse de cheville qui s'était rapidement descellée, entraînant de fortes douleurs, de sorte que la capacité de travail était limitée à 20% comme masseuse thérapeutique et à 50% comme employée de bureau depuis le 15 novembre 2001 (six mois après l'intervention chirurgicale). Les douleurs du

rachis correspondaient à des atteintes bénignes, sans répercussion sur la capacité de travail.

95. Le 9 novembre 2010, l'assurée a requis l'audition du Dr AF_____ dans le cadre du recours LAA 2009.
96. Le 9 novembre 2010, le docteur AG_____, du SMR, a estimé que le Dr AF_____ attestait d'une aggravation de l'état de santé par rapport à l'examen SMR du 9 juin 2008 et proposé une instruction complémentaire auprès du Dr AF_____.
97. Le 22 novembre 2010, l'OAI a aussi requis du Tribunal cantonal des assurances sociales une instruction complémentaire auprès de l'expert AF_____.
98. Le 7 janvier 2011, HELSANA a estimé que l'audition du Dr AF_____ n'était pas nécessaire; la conclusion de cet expert quant à une capacité de travail comme employée de bureau de 50% n'était pas motivée et ne pouvait donc être retenue; l'expert aurait dû indiquer pour quelle raison l'estimation des autres médecins quant à une capacité de travail entière était erronée, ce d'autant que l'expert l'avait fixée à 2001.
99. Le 9 janvier 2011, l'assurée a requis, dans le cadre du recours LAA 2009, un complément d'expertise auprès d'un autre spécialiste et la citation de témoins afin de démontrer que sa capacité de travail était limitée à partir de 2001.
100. Le Dr AF_____ a été entendu par la chambre de céans le 10 février 2011, dans le cadre du recours AI.

Il a précisé qu'il avait constaté une diminution de la musculature du membre inférieur gauche par rapport au membre inférieur droit, une forte boiterie, des douleurs, un œdème, un mauvais état de la peau et une mobilité nulle de la cheville; il a indiqué que la situation était moins bonne après la pose de la deuxième prothèse en 2006, que le descellement intervenait progressivement et créait des douleurs, que les affections de la cheville avaient des conséquences cervico-dorso-lombalgiques, rendant les postures debout douloureuses et risquant un nouveau dysfonctionnement de la prothèse, que, même assise, l'assurée devait pouvoir surélever sa jambe régulièrement pendant une heure, en position couchée, que l'activité de bureau n'était pas possible à plus de 50% pour des motifs d'ordre circulatoire, que les douleurs nécessitaient aussi des périodes de repos et que les problèmes ophtalmologiques n'avaient pas été pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail.

101. Entendue le même jour en comparution personnelle (recours AI), la recourante a indiqué avoir travaillé à plein temps dans une activité de bureau jusqu'en 1994. Elle avait alors changé de travail pour pouvoir réduire son temps de travail à 90% afin de lui permettre de se consacrer à l'obtention d'un CFC.

Elle avait déjà des problèmes ophtalmologiques, qu'elle connaissait depuis la naissance, et qui n'avaient donc pas engendré la réduction de son temps de travail.

Elle avait envisagé la pose d'une première prothèse de la cheville en 1996, mais y avait renoncé car son médecin lui avait indiqué que la prothèse ne donnait pas de bons résultats.

Une prothèse expérimentale avait finalement été posée en 2001, le Prof. H_____, à Bâle, lui ayant garanti la prothèse à vie et lui ayant également garanti qu'elle pourrait exercer un travail debout à temps complet. Avant la pose de la prothèse en 2001, les douleurs étaient telles qu'elle ne pouvait dormir ou marcher. La pose de la prothèse avait ainsi été indispensable.

102. Le 11 février 2011, l'assurée a transmis le procès-verbal d'audition du Dr AF_____ du même jour, dans le cadre du recours AI et requis, dans le cadre du recours LAA 2009, l'audition de ce médecin.
103. Dans un avis du 11 février 2011, le SMR, sous la plume du docteur AG_____, a considéré que l'expertise ne permettait pas de remettre en cause les conclusions du rapport du SMR du 3 juillet 2008, mais faisait état d'une aggravation postérieure au 1^{er} décembre 2008, avec, dès cette date, une capacité de travail réduite à 20% dans l'activité habituelle et à 50% dans une activité adaptée.
104. Le 10 mars 2011, la réadaptation de l'OAI a estimé que l'assurée pouvait accéder à un emploi comme employée de bureau, secrétaire, archiviste ou réceptionniste.
105. Le 13 mars 2011, le Dr V_____ a attesté d'une importante raideur de la cheville et d'une évolution linéaire.
106. Dans sa détermination du 25 mars 2011 (recours AI), l'OAI conclut à ce que soit octroyée à la recourante une demi-rente d'invalidité trois mois après décembre 2008, compte tenu de l'aggravation dont il était fait état dans l'avis du SMR du 11 février 2011 et d'un calcul du revenu d'invalidité aux termes duquel la recourante avait un degré d'invalidité de 58,3%.

Ce taux a été calculé sur la base d'un revenu avec invalidité de CHF 32'423.- issu des données statistiques selon l'ESS 2008, tableau TA7, ligne 23 « *autres activités commerciales et administratives* », dans une activité simple et répétitive, en tenant compte d'une réévaluation à l'indice suisse nominal des salaires ainsi que d'une capacité de travail exigible de 50%, sans prendre en compte de diminution de rendement ou d'abattement supplémentaires.

Quant au revenu sans invalidité, il a été fixé à CHF 77'714.-, soit le salaire retenu pour l'année 2006, après réactualisation.

107. Le 29 mars 2011, le Dr AD_____ a attesté que la boiterie de l'assurée était bien responsable des cervico-dorsalgies et donc à la charge d'HELSANA.
108. Les 24 février, 19, 27 mai et 24 juin 2011, le Dr K_____ a indiqué que l'expertise du Dr AF_____ ne démontrait pas de substrat organique pour expliquer les troubles du rachis, que, dans ce contexte, la causalité n'était que possible, que la prothèse totale de la cheville posée en 2001 ne pouvait avoir

influencé l'apparition des cervico-dorsalgies et que l'expert AE_____ justifiait les douleurs du rachis par une mauvaise démarche, mais sans tenir compte du fait que le périmètre de marche était fortement réduit.

109. Par décision du 6 juin 2011, HELSANA a considéré que le traitement médical en relation avec les cervico-dorsalgies dont souffrait l'assurée n'était pas à sa charge car son médecin-conseil, le Dr K_____, avait indiqué que le périmètre de marche de l'assurée était insuffisant pour entraîner de telles cervico-dorsalgies.
110. Le 16 juin 2011, la chambre de céans a entendu le Dr AF_____ (recours LAA 2009), lequel a confirmé son expertise et indiqué qu'il était difficile de dire si, entre 2001 et 2005, l'état de santé s'était stabilisé, mais que plutôt non, que l'assurée devait lever sa jambe pour éviter des œdèmes, qu'en tous les cas, à partir de l'opération de 2006, il y avait un problème de peau et d'œdèmes, lesquels généraient toujours des douleurs, qu'en 2001, la mobilité de la cheville était déjà atteinte, puisqu'une prothèse avait été posée suite à une arthrose post-traumatique générant des douleurs, que la situation était grave en 2001 et que la deuxième intervention avait péjoré la mobilité de la cheville.
111. Le 22 juin 2011, l'assurée a fait opposition à la décision d'HELSANA du 6 juin 2011 en relevant que le Dr AE_____ avait précisé que les douleurs rachidiennes étaient imputables à l'accident.
112. Par ordonnance du 8 juillet 2011, la chambre de céans a ordonné, dans le cadre du recours LAA 2009, l'apport de la procédure AI (cause A/353/2009).
113. Par arrêt du 29 août 2011 (ATAS/784/2011), la chambre de céans a admis le recours AI de l'assurée et lui a alloué un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2005. Elle s'est fondée sur l'expertise du Dr AF_____ du 2 novembre 2010 – laquelle confirmait les avis des Drs V_____ et Z_____ – pour retenir que l'assurée était capable de travailler dès le 1^{er} mai 2001 à 20% dans l'activité de masseuse-réflexologue et à 50% comme employée de bureau, de sorte que le droit à la rente naissait le 12 mai 2002 et que le taux d'invalidité était de 60% calculé selon un revenu d'invalidité fondé sur l'ESS 2002 / TA7 / ligne 23 / niveau 4/femme/pour 41,6 heures par semaine, avec une déduction de 12%.
114. Le 31 août 2011, l'assurée a observé (recours LAA 2009) qu'elle avait interrompu à plusieurs reprises la prescription des prestations dues depuis 2001, qu'HELSANA commettait un abus de droit en l'invoquant, vu le manquement à l'obligation de la renseigner, qu'en 2002, son état de santé était stabilisé, de sorte qu'HELSANA aurait dû se déterminer sur le droit à la rente et qu'une expertise devait être mise sur pied, celle du Dr AF_____ pouvant être mise en cause par HELSANA.
115. Le 31 août 2011, HELSANA a observé (recours LAA 2009) que l'appréciation du Dr AF_____ quant à la capacité de travail n'était pas particulièrement motivée, que l'obligation de relever constamment la jambe durant une heure n'était pas convaincante, que l'assurée avait d'ailleurs pu travailler comme réceptionniste à

50%, que l'expertise du Dr AE_____, probante, concluait à une capacité de travail de 100% dans un poste adapté.

116. Le 20 septembre 2011, la doctoresse AH_____, du SMR, a estimé que l'assurée avait subi trois aggravations, soit une première avant le 11 mai 2001, entraînant une incapacité de travail totale dès le 11 mai 2001 et un début progressif dans l'activité professionnelle, avec une atteinte d'environ 40%, une seconde en avril 2005, avec des incapacités de travail fluctuantes menant à l'opération d'août 2006, avec une reprise progressive au taux habituel et enfin une dernière dès décembre 2008 en raison de problèmes vertébraux; il y avait un début d'incapacité de travail durable dès le 11 mai 2001.
117. Par décision du 25 janvier 2012, HELSANA a rejeté l'opposition de l'assurée du 22 juin 2011 au motif que son médecin-conseil avait pris en compte tout le dossier et conclu que le périmètre de marche excluait une causalité entre les douleurs du rachis et l'accident, que les avis contraires, soit celui du Dr AD_____ et du Dr AE_____, n'étaient pas convaincants et que le Dr AF_____ ne se prononçait pas sur cette question, qu'en toute hypothèse l'assureur n'avait pas à prendre en charge les soins médicaux une fois l'état final atteint, ce qui était le cas depuis 2007, ni après fixation de la rente sous réserve d'une possible amélioration ou maintien de la capacité de gain, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.
118. Le 23 février 2012, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision sur opposition d'HELSANA du 25 janvier 2012 (cause A/559/2012 – recours LAA 2012) en concluant à son annulation et à la condamnation d'HELSANA à prendre en charge le traitement médical en relation avec les cervico-dorso-lombalgies; elle a fait valoir qu'HELSANA avait écarté l'avis de deux experts judiciaires (Drs AF_____ et AE_____) au profit de celui de son médecin-conseil qui ne l'avait jamais vue, que l'instruction pouvait être complétée auprès du Dr AF_____ sur la question de la causalité entre les plaintes et l'accident, que la décision litigieuse ne tenait pas compte de la pose de la prothèse en 2001 et de son changement en 2006 qui avaient modifié sa démarche et étaient à la base de ses troubles posturaux générant des douleurs dans le dos.
119. Le 21 mars 2012, HELSANA a conclu à l'irrecevabilité ou au rejet du recours LAA 2012 au motif qu'elle n'était pas tenue de prendre en charge le traitement médical des cervico-dorso-lombalgies, au moins pour trois raisons, d'abord car le médecin-consultant avait donné son avis sur la base d'une analyse approfondie du dossier qui était probante, ensuite parce que l'état final était atteint depuis 2007, entraînant une perte du droit aux prestations pour les frais de soin, enfin, parce que l'art. 21 LAA n'était pas applicable (mesure médicale en relation étroite avec le maintien d'une capacité de travail pour les bénéficiaires d'une rente LAA).
120. Le 28 avril 2012, l'assurée a requis de la chambre de céans qu'elle rende un jugement.

121. Par arrêt du 30 avril 2012 (9C 751/2011), le Tribunal fédéral a réformé le jugement de la chambre de céans du 29 août 2011 (recours AI) en ce sens que l'assurée avait droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2005, au motif que la déduction de 12% sur le revenu d'invalidité n'était pas justifiée, de sorte que le taux d'invalidité était de 54%.
122. Le 14 mai 2012, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait, dans le cadre du recours LAA 2009 et au vu des avis médicaux divergents, ordonner une expertise rhumatologique et orthopédique et leur a transmis un projet de mission.
123. Le 16 mai 2012, l'assurée a répliqué qu'elle avait besoin d'un traitement des cervico-dorso-lombalgies pour maintenir sa capacité de travail.
124. Le 29 mai 2012, HELSANA a indiqué que les éléments au dossier étaient suffisants pour statuer.
125. Le 30 mai 2012, l'assurée a requis deux questions supplémentaires.
126. Le 20 juin 2012, les Drs H_____ et AI_____ ont rendu un rapport suite à l'examen de l'assurée du 30 mai 2012, attestant de douleurs persistantes de la cheville gauche, de douleurs à la cicatrice et à la pression le long du tendon, derrière le tibia; l'assurée ne souhaitait pas une nouvelle intervention. Il convenait donc d'attendre et l'assurée serait revue dans trois ans, ou avant en cas d'augmentation des plaintes.
127. Par ordonnance du 22 août 2012, la chambre de céans a joint les procédures A/599/2012 (recours LAA 2012) et A/2271/2009 (recours LAA 2009).
128. Par ordonnance du 24 octobre 2012, la chambre de céans a confié, dans le cadre des recours LAA 2009/2012, une expertise bidisciplinaire aux docteurs AJ_____, FMH rhumatologie, et AK_____, FMH chirurgie orthopédique, du centre d'expertise médicale (CEMed).

Elle a considéré que le dossier comprenait des avis médicaux divergents au sujet, d'une part, de l'influence des séquelles de l'accident sur la capacité de travail de l'assurée entre mai 2002, date de la stabilisation de l'état de santé après la rechute de 2001, et mai 2009, date de la décision sur opposition et, d'autre part, au sujet du lien de causalité naturelle entre les dorsalgies diagnostiquées depuis 2005 et l'accident.

129. Les experts AK_____ et AJ_____ ont rendu leur rapport le 10 mai 2013.

L'assurée se plaignait de douleurs à la cheville et de la nécessité de surélever son pied, de douleurs du sacrum, de lombalgies basses s'étendant à tout le rachis, aux omoplates, à la nuque, à la hanche droite et de sciatgies. Ils ont posé les diagnostics de :

1. Fracture du pilon tibial gauche survenue en 1984.

2. Arthrose post-traumatique cheville gauche d'apparition rapide et progressive suite à l'accident et aux deux interventions subies en 1984.
3. Descellement prothèse de cheville gauche 2006, date du changement.
4. Cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 documentée dès 2008.
5. Strabisme congénital.

La fracture de la cheville gauche avait évolué défavorablement, conduisant à une arthrose précoce et sévère; la mise en place d'une première prothèse en 2001 avait eu un résultat satisfaisant transitoire, le changement de prothèse avec correction de l'arrière-pied en 2006 avait eu un résultat très moyen sur le plan de la symptomatologie douloureuse et surtout fonctionnel. En raison de l'affection de cette cheville, l'assurée ne pouvait plus avoir une activité debout. En revanche, une activité de bureau en position essentiellement assise paraissait parfaitement exigible. Elle était cependant limitée en raison du fait de devoir lever et poser son pied gauche de temps en temps en l'air. En conclusion, une activité adaptée devrait être possible à temps plein, mais avec une diminution de rendement de 20%, pour permettre des pauses pied surélevé, ceci en ne tenant compte que du problème de la cheville gauche.

S'agissant des rachialgies, il n'y avait pas de restriction significative de la mobilité, de contracture musculaire ou de limitation fonctionnelle significative, pas de signe d'irritation radiculaire, de déficit neurologique, de hernie discale, de myélopathie ou d'instabilité.

Les douleurs diffuses du rachis étaient sans grand substrat anatomique si ce n'était une cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 modérée. Cette découverte était banale, commune. Cette affection était tout à fait compatible avec des activités physiques peu exigeantes. Dans une activité d'employée de bureau, la capacité de travail était entière. Dans une activité de réflexologue ou masseuse, on pouvait retenir des limitations, pour changer de position, faire de courtes pauses. Dans ce type d'emploi, on pouvait estimer que l'assurée pouvait travailler à 100%, avec un rendement de 80%.

La cervicarthrose était en relation possible avec l'accident. S'agissant des limitations, il ne fallait pas de station debout prolongée et la possibilité de surélever régulièrement le pied gauche. L'assurée aurait pu exercer une activité de bureau trois mois après l'intervention de 2001, jusqu'à la nouvelle incapacité de travail survenue en 2006 suite au descellement de la prothèse, laquelle était de 100% pendant trois mois puis de 50% durant trois mois supplémentaires. Six mois après l'opération de 2006, soit au 10 février 2007, l'assurée pouvait exercer une activité de bureau à 100%, avec un rendement de 80%, pour tenir compte des pauses nécessaires pour surélever sa jambe gauche.

Il y avait eu une aggravation progressive depuis 2005. Une formation complémentaire dans le cadre d'une activité de bureau pour mise à jour était indispensable.

L'évolution, dans la pire des situations, pourrait aller vers une amputation à mi-jambe, situation qui restait compatible avec une activité de bureau.

La position du Dr AF_____ quant à une capacité de travail de 50% n'était pas compréhensible.

L'IPAI était, pour arthrose de toute la cheville, de 30% et, en cas d'amputation, de 35%.

130. Le 17 juin 2013, le Dr K_____ s'est prononcé à la suite de l'expertise du CEMed. Il a estimé que le lien de causalité entre l'accident et le trouble du rachis était seulement possible car il n'y avait « pas de substrat anatomique accident », que l'état de santé était stabilisé six mois après le changement de prothèse (courant 2007), que l'incapacité de travail étant logique post-op, que la baisse de rendement de 20% dans l'activité de bureau était discutable, car l'assurée était restée assise environ une heure sans problème lors de l'expertise et s'était levée sans boiterie, qu'il n'y avait pas de description de tuméfaction de la jambe ou du pied par rétention d'eau, que 20%, correspondant à douze minutes par heure, semblait énorme et que 10% serait plus près de la réalité quotidienne, que l'IPAI de 30% était trop élevée vu la table V qui prévoyait une IPAI de 25% pour arthrose tibio-tarsienne plus prothèse avec mauvais résultat, que pour le reste, l'expertise était bonne.

131. Le 17 juin 2013, HELSANA a observé que l'expertise du CEMed était probante mais que toutes ses conclusions ne pouvaient être suivies.

L'état de santé avait évolué, de sorte que l'état final n'avait été atteint qu'en 2007. Il fallait retenir une capacité de travail de 100% dans une activité de bureau, mais pas de diminution de rendement de 20% car celle-ci n'était pas motivée de façon pertinente; au maximum une limitation de 10% pouvait être retenue. L'IPAI de 30% ne pouvait pas non plus être validée car elle concernait une arthrose tibio-tarsienne et sous-astragaliennne; celle-ci n'était pas en cause chez l'assurée; s'agissant des cervico-dorsalgies, le lien de causalité, qui n'était que possible selon l'expert, n'était donc pas réalisé.

132. Le 30 août 2013, l'assurée a observé que l'expertise du CEMed n'était pas probante et qu'elle était en contradiction avec celle du Dr AF_____, qui avait été admise par l'OAI.

Les experts ne s'étaient pas prononcés clairement sur sa capacité de travail comme masseuse-réflexologue; ils se référaient à l'avis du Dr P_____ qui était intervenu avant le changement de prothèse de 2006; ils ne se prononçaient pas précisément sur la nécessité de lever sa jambe dans une activité de bureau; ils avaient contesté la conclusion du Dr AF_____ quant à une capacité de travail de 50% sans se référer à la motivation pourtant donnée par le Dr AF_____ lors de son audition du 16 juin 2011; la question du périmètre de marche dans une activité de bureau n'avait pas été abordée; HELSANA devait produire des descriptions de

poste de travail pour apprécier les exigences liées à une activité de bureau; l'expertise du CEMed devait être écartée.

133. Le 16 octobre 2013, HELSANA a observé qu'il n'était pas surprenant que le CEMed retienne une capacité de travail différente du Dr AF_____, que le contexte AI n'était pas le même que le contexte LAA étant donné que les affections du dos étaient sans lien avec l'accident, que des DPT n'étaient pas exigibles, la jurisprudence se fondant sur les données de la statistique des salaires.
134. Le 1^{er} novembre 2013, l'assurée a observé qu'elle persistait dans ses conclusions et qu'HELSANA ne pouvait, en présence d'expertises judiciaires, invoquer l'avis de son médecin-conseil; l'expertise du Dr AF_____ devait prévaloir.
135. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 30 juin 2014, l'assurée a déclaré :

« Actuellement je ne vais pas bien, j'ai des douleurs à la cheville et au dos, je passe mon temps à me reposer, je prends des bains d'eau salée pour soulager ma cheville. Je suis actuellement suivie par les Drs V_____ et H_____. Je suis aussi suivie par le Dr AD_____ pour mes problèmes de dos, lequel me prescrit des séances de physiothérapie. Après l'opération de 2001 ma cheville s'est mise à gonfler et j'ai eu des douleurs. J'ai compensé les problèmes à la cheville avec une mauvaise position du bassin, ce qui a entraîné des problèmes dorsaux. J'avais besoin de surélever ma cheville, de poser du froid et de faire des drainages. J'ai également dû prendre des médicaments anti-inflammatoires et antidouleurs. Actuellement je suis à la recherche d'un travail d'employée de bureau, je fais quelques gardes de chats mais de façon limitée car je dois me déplacer, ce qui me pose des problèmes à la cheville et je fais également parfois des massages. J'ai travaillé à 100% comme secrétaire de 1985 à 1989. J'ai travaillé à l'accueil à 50% dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal. Je signale que j'ai eu des douleurs aux cervicales et à la cheville. Je me suis sentie très mal après l'examen du CEMed. J'ai ressenti beaucoup de pression et de moqueries de la part des experts. J'ai même pleuré. Je n'ai pas compris pourquoi les experts ont relevé mon strabisme alors que celui-ci est complètement guéri car je me suis fait opérer à trois reprises. L'examen a duré environ 30 à 45 minutes, j'ai été examinée par chacun des experts. Je ne suis pas restée assise pendant 1h comme il a été relevé dans l'expertise car les experts m'ont examiné et m'ont demandé de bouger. Le procès français est toujours en cours mais en suspens dans l'attente d'une décision définitive de l'assurance accident en Suisse. »

L'avocat de l'assurée a déclaré :

« Nous soutenons que la situation médicale est identique dans les deux cas, c'est-à-dire en LAA et en AI. Nous demandons à ce que les conclusions du Dr AF_____ soient suivies comme cela a été le cas dans l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 avril 2012 ».

Le représentant d'HELSANA a déclaré :

« Nous admettons la stabilisation de l'état de santé en 2002 mais nous constatons qu'il y a eu une rechute en 2006 et que l'état de santé s'est finalement stabilisé le 1^{er} décembre 2007. Nous contestons le fait que la situation médicale soit identique en AI et en LAA car nous ne reconnaissons pas la causalité avec les cervico-dorso-lombalgies. Je rappelle que le Dr AF_____ a effectué une expertise en AI, domaine qui ne tient pas compte de la causalité entre les affections et l'accident. Dans notre réponse du 29 juillet 2009, nous faisons référence au problème oculaire de Mme A_____ quand nous faisons référence à d'autres affections qui n'engagent pas notre responsabilité. Nous contestons que Mme A_____ ait besoin de surélever sa jambe dans la mesure admise par le CEMed. Nous acceptons cette limitation seulement après la deuxième opération de 2006 et dans une mesure moindre, c'est-à-dire la reconnaissance d'une diminution de rendement d'au maximum 10% ».

136. Le 3 juillet 2014, la chambre de céans a communiqué aux parties un projet d'expertise complémentaire auprès du Dr AF_____ et leur a fixé un délai pour transmettre leurs observations.
137. Le 14 juillet 2014, la recourante a proposé deux questions complémentaires.
138. Le 31 juillet 2014, HELSANA a observé qu'elle s'opposait à l'envoi de questions complémentaires au Dr AF_____ car une expertise judiciaire avait déjà été confiée au CEMed, dont les conclusions étaient probantes.
139. Par ordonnance du 14 août 2014, la chambre de céans a ordonné un complément d'expertise auprès du Dr AF_____. Elle a relevé que ce complément était justifié par les conclusions différentes auxquelles aboutissait l'expertise du Dr AF_____ des 6 et 15 juillet 2011 et celle du CEMed du 10 mai 2013 et par le fait que celle-ci critiquait certains aspects de l'expertise du Dr AF_____, nécessitant une réponse de celui-ci.
140. Le 27 août 2014, HELSANA a communiqué le résumé des indemnités journalières versées à l'assurée depuis 1984, indiqué que la décision litigieuse constatait la stabilisation de l'état de santé au 1^{er} décembre 2007 et que l'indemnité journalière payée dès cette date n'était pas due, mais qu'il était renoncé à sa restitution. Une indemnité journalière avait été versée du 21 mars au 26 juillet 2006, pour une incapacité de travail de 80%, du 27 juin 2006 au 15 avril 2007, pour une incapacité de travail de 100%, du 16 avril au 31 octobre 2007, pour une incapacité de travail de 90%, du 1^{er} novembre au 30 novembre 2007, pour une incapacité de travail de 100%, du 1^{er} décembre 2007 au 30 avril 2008, pour une incapacité de travail de 90% et du 1^{er} mai au 30 novembre 2008, pour une incapacité de travail de 80%.
141. Le 29 août 2014, l'assurée a précisé ses conclusions en ce sens qu'elle requérait l'octroi d'une rente d'invalidité de 54% dès le 1^{er} mai 2001 et une IPAI de 35%; l'expertise du Dr AF_____ prévalait sur celle du CEMed; l'invalidité, dans le cadre de la procédure AI, avait été fixée à mai 2002, soit un an après l'incapacité

de travail établie par le Dr AF_____ ; l'état de santé était stabilisé depuis mai 2001, soit après la pose de la prothèse; le taux d'invalidité correspondait à celui fixé en AI.

142. A la demande de la chambre de céans, le Dr AF_____ a rendu le 13 avril 2015 un complément d'expertise, fondé notamment sur un examen de l'assurée.

Celle-ci se plaignait de fortes douleurs à la cheville gauche, qui était enflée en permanence, de boiterie importante, de douleurs au genou gauche et dans tout le rachis. Il a posé le diagnostic de :

- Status après une fracture de la cheville gauche (1984), ostéosynthèse à deux reprises, ayant entraîné une arthrose sévère nécessitant la mise en place d'une prothèse (2001) et suite à un descellement un changement de prothèse accompagné d'une ostéotomie du calcanéum (2006), blocage articulaire complet de la cheville.
 - Déformation majeure accompagnée d'un important œdème de la cheville gauche (obligation de porter une chaussure orthopédique).
 - Tendinite de la patte d'oie du genou gauche.
 - Cervico-dorso-lombalgies sur trouble de la posture (chute du bassin de 1cm à gauche et amyotrophie du MIG).
 - Amblyopie profonde de l'OD, strabisme convergent de l'OD et absence de vision binoculaire.

Par rapport à l'expertise du CEMed, il avait ajouté les diagnostics de déformation et d'œdème de la cheville gauche (plus de sept centimètres de périmètre par rapport à la droite), l'amyotrophie du MIG, la chute du bassin à gauche, la tendinite de la patte d'oie du genou gauche, pour bien faire comprendre le retentissement de l'atteinte majeure de la cheville gauche sur le reste du corps.

Il confirmait son avis selon lequel l'assurée était capable de travailler à 50% dans un emploi adapté depuis le 11 août 2001; sa réponse était confortée par le fait que la situation clinique s'était empirée par rapport à 2010, avec une augmentation de la déformation de l'œdème de la cheville gauche, une boiterie gauche importante (malgré le port d'une chaussure orthopédique), une tendinite de la patte d'oie gauche et une chute du bassin à gauche entraînant des troubles statiques du rachis.

Les limitations fonctionnelles évoquées (nécessité de surélever la jambe en position couchée régulièrement pendant une heure pour éviter les œdèmes et nécessité de se reposer en raison des douleurs) étaient déjà présentes après l'intervention de 2001, laquelle n'avait pas eu le résultat escompté. L'assurée avait dû réduire son temps de travail à 20%, en raison de l'œdème et des douleurs.

Les limitations fonctionnelles présentes après l'intervention de 2001 étaient les suivantes : ne pas devoir marcher plus de cinq cents mètres, ne pas rester debout

en position statique, devoir changer de position toutes les quarante-cinq minutes, devoir surélever son MIG pour pouvoir drainer la circulation veineuse.

Il confirmait l'incapacité de travail de 50% depuis le 15 novembre 2001; l'assurée ne pouvait plus rester debout en position statique à cause des problèmes de sa cheville, donc elle devait trouver un emploi adapté. L'emploi de bureau, en position assise, permettait d'éviter la position debout. L'assuré devait en outre mobiliser sa jambe en la surélevant pour éviter l'aggravation de son œdème.

Le problème était lié à l'augmentation de l'œdème et des douleurs durant la journée et surtout après 12h (effet physiologique de la position debout ou assise), à la nécessité de s'étendre et de faire des traitements de drainages lymphatiques. L'assurée avait travaillé durant 6 mois, en 2010, à 50%, dans un emploi de bureau sans problème et sans diminution de rendement. Si cette capacité était répartie sur une journée, alors il était dans ce cas certain que le rendement diminuerait à partir de 12h, et que cette diminution irait en s'aggravant durant l'après-midi.

Le tableau clinique ne comprenait aucun élément qui ne serait pas en lien avec l'accident subi par l'assurée. Il était d'accord avec le Dr K_____ quant à l'estimation d'une IPAI de 25%.

Les cervico-dorso-lombalgies étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident de 1984. La fracture de la cheville avait entraîné une boiterie qui avait modifié la posture du rachis entraînant des douleurs positionnelles. Elles étaient expliquées par un substrat organique : boiterie importante, amyotrophie du MIG, chute du bassin de un centimètre en défaveur de la gauche entraînant des troubles positionnels importants du rachis (fausse scoliose à gauche). Les douleurs étaient présentes dès que l'assurée était debout et s'aggravait avec le temps durant lequel l'assurée était restée debout (que l'assurée marchait ou pas).

143. Le 13 mai 2015, l'assurée a observé que l'expertise du Dr AF_____ des 6 et 15 juillet 2011, ainsi que complément du 13 avril 2015, prévalaient sur celle du CEMed. Le Dr AF_____ avait expliqué que les diagnostics du CEMed étaient incomplets, que l'atteinte à la cheville gauche avait retenti sur le genou gauche et le rachis, que la capacité de travail était limitée à 50% depuis le 15 novembre 2001, que la situation clinique s'était empirée par rapport à 2010, que l'ensemble du tableau clinique était en relation de causalité avec l'accident.

Les experts du CEMed s'étaient contentés de généralités inconsistantes. Le Dr K_____ avait exclu la causalité entre la boiterie et les cervico-dorso-lombalgies, en raison d'un périmètre de marche restreint, ce qui n'avait pas de sens puisque c'était le cas de chaque personne présentant une boiterie; le Dr AF_____ avait tenu compte de l'aggravation des douleurs et de l'œdème durant la journée pour fixer la capacité de travail à 50%, soit une capacité de travail que l'assurance-invalidité avait retenue. Son revenu sans invalidité et avec invalidité devait correspondre à celui, statistique, d'employée de bureau.

-
144. Le 13 mai 2015, l'assureur a observé qu'il était inadéquat de confier un mandat d'expertise au Dr AF_____, car le CEMed avait rendu un rapport complet, que celui-ci comprenait un volet orthopédique et rhumatologique, alors que le Dr AF_____, ne se prononçait que sur l'aspect rhumatologique, que l'expertise de celui-ci était lacunaire, dès lors qu'il n'avait reçu que quelques pièces du dossier, que la péjoration de l'état de santé de l'assurée après 2010 n'était pas pertinente pour se prononcer sur la capacité de travail depuis 2001, que la capacité de travail exercée par l'assurée à 20% n'était pas pertinente non plus, dès lors qu'il s'agissait d'une activité de masseuse, non adaptée, que selon les dires du Dr AF_____, une capacité de travail supérieure à 50% paraissait possible moyennant aménagement, ce qui confortait l'avis du Dr K_____ d'une perte de rendement global de 10%, que le Dr AF_____ ne motivait pas le lien de causalité entre l'accident et les cervico-dorso-lombalgies, que la bascule du bassin et la boiterie avaient déjà été prises en compte par les experts du CEMed, qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé postérieure à la décision litigieuse ne pouvait de toute façon pas être prise en compte.
145. A la demande de la chambre de céans, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a communiqué son dossier le 19 juin 2015. Il ressort de ce dossier que l'assurée a déposé le 27 novembre 2008 une demande d'indemnisation de chômage. La caisse SYNA a ouvert un délai cadre d'indemnisation du 1^{er} décembre 2008 au 30 novembre 2010. L'assurée a été indemnisée jusqu'au 31 décembre 2009, compte tenu du fait qu'elle n'avait pu s'acquitter des cotisations pour cause de maladie. Par décision du 9 décembre 2010, la caisse SYNA a demandé à l'assurée la restitution des indemnités versées du 1^{er} décembre 2008 au 31 décembre 2009 (CHF 23'189.80), décision confirmée sur opposition le 5 mai 2011. Par décision du 18 août 2011, l'OCE a accordé à l'assurée la remise de l'obligation de restituer ledit montant.

L'assurée a recherché un emploi de secrétaire/réceptionniste, opératrice de courrier, téléphoniste, réceptionniste, ou de commise administrative, selon la confirmation d'inscription du 24 novembre 2008 et les formulaires de preuve de recherches personnelles en vue de trouver un emploi transmis à l'OCE. L'assurée a déclaré des gains intermédiaires réalisés en tant qu'indépendante (masseuse-réflexologue), soit pour toute l'année 2009, un revenu brut de CHF 3'015.-. Un certificat médical du Dr V_____ du 27 novembre 2008, atteste d'une capacité de travail totale de l'assurée depuis le 1^{er} décembre 2008 dans une activité de secrétariat, réceptionniste ou une autre activité de bureau épargnant les stations debout prolongées; un rapport médical du Dr V_____ du 14 octobre 2008 relève une situation linéaire avec des douleurs au niveau de la cheville qui enflent à l'effort entraînant une boiterie et qui entretient une lombosciatalgie droite chronique; un rapport médical du Dr AD_____ du 5 janvier 2010 atteste d'une capacité de travail de 50% dans un travail adapté, pour permettre à l'assurée de se reposer et de faire les différents traitements nécessaires à son état.

Du 11 janvier au 12 juillet 2010, elle a été engagée dans le cadre du programme cantonal d'emploi et de formation (PCEF), à un taux de 50%, au service médico-pédagogique comme secrétaire-réceptionniste pour un salaire mensuel de CHF 1'105.05. Son dossier a été annulé par l'office régional de placement (ORP) le 15 mai 2012.

146. Le 15 juin 2015, la chambre de céans a fixé un délai aux parties pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle extension de l'objet du litige à la question du droit à la rente d'invalidité postérieurement au 27 mai 2009.
147. Le 19 juin 2015, l'assureur a indiqué que « dans la mesure où la décision du 4 novembre 2008, confirmée par la décision sur opposition du 27 mai 2009, contre laquelle recours a été déposé (dossier A/2271/2009), constatait que le revenu réalisable comme invalide n'était pas inférieur au revenu perdu et qu'elle arrêtaient qu'il n'y avait pas d'invalidité, donc pas de droit à la rente, l'objet de la présente procédure est déjà le droit à une rente (aussi postérieurement au 27 mai 2009). Par conséquent, nous peinons à saisir cette extension à un objet qui fait déjà partie de la procédure. »
148. Le 30 juin 2015, l'assurée a indiqué, à la demande de la chambre de céans, qu'elle avait travaillé comme réceptionniste à l'office médico-pédagogique, du 11 janvier au 12 juillet 2010 et avait réalisé un salaire de CHF 1'105.05; elle n'avait pas reçu d'indemnités de l'assurance-chômage postérieurement à l'année 2006 et elle n'avait pas d'objections à ce que le litige soit étendu à la période au-delà du 27 mai 2009. Elle a joint deux attestations de l'OCE des 7 juillet et 13 juillet 2010 mentionnant un travail d'auxiliaire temporaire du 11 janvier au 12 juillet 2010 à raison de 20h/semaine.
149. Le 30 juin 2015, la caisse de chômage SYNA a transmis le dossier concernant l'assurée.
150. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ - E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger des recours des 26 juin 2009 et 23 février 2012 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.

Toutefois, 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).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjetés dans la forme et le délai prévus par la loi, les recours des 26 juin 2009 et 23 février 2012 sont recevables, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. a) L'objet du litige est déterminé par les décisions de l'intimée des 27 mai 2009 et 25 janvier 2012, lesquelles portent sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, sur le montant de l'IPAI, ainsi que sur la prise en charge par l'intimée des cervico-dorso-lombalgies invoquées par la recourante.

b) Le 29 juin 2009, la recourante a conclu principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 13 septembre 2002, subsidiairement, à l'octroi d'indemnités journalières dès le 11 mai 2001 et dès le 4 novembre 2003, à l'octroi d'une rente de 57% dès le 1^{er} décembre 2007, ainsi qu'à une IPAI de 35%. Le 31 août 2011, la recourante a invoqué le fait que son état de santé était stabilisé en 2002, de sorte que l'intimée aurait dû se prononcer dès cette date sur son droit à une rente. Le 30 août 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions. Le 29 août 2014, la recourante a finalement conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 54% dès le 1^{er} mai 2001 et à une IPAI de 35%.

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. L'objet de la contestation et l'objet du litige sont donc identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414; cf. ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in *Mélanges Pierre Moor*, 2005, p. 443 s.; ATF 9C_394/2010 du 24 février 2011).

En application de ce principe, l'objet du litige, selon les conclusions de la recourante, est limité à la question du droit de celle-ci à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2001, à une IPAI de 35%, soit de 10% supérieure à celle octroyée par l'intimée, et à la prise en charge du traitement des cervico-dorso-lombalgies. Il est, au surplus, pris acte du fait que l'intimée renonce à demander la

restitution de l'indemnité journalière versée du 2 décembre 2007 au 30 novembre 2008.

5. 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la

survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

8. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. l'art. 21 LAA prévoit le droit au traitement médical après la fixation de la rente.

Selon l'art. 15 al. 1 et 2 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. 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'al. 3 let. c, 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.

Selon l'art. 24 al. 2 et 3 OLAA, 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 (al. 2). 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 (al. 3).

Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

b) Selon l'art. 18 al. 1 et 2 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA.

Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 16 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.

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.

Selon l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi.

c) Revenu sans invalidité et gain assuré sont deux notions distinctes. Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à une rente d'invalidité. Le gain assuré, lui, sert de base au calcul du montant proprement dit de cette rente. La fixation de l'un et de l'autre sont soumis à des règles différentes. Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4; ATF U 259/2004 du 7 juillet 2005, consid. 6.1; ATF 8C_290/2013 – 304/2013 du 11 mars 2013).

Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (ATF 119 V 475 consid. 2b p. 481; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., p. 901 no 177). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (RAMA 2006 n° U 568, p. 66, consid. 2; ATF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5.). Les possibilités théoriques de développement professionnel et d'avancement entrent seulement en considération, si certaines conditions sont réalisées, lorsqu'il s'agit de comparer les revenus avec et sans invalidité mais pas pour la fixation du gain assuré (ATF U 212/2002 du 19 avril 2002, consid. 3.3). On peut s'écarter du dernier salaire obtenu en faveur d'un salaire statistique (lorsqu'il existe des circonstances particulières comme, par exemple, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer le revenu sans invalidité faute d'informations fiables sur le dernier travail exercé, ou que l'assuré a subi une période de chômage avant la survenance de l'invalidité ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaires usuelles [voir arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et

5.3]; ATF 8C_290/2013 du 11 mars 2014, consid. 6.2.). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 p. 301; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475 ; ATF 8C_761/2012 du 29 juillet 2013, consid. 3.3.).

Au surplus, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222).

9. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (RS 832.802), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA. Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32, 209 consid. 4a/bb p. 210; 113 V 218 consid. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives,

destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc p. 211; 116 V 156 consid. 3a p. 157; RAMA 1998 n o U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a); ATF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015, consid. 5.1.)

Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2; RAMA 1998 p. 602).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2^{ème} phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5% de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

10. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

11. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

12. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

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).

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 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'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. A 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1).
16. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens

que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Par la suite, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'arrêt ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549 ; ATF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014).

17. a) En l'espèce, la chambre de céans, dans le cadre de la procédure AI et par arrêt du 29 août 2011, a reconnu à la recourante le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2005, réduit à une demi-rente par l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 avril 2012, en considérant que l'expertise judiciaire du Dr AF_____ des 6 et 15 juillet 2010, probante, établissait une capacité de travail de 20% dans une activité de masseuse et de 50% dans une activité administrative, dès mai 2001.

Comme exposé ci-dessus (consid. 16), l'évaluation de l'invalidité en procédure AI n'a cependant pas de force contraignante pour l'assureur-accident, de sorte que la chambre de céans ne saurait se borner à faire sienne l'appréciation médicale effectuée dans le cadre de la procédure AI, mais se doit d'examiner l'ensemble des rapports médicaux au dossier, afin de déterminer si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité LAA, à une IPAI supérieure à celle, octroyée, de 25%, et à la prise en charge du traitement des cervico-dorso-lombalgies.

b) La chambre de céans constate que le cas de la recourante a été apprécié médicalement par plusieurs médecins et experts. Elle doit, en présence de ces nombreux avis et expertises médicaux, apprécier leur valeur probante afin de retenir celui qui est le plus convaincant. Préalablement, il convient cependant de rappeler les faits déjà établis ou non contestés.

Le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 1^{er} décembre 2009, a constaté que l'incapacité de travail de la recourante, survenue en 2006, constituait une rechute, l'état de santé ayant été stabilisé dès janvier 2002. La recourante, en raison de cette rechute, a reçu une indemnité journalière LAA dès le 21 mars 2006, jusqu'au 30 novembre 2008, sur la base d'une incapacité de travail oscillant entre 80, 90 et 100%. Par ailleurs, l'intimée a considéré, dans sa décision du 4 novembre 2008, confirmée sur opposition le 27 mai 2009, que l'état de santé de la recourante était stabilisé, à la suite de la rechute, au 1^{er} décembre 2007. La recourante a admis ce fait; elle a d'ailleurs conclu, dans son opposition du 5 décembre 2008, à l'octroi d'une rente LAA de 57% dès le 1^{er} décembre 2007. N'est ainsi plus litigieuse l'existence de la rechute de 2001, suivie de la stabilisation de l'état de santé de la recourante dès janvier 2002, ainsi que celle de la rechute de 2006, suivie de la stabilisation de l'état de santé de la recourante dès le 1^{er} décembre 2007. Enfin, le Tribunal fédéral a considéré que les maux de dos de la recourante avaient débuté

en avril 2005, de sorte que la question de la prise en charge de leur traitement au titre de séquelles tardives se pose dès cette date (arrêt du Tribunal fédéral du 1^{er} décembre 2009).

18. a) Le Dr AF_____ a rendu, en 2010, une expertise judiciaire dans le cadre de la procédure AI fondée sur des examens des 6 et 15 juillet 2010 (rapport AF_____ 2010); cette expertise a été complétée dans le cadre des procédures AI et LAA par l'audition de l'expert, respectivement le 10 février 2011 et le 16 juin 2011. Enfin, le Dr AF_____ a rendu, dans le cadre de la procédure LAA, un complément d'expertise le 13 avril 2015 (rapport AF_____ 2015).

Il ressort des rapports médicaux du Dr AF_____ que la recourante, à la suite de son accident de 1984, a développé une arthrose de la cheville, laquelle s'est aggravée avec les années, entraînant des difficultés à la marche et des douleurs justifiant la pose d'une prothèse en 2001. Les douleurs sont réapparues, avec des cervico-dorsalgies, et la prothèse s'est rapidement descellée; un changement de prothèse a été pratiqué en août 2006, lequel a complètement condamné les mouvements articulaires, empêchant une utilisation correcte du membre inférieur gauche; la recourante présentait, en juillet 2010, au moment de l'expertise précitée, des douleurs et un blocage de la cheville gauche, des difficultés à la marche, une boiterie, ainsi que des douleurs dans le rachis; la cheville était enflée, la peau en mauvais état au niveau de la malléole interne et la palpation était très douloureuse; le périmètre de la cuisse et du mollet gauche était plus petit que le droit. L'atteinte à la cheville gauche était grave; l'expert conclut à l'impossibilité d'exercer un emploi debout ou nécessitant des déplacements fréquents ou le port de charges; les douleurs nécessitaient l'aménagement de périodes de repos durant la journée, avec la possibilité de se coucher pour pouvoir drainer le membre inférieur gauche et, par là, diminuer l'œdème; une activité était possible à 50% comme employée de bureau, depuis le 15 novembre 2001 et à 20% comme masseuse thérapeutique. Enfin, la pathologie du rachis n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il était probable que la situation s'aggrave dans les prochaines années.

b) Le Dr AF_____ a confirmé et précisé son rapport d'expertise de juillet 2010, lors de son audition par-devant la chambre de céans les 10 février et 16 juin 2011, en indiquant qu'il avait vu longuement l'assurée avant de rendre son rapport, que son appréciation se fondait notamment sur la constatation d'une réelle diminution de la musculature du membre inférieur gauche, signifiant que ce membre était pas ou moins utilisé, et d'une forte boiterie, d'un œdème, d'un mauvais état de la peau et des douleurs, que la pose de la prothèse en 2001 n'était pas un acte courant, mais un geste grave et très traumatique, que la situation s'était aggravée progressivement, qu'il existait une corrélation entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives, que l'arthrose post-traumatique et l'œdème généraient toujours des douleurs, que les affections de la cheville avaient des conséquences cervico-dorso-lombalgiques qui rendaient les postures debout douloureuses,

limitant les posture debout, que même en position assise, la recourante devait pouvoir régulièrement surélever sa jambe, plus haut que le cœur, soit être en position couchée pendant une heure, qu'une activité de plus de 50% n'était pas possible pour des motifs d'ordre circulatoire, que les douleurs liées à la prothèse étaient importantes et nécessitaient des périodes de repos, ce qui justifiait une réduction de la capacité de travail déjà depuis 2001, que le changement de prothèse de 2006 avait eu un impact négatif sur l'état de santé de la recourante, que la mobilité était moindre, que l'évolution n'avait pas été bonne, car la recourante souffrait d'une mauvaise cicatrisation, d'un état inflammatoire et d'œdème, nécessitant un traitement par massages et pommades, ainsi que le repos de la jambe en l'air, qu'il ne pouvait dater la stabilisation de l'état de santé, mais qu'il pensait plutôt que l'état de santé n'était pas stabilisé entre 2001 et 2005, que le système de drainage lymphatique avait été abimé à la suite des interventions, qu'enfin, il ne pouvait pas dire si la jambe devait être surélevée en 2001 déjà, car il n'avait constaté que l'état actuel en juillet 2010, mais qu'il était certain que, dès 2006, il existait un problème de peau et d'œdèmes.

c) Le 13 avril 2015, le Dr AF_____ a rendu un complément d'expertise; il a relevé que la recourante se plaignait d'une augmentation des douleurs à la cheville gauche depuis 2010, de boiterie entraînant des douleurs au genou gauche et au rachis, de cheville gauche enflée en permanence; il a constaté une chute du bassin de un centimètre à gauche, entraînant des troubles posturaux de la colonne lombaire et dorsale, une tendinite de la patte d'oie au genou gauche, un œdème de la cheville gauche avec peau tendue et fine et un périmètre des cuisses mollets diminué de trois centimètres à gauche; l'expertise du CEMed ne mentionnait pas la déformation et l'œdème de la cheville gauche, l'amyotrophie du MIG, la chute du bassin à gauche, la tendinite de la patte d'oie du genou gauche; lui-même les avait mentionnés pour bien faire comprendre le retentissement de l'atteinte majeure de la cheville gauche sur le reste du corps (genou gauche et rachis). La situation s'était empirée par rapport à 2010, de sorte que la capacité de travail était de 50% le matin, dans un emploi adapté; la recourante devait l'après-midi, et cela dès le 15 novembre 2001, surélever sa jambe et faire des exercices pour éviter l'aggravation de l'œdème. Le tableau clinique était totalement en lien avec l'accident, en particulier les cervico-dorso-lombalgies provoquées par la boiterie, lesquelles étaient expliquées par un substrat organique, soit la boiterie, l'amyotrophie du membre inférieur gauche et la chute du bassin (fausse scoliose à gauche), l'IPAI était de 25%.

19. a) Il est à constater que les rapports d'expertise du Dr AF_____ de 2010 et 2015 remplissent les exigences jurisprudentielles précitées, pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante, à tout le moins en ce qui concerne l'appréciation de la situation médicale de la recourante postérieurement à l'année 2006, soit après la pose de la seconde prothèse.

Ces expertises tiennent compte des pièces médicales pertinentes, relatent l'anamnèse, les plaintes de la recourante, posent des diagnostics clairs et motivent de façon convaincante la capacité de travail à laquelle elles concluent.

b) S'agissant de la période antérieure à l'année 2006, la chambre de céans constate que le Dr AF_____, bien qu'ayant fixé une incapacité de travail de 80% dans l'activité de masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité adaptée dès 2001, a, en réalité, considéré qu'il ne lui était pas possible de se déterminer précisément sur cette période. Le Dr AF_____ a attesté, en juillet 2010, d'une aggravation de l'état clinique dès 2001, avec la pose de la prothèse; il a conclu que la recourante présentait, depuis le 15 novembre 2001, une capacité de travail de 20% comme masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité d'employée de bureau et précisé en audience que l'incapacité de travail était motivée par les douleurs liées à la prothèse de la cheville (PV du 10 février 2011); la chambre de céans constate cependant que cette capacité de travail est précisément motivée par les constatations cliniques que l'expert a faites en 2010 et, en particulier, en tenant compte de la pose de la seconde prothèse en 2006; il a d'ailleurs relevé que les douleurs au niveau de la cheville avaient augmenté depuis 2010 (rapport AF_____ 2015, p. 6); lors de son audition (PV des 10 février 2011 et 16 juin 2011), le Dr AF_____ a admis qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la période de 2001 à 2006, en particulier sur l'expertise rhumatologique du Dr P_____ d'avril 2006, laquelle conclut à une capacité de travail de la recourante de 100% dans une activité de bureau, car il n'avait pas examiné la recourante à cette époque. Il a déclaré qu'il avait une autre appréciation que le Dr P_____, car celui-ci avait examiné la recourante avant le changement de prothèse. Il a également répété que la mobilité de la cheville était nulle depuis l'intervention de 2006, mais qu'il ne pouvait pas se prononcer avant la situation de 2006; il a précisé qu'il s'était déterminé sur la situation de la recourante après le changement de prothèse de 2006 qui avait eu un impact négatif sur l'état de santé de la recourante; il a encore indiqué qu'il pensait que l'état n'était pas stabilisé entre 2001 et 2005, mais qu'il était difficile de se déterminer (PV précités); il a relevé que la recourante devait lever sa jambe, car le système de drainage lymphatique avait été abimé à la suite des interventions, soit celles de 2001 et 2006, confirmant ainsi qu'il s'agit de constatations postérieures à l'année 2006; il a même déclaré qu'il ne pouvait pas dire si la recourante devait lever sa jambe déjà depuis 2001, dans la mesure où il n'avait constaté que l'état en juillet 2010, et que les radiographies ne permettaient pas de voir l'état de la peau ou un œdème; enfin, il était certain qu'à partir de 2006, il existait un problème de peau et d'œdème (PV précités); il a ainsi motivé ses conclusions par rapport à la situation médicale de la recourante après la pose de la prothèse de 2006 en renonçant à des conclusions claires sur la période antérieure.

Dans son complément d'expertise, le Dr AF_____ ne motive pas précisément la capacité de travail réduite depuis le 15 novembre 2001, mais se réfère à son avis

de 2010; il rappelle que la limitation de la capacité de travail est due à la présence d'un œdème, sans expliquer la présence de celui-ci dès l'année 2001.

Dans ces conditions, la conclusion du Dr AF_____ quant à une capacité de travail de la recourante de 20% comme masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité adaptée ne peut être admise s'agissant de la période antérieure à la rechute de 2006, l'expert ayant lui-même relativisé le bien-fondé de ses conclusions pour cette période. En particulier, on ne saurait suivre la constatation d'une capacité de travail réduite de la recourante depuis le 15 novembre 2001.

c) En revanche, cette capacité de travail de 20% comme masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité adaptée est motivée de façon convaincante par l'expert après la pose de la seconde prothèse le 10 août 2006 et postérieurement aussi à la période d'incapacité de travail reconnue par l'intimée suite à l'intervention de 2006; pour rappel, celle-ci a versé une indemnité journalière dès le 21 mars 2006, sur la base d'une incapacité de travail oscillant entre 80% et 100%, puis a considéré que l'état de santé était stabilisé au 1^{er} décembre 2007. L'expert AF_____ a en effet relevé une arthrose post-traumatique importante, des mouvements articulaires nuls de la cheville gauche, empêchant une utilisation correcte de celle-ci, des douleurs, des difficultés à la marche et des douleurs dans le rachis; l'œdème, l'inflammation et les douleurs nécessitaient des périodes de repos, avec la possibilité de se coucher pour pouvoir drainer le membre inférieur gauche, le système de drainage lymphatique ayant été abîmé à la suite des interventions. Un travail adapté pouvait être assumé à 50%, le matin, dans un emploi adapté, la recourante devant se coucher l'après-midi et faire des exercices pour éviter une aggravation de l'œdème. L'expert a ainsi motivé précisément la limitation de la capacité de travail de la recourante à 50% dans une activité de bureau.

d) S'agissant en particulier des cervico-dorso-lombalgies, le Dr AF_____ a mentionné, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies sur trouble de la posture (complément p. 9); ce diagnostic rejoint celui posé par le SMR en juin 2008 de cervico-dorsalgies chroniques sans troubles neurologiques (rapport SMR p. 5). Le Dr P_____ avait, lui aussi, posé le diagnostic, en avril 2006, de cervicalgies et dorsalgies hautes apparues depuis environ un an, soit en avril 2005 (rapport P_____ p. 3).

Il y a lieu de constater que l'expert a attesté que le tableau clinique était entièrement en lien avec l'accident, en particulier, les cervico-dorso-lombalgies provoquées par la boiterie, qui avait modifié la posture du rachis et entraîné des douleurs positionnelles, objectivées par l'amyotrophie du membre inférieur gauche et la chute du bassin; cette constatation n'est pas sérieusement remise en cause par les autres avis médicaux au dossier; elle est même confortée par plusieurs médecins-intervenants; dans le même sens, le Dr AD_____ a attesté le 1^{er} décembre 2008 qu'on pouvait vérifier que des phénomènes de compensation

rachidienne étaient survenus suite à la pose de la prothèse; le 29 mars 2011, il a indiqué qu'en tant que spécialiste en rhumatologie, il confirmait que la boiterie de la recourante était bien responsable des cervico-dorsalgies. Le Dr AE_____ a également estimé que les douleurs étaient imputables à l'accident, dès lors que l'enraidissement et les douleurs à la cheville avaient entraîné des troubles posturaux (avis du 18 janvier 2009); le Dr V_____ a relevé des dorso-lombalgies en rapport avec la boiterie (avis du 7 avril 2010). Le CEMed a mentionné que la cervicarthrose était de façon possible en relation de causalité naturelle avec l'accident. Les avis contraires du Dr K_____ des 24 février, 19 mai, 27 mai et 24 août 2011, sommairement motivés, ne sont pas convaincants, dès lors que ce dernier part du principe théorique que, pour surcharger le rachis, il faut pouvoir marcher en boitant sur une longue distance, qu'une demi-heure de marche n'est pas suffisante pour cela, le périmètre de marche étant fortement réduit et qu'il n'y a pas de substrat organique pour expliquer les troubles du rachis, de surcroît, sans avoir examiné la recourante.

En conséquence, les cervico-dorso-lombalgies survenues en avril 2005 doivent être qualifiées de séquelles tardives de l'accident de 1984 et sont en lien avec l'accident. Elles participent ainsi à l'incapacité de travail attestée par le Dr AF_____.

e) S'agissant du moment précis à partir duquel la capacité de travail réduite évaluée par le Dr AF_____, postérieurement à la pose de la prothèse en août 2006, doit être admise, il convient également de prendre en compte les autres rapports au dossier, notamment celui du SMR du 12 juin 2008, celui du Dr AE_____ du 28 janvier 2009 et, s'agissant des constatations cliniques, celui du CEMed du 10 mai 2013.

20. a) La recourante a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique au SMR le 9 juin 2008. A cette époque, le SMR a constaté que la recourante pouvait effectuer à 100% un travail sédentaire ou semi-sédentaire, en alternant les positions assise et debout, en évitant le port de charge de plus de 10kg, les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, la montée/descente de marches/escaliers, la marche en terrain irrégulier et la position debout prolongée. Le SMR a constaté des cicatrices calmes, une cheville stable et une mobilité de l'articulation sous-astragalienne gauche nulle. Le SMR signale seulement une tuméfaction globale de la cheville, sans autre précision. Postérieurement à l'expertise du Dr AF_____, soit les 9 novembre 2010, 11 février 2011 et 20 septembre 2011, le SMR s'est prononcé sur le rapport de ce dernier et a constaté que le Dr AF_____ mentionnait des indices d'aggravation par rapport au rapport du SMR du 12 juin 2008; la perte musculaire avait augmenté au membre inférieur gauche de un centimètre à trois centimètres; la peau était mentionnée en mauvais état; la boiterie avait augmenté, tout comme les problèmes vertébraux. Il a considéré que les conclusions du Dr AF_____ concernaient la situation après aggravation de l'état de santé de la

recourante et a confirmé une diminution de la capacité de travail à 20% dans l'activité habituelle et à 50% dans une activité adaptée, postérieurement au 1^{er} décembre 2008, en relevant au surplus qu'à cette date, la recourante avait été examinée par les Drs H_____ et Z_____, lesquels n'avaient pas attesté d'un mauvais état de santé de la peau, ce qui ne leur aurait d'ailleurs pas permis de proposer une nouvelle intervention, comme ils l'avaient fait.

Il convient de suivre les conclusions du SMR sur la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à décembre 2008, lesquelles ne sont pas valablement remises en cause par le rapport médical subséquent du CEMed, comme il sera discuté ci-après.

b) Par ailleurs, la capacité de travail limitée dans une activité adaptée a aussi été mentionnée par le Dr AD_____, lequel a indiqué en janvier 2010 que la recourante pouvait travailler dans une activité adaptée à 50% pour lui permettre de se reposer et de faire les différents traitements (avis du 5 janvier 2010).

c) S'agissant de l'expertise du Dr AE_____ du 28 janvier 2009, elle relève une différence de mensurations des mollets et bi-mallolaire de la recourante; elle constate une amyotrophie du mollet gauche et un empâtement de la cheville gauche avec boiterie, des enraidissements et douleurs de la cheville gauche ayant entraîné des troubles posturaux et des douleurs rachidiennes, cervicales, dorsales et lombaires; les cicatrices sont indiquées comme non sensibles; l'expert estime que l'activité de masseuse peut être exercée à 20% et celle d'employée de bureau en position assise à 100%. Ce rapport, fondé sur un examen de la recourante du 5 décembre 2008, rejoint, dans les diagnostics, constatations et conclusions, celui du SMR du 12 juin 2008. En particulier, il ne constate pas, contrairement aux rapports subséquents du CEMed et du Dr AF_____, la nécessité pour la recourante de surélever sa jambe, ne fait pas état d'un œdème, dans la mesure décrite par le Dr AF_____, mais uniquement d'un empâtement de la cheville gauche, ni de cicatrices douloureuses au toucher, ou encore d'un mauvais état de la peau.

d) Dans ces conditions, il convient de relever que l'aggravation de l'état de santé de la recourante, tant du point de vue de la cheville que du point de vue vertébral, constatée par le Dr AF_____ lors de son examen clinique des 6 et 15 juillet 2010, et confirmée par le SMR en 2011 est survenue en tous les cas postérieurement aux examens cliniques effectués tant par le SMR (9 juin 2008), que par les Drs Z_____ et H_____ (1^{er} décembre 2008) et par l'expert AE_____ (5 décembre 2008). Le Dr V_____ a d'ailleurs attesté d'une reprise possible de travail à 100% de la recourante dès le 1^{er} décembre 2008 (certificat médical du 27 novembre 2008 adressé à la caisse SYNA). Comme constaté par le SMR, il convient d'admettre que l'état de santé de la recourante, qui était stabilisé au 1^{er} décembre 2007, s'est progressivement dégradé postérieurement à décembre 2008 par la survenance d'une nouvelle rechute.

Partant de ce constat, la chambre de céans considère que dès le 6 juillet 2010, date de l'examen de la recourante par l'expert AF_____, l'état de santé de celle-ci était stabilisé, avec une aggravation constatée par ce médecin, laquelle entraînait une incapacité de travail de 80% dans l'activité de masseuse-réflexologue et de 50% dans une activité adaptée de type administratif, cela à la suite de la dégradation progressive de l'état de santé de la recourante postérieurement à décembre 2008.

En l'absence de documents médicaux probants au dossier attestant de l'état de santé de la recourante entre l'examen du Dr AE_____ du 5 décembre 2008 et celui du Dr AF_____ du 6 juillet 2010, l'aggravation de l'état de santé de la recourante ayant entraîné une limitation de la capacité de travail de celle-ci ne peut être admise avant le 6 juillet 2010, date de l'expertise du Dr AF_____ et n'est pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, prouvée antérieurement.

21. La chambre de céans constate que les avis contraires des experts du CEMed qui se sont prononcés postérieurement au rapport du Dr AF_____ ne résistent pas à l'examen et ne sont pas susceptibles de mettre en doute les constatations et conclusions du Dr AF_____, confirmées par le SMR.

A cet égard, le rapport d'expertise judiciaire du CEMed du 10 mai 2013 rejoint celui du Dr AF_____ dans le sens où il constate une bascule du bassin à gauche de un centimètre environ, une boiterie, une périmètre du mollet à gauche inférieur de trois centimètres, une cheville gauche dont le périmètre est supérieur de trois centimètres, une cicatrice à la cheville douloureuse au toucher, une inégalité des membres inférieurs (périmètre mollets/cheville), une mobilité de la cheville gauche quasi nulle, une mauvaise évolution de la fracture de la cheville gauche, conduisant à une arthrose précoce et sévère, et un résultat très moyen de la dernière pose de la prothèse de 2006 sur le plan de la symptomatologie douloureuse et fonctionnelle; il rejoint également l'expertise du Dr AF_____ lorsqu'il considère qu'une activité de bureau est adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante et que celle-ci doit lever et poser son pied gauche régulièrement en l'air.

Ce rapport diverge toutefois de celui du Dr AF_____ dans le sens qu'il ne reconnaît qu'une diminution de rendement de 20% en rapport avec la nécessité de surélever le pied gauche, alors que le Dr AF_____ considère que la capacité de travail, pour le même motif, est limitée à 50%.

A cet égard et comme l'a relevé le Dr AF_____, le CEMed n'a pas spécifiquement mentionné l'œdème à la cheville gauche, alors que celui-ci justifie selon lui la limitation de la capacité de travail de la recourante à 4 heures le matin, avec la nécessité de surélever la jambe, en se couchant, durant l'après-midi; le Dr AF_____ a expliqué de façon précise et convaincante que le système de drainage lymphatique avait été abimé à la suite des deux interventions de la cheville en 2001 et 2006, ce qui entraînait la présence d'un œdème douloureux qui augmentait au cours de la journée et nécessitait une surélévation du pied durant l'après-midi,

avec la possibilité de se coucher, ainsi qu'un traitement par drainage lymphatique. Or, l'expertise du CEMed ne prend pas en compte les lésions du système de drainage lymphatique, tout en n'expliquant pas pour quelle raison et pourquoi la recorante doit surélever sa jambe gauche; elle admet cette limitation, mais ne mentionne pas d'œdème, de tuméfaction ou d'empâtement de la cheville gauche, ou des conséquences à venir sur la cheville gauche si la jambe n'est pas surélevée au cours de la journée, ce qui n'est pas cohérent; seule une différence du périmètre des deux chevilles est mentionnée (rapport CEMed p. 17); elle ne mentionne pas non plus combien de temps la surélévation du pied gauche serait suffisante pour empêcher une complication; elle parle de nécessité de surélever le pied gauche de temps en temps (rapport CEMed p. 18), puis régulièrement (rapport CEMed p. 20), ou encore de la nécessité de faire des pauses prolongées pour surélever la jambe gauche (rapport CEMed p. 21), sans donner de plus amples précisions. En outre, le CEMed fixe une diminution de rendement, dans une activité assise, à 20% (rapport CEMed p. 22). Cependant, il évoque une diminution de 25% s'agissant de l'activité de masseuse en position assise (rapport CEMed p. 21), en se référant à l'évaluation du Dr P_____, ce qui n'apparaît pas cohérent. Le CEMed admet dans le même temps la gravité de la lésion en relevant que l'évolution, depuis le changement de prothèse de 2006, est peu satisfaisante, avec d'importantes limitations de la cheville gauche et des douleurs en station debout et qu'il est possible que la situation se détériore, vu le changement de prothèse et que l'évolution aboutisse à une amputation à mi-jambe. Le CEMed reconnaît que des divergences existent entre les médecins intervenants, s'agissant de l'estimation de la capacité de travail, sans motiver plus avant sa propre position (rapport CEMed p. 22). Par ailleurs, le CEMed retient dans les diagnostics une cervicarthrose C5-C6 et C6-C7, documentées dès 2008, mais estime qu'elle est sans conséquence sur la capacité de travail et que les douleurs du rachis n'ont pas d'autre substrat organique. Or, le Dr AF_____ a fait état des cervico-lombalgies comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, ce qui a été confirmé par le SMR dès le 1^{er} décembre 2008 et dont la causalité avec l'accident doit être admise (consid. 19 d). Le Dr AF_____ a aussi précisé de façon convaincante dans son complément d'expertise que les cervico-dorso-lombalgies étaient expliquées par un substrat organique (rapport AF_____ 2015 p. 11).

Au vu de ce qui précède, l'expertise du CEMed n'emporte pas la conviction.

22. L'avis, également contraire et très succinct, du Dr K_____ du 17 juin 2013 n'emporte pas non plus la conviction. En effet, le Dr K_____, qui n'a pas examiné la recorante, conteste la baisse de rendement de 20% retenue par les experts du CEMed, au motif que la recorante serait restée assise une heure sans problème pendant l'expertise, et qu'une tuméfaction de la jambe ou du pied n'est pas mentionnée par les experts du CEMed. Il admet cependant une diminution de rendement maximale de 10%.

Or, cet avis part du principe que les experts du CEMed ont prescrit une surélévation régulière du pied gauche sans aucun motif objectivable; le Dr K_____ retient lui-même une diminution de rendement de 10% sans la motiver; il ne se prononce pas du tout sur les constatations et conclusions de l'expertise du Dr AF_____, alors même que l'expertise 2010 du Dr AF_____ a été versée au dossier LAA et cet expert entendu devant la chambre de céans le 16 juin 2011. Il ne se prononce en particulier pas du tout sur la nécessité établie par le

Dr AF_____ de surélever le pied gauche plus haut que le cœur, nécessitant la position couchée, ni sur l'état douloureux du pied; le fait, pour l'assurée, de rester assise durant une heure n'exclut de surcroît pas les limitations fonctionnelles invoquées par le Dr AF_____; enfin, le Dr K_____ exclut toute relation de causalité entre l'accident et les cervico-dorso-lombalgies, de sorte qu'il n'en tient pas du tout compte dans le cadre de la diminution de rendement, alors que ces dernières sont bien en relation de causalité avec l'accident.

Cet avis ne peut, en conséquence, être suivi.

23. S'agissant de la période entre le 7 janvier 2002 et la rechute de 2006, il convient de constater que les avis médicaux au dossier retiennent une capacité de travail de la recourante de 100% dans toute activité. A cet égard, le Dr C_____ a confirmé, le 8 janvier 2002, que la recourante avait repris une activité à 100%; il n'a pas évoqué d'incapacité de travail dans ses rapports subséquents des 9 avril 2002, 1^{er} octobre 2002 et 21 janvier 2003; par ailleurs, comme il a été exposé ci-dessus, l'incapacité de travail fixée par le Dr AF_____ à 80% comme masseuse-réflexologue et à 50% dans une activité adaptée ne saurait être retenue depuis le 15 novembre 2001, dès lors qu'elle se fonde sur l'aggravation de l'état de santé de la cheville après la pose de la seconde prothèse en août 2006, comme le Dr AF_____ l'a lui-même admis et qu'elle doit être considérée comme ayant une influence sur la capacité de travail seulement dès le 6 juillet 2010, comme il a été exposé ci-dessus. La recourante était donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, capable de travailler à 100% dans toute activité, du 7 janvier 2002 jusqu'à la rechute de 2006.

S'agissant de la capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2007, soit dès la stabilisation de l'état de santé de la recourante, elle a, au vu des rapports médicaux au dossier continué d'être entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, soit une activité de bureau. S'agissant de l'activité de masseuse-réflexologue, elle a été arrêtée à 50% depuis le 1^{er} janvier 2007 par le SMR, avis sur lequel s'est fondée l'intimée; le Dr AE_____ a considéré que l'activité de masseuse-réflexologue était exigible seulement à 20% depuis le 10 décembre 2007 (rapport AE_____ p. 14); quant au CEMed, il a retenu une capacité de travail de la recourante de 100%, avec un rendement de 80% comme masseuse-réflexologue. La chambre de céans constate ainsi que les avis médicaux au dossier retiennent une capacité de travail partielle, oscillant entre 20%, 50% et

80% comme masseuse-réflexologue, postérieurement à la rechute de 2006. La question du taux précis de cette capacité de travail et de son point de départ peut cependant rester ouverte; en effet, le calcul du degré d'invalidité commande de prendre en considération, au 1er décembre 2007, un revenu à 100% dans une activité adaptée de bureau et non pas un revenu partiel en tant que masseuse-réflexologue, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cette question.

En conséquence, l'appréciation des rapports médicaux au dossier aboutit, s'agissant des périodes litigieuses, à la reconnaissance d'une capacité de travail de la recourante de 100%, dans toute activité, depuis le 7 janvier 2002 (sous réserve de l'incapacité de travail admise suite à la rechute de 2006), de 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} décembre 2007 et de 20% dans l'activité de masseuse-réflexologue et 50% dans une activité adaptée depuis le 6 juillet 2010.

24. a) Vu la capacité de travail totale reconnue à la recourante dans toute activité au 7 janvier 2002, date à laquelle l'état de santé était stabilisé suite à la rechute de 2001, aucun droit à une rente d'invalidité n'est ouvert dès le 7 janvier 2002.

Il convient encore de calculer le taux d'invalidité de la recourante au 1^{er} décembre 2007, moment où l'état de santé a été stabilisé, postérieurement à la seconde rechute de 2006.

b) S'agissant du salaire d'invalidé, le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 30 avril 2012 concernant la procédure AI, l'a calculé en se fondant sur l'ESS 2002, tableau TA 7, pour une femme, ligne 23, niveau 4, soit CHF 4'769.- par mois; adapté à un horaire de travail hebdomadaire de 41,7 heures, il était de CHF 59'660.- par an. Il a confirmé la prise en compte par la chambre de céans d'un revenu correspondant aux "autres activités commerciales", lequel tenait mieux compte des limitations fonctionnelles de la recourante que celui de "secrétariat, travaux de chancellerie". Cette appréciation doit en l'espèce être suivie, les circonstances étant identiques. En particulier, il convient d'écarter le calcul de l'intimée, fondé sur un salaire statistique correspondant à une activité simple dans le secteur des activités financières et assurances et évalué à CHF 72'540.45 en 2007; à cet égard, on constate en effet que les tâches exercées par la recourante à la F_____ correspondaient déjà, selon le certificat de travail du 10 janvier 2000, à une activité commerciale et administrative (ESS, TA 7, ligne 23), plutôt qu'à une activité de secrétariat, travaux de chancellerie (ESS 2006, TA 7, ligne 22), ou à une activité financière (ESS 2006, TA 1, lignes 64-66). L'employeur relate en effet des tâches de classement, expédition du courrier spécial, mise à jour des listes de signatures et remplaçante de la personne en charge du courrier banque restante et du centre de notification.

Prenant en compte l'ESS 2006, tableau TA 7, ligne 23, femme, niveau 4, le salaire mensuel est ainsi de CHF 4'950.-; rapporté à un horaire de travail hebdomadaire de 41,7 heures en 2006, il est de CHF 5'160.40 par mois, soit CHF 61'924.50 par année. Indexé à l'année 2007, il est de CHF 62'915.30. Il ne se justifie par ailleurs

pas d'appliquer une déduction sur le salaire d'invalidé, comme l'a relevé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 30 avril 2012.

c) Le revenu sans invalidité (art. 18 LAA), est une notion différente de celle du gain assuré (art. 15 LAA). Il s'évalue d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé et est pris en compte à 100%, indépendamment du fait que l'assuré mette ou non à profit entièrement sa capacité de travail (cf. consid. 8 c) supra). S'agissant du gain assuré, fixé à CHF 69'600.- par décision de l'intimée du 11 février 1991, il ne fait pas partie de l'objet du litige.

En l'occurrence, s'agissant du salaire sans invalidité, la recourante se prévaut de celui fixé en procédure AI, soit un revenu sans invalidité en 2002 de CHF 65'474.-, lequel, indexé à l'année 2007, est de CHF 69'565.40 (+ 1,4% en 2003; + 0,9% en 2004; + 1% en 2005; + 1,2% en 2006; +1,6% en 2007). L'intimée invoque un revenu sans invalidité de CHF 42'428.30 en tant que masseuse-réflexologue. A cet égard, le salaire réalisé auprès de la F_____ ne peut pas être considéré comme un salaire sans invalidité pertinent pour le calcul en 2007 du taux d'invalidité, dès lors qu'il a été réalisé pour la dernière fois en 1999, soit plus de sept ans auparavant et que la recourante a été reconnue totalement capable de travailler entre le 7 juillet 2002 et la rechute de 2006. Dans cette hypothèse, il convient de se baser, au mieux, sur le salaire statistique, soit en l'occurrence un salaire sans invalidité identique au salaire d'invalidé. La question de savoir si, en 2007, le revenu sans invalidité doit correspondre à celui de masseuse-réflexologue, plutôt qu'à celui, statistique, d'une secrétaire/réceptionniste, peut de toute façon rester ouverte, le taux d'invalidité étant, vu le revenu d'invalidé de CHF 62'915.30, dans les deux hypothèses, inférieur au taux minimum de 10% donnant droit à une rente.

La recourante n'a ainsi droit à aucune rente d'invalidité au 1^{er} décembre 2007.

25. Il est ensuite établi que la recourante a présenté une nouvelle rechute postérieurement à la stabilisation de son état de santé le 1^{er} décembre 2007, et plus précisément postérieurement à décembre 2008, par une aggravation progressive de l'état de la cheville gauche et du rachis, de sorte qu'au 6 juillet 2010, son état était à nouveau stabilisé avec une diminution de sa capacité de travail à 20% dans l'activité de masseuse, et à 50% dans une activité adaptée, notamment une activité de bureau.

Au demeurant, à la date de la décision litigieuse statuant sur la rente d'invalidité, soit au 27 mai 2009, la recourante n'avait pas droit à une rente, le taux d'invalidité n'atteignant pas le seuil minimum de 10%, selon le calcul du taux d'invalidité effectué au 1^{er} décembre 2007. La survenance de la rechute, par l'aggravation progressive de l'état de santé de la recourante, tant du point de vue de la cheville, que du point de vue du rachis, n'a eu d'incidence sur la capacité de travail de la recourante que dès le 6 juillet 2010, date à laquelle l'état de santé doit être

considéré comme stabilisé, soit à une date postérieure à la décision litigieuse du 27 mai 2009, laquelle ne peut dès lors qu'être confirmée.

26. a) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366 ; ATF 9C_711/2011 du 26 avril 2012, consid. 3.1.).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 503 consid. 1.2 p. 503 et les références; arrêt 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.3 [SVR 2012 IV n° 35 p. 136] ; ATF 9C_636/2014 du 10 novembre 2014, consid. 3.1.).

b) La limitation de la capacité de travail de la recourante étant survenue postérieurement à la date de la décision litigieuse, soit dès le 6 juillet 2010, la chambre de céans a interpellé les parties afin qu'elles se prononcent sur une éventuelle extension de l'objet du litige.

L'intimée, dans sa réponse du 19 juin 2015, a considéré qu'elle s'était prononcée, dans sa décision du 27 mai 2009, sur le droit à la rente de la recourante, également pour la période postérieure au 27 mai 2009. Quant à la recourante, elle a indiqué ne pas avoir d'objections à l'extension de l'objet du litige.

En l'occurrence, la question du droit à une rente d'invalidité dès juillet 2010 est étroitement liée à celle du droit à la rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2007, dès lors qu'elle relève du même accident et fait suite à une rechute; en outre, les parties, et en particulier l'intimée, se sont exprimées sur la question de l'extension de l'objet du litige; il convient, dans ces conditions, d'étendre le litige à la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité depuis le 6 juillet 2010.

27. Il convient en conséquence de calculer le taux d'invalidité de la recourante au 6 juillet 2010.

a) En l'occurrence, s'agissant du revenu sans invalidité, il convient de se fonder sur le revenu que la recourante a réalisé en 2010, année pertinente pour le calcul du degré d'invalidité. La chambre de céans constate qu'au 6 juillet 2010, date à laquelle le droit à une rente d'invalidité doit être calculé, l'état de santé de la recourante étant stabilisé, la recourante exerçait une activité de secrétaire-réceptionniste à 50% pour l'Etat de Genève dans le cadre d'un programme d'emploi et de formation (PCEF, art. 6E de la loi en matière de chômage, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 août 2012, contrat du 11 janvier au 12 juillet 2010). C'est d'ailleurs également exclusivement dans ce domaine – élargi aux activités de téléphoniste/commise administrative, qui regroupent des tâches similaires – que la recourante a effectué des recherches d'emploi lorsqu'elle était inscrite à l'OCE, entre décembre 2008 et avril 2012. C'est également dans ce domaine que la recourante avait été engagée du 15 septembre 1994 au 31 décembre 1999 par la F_____, selon le certificat de travail celle-ci du 10 janvier 2000.

Le revenu sans invalidité correspond ainsi à celui d'une secrétaire réceptionniste, dès lors qu'en 2010 la recourante exerçait un tel emploi et doit être pris en compte à 100%, indépendamment du fait que la recourante exerçait cette activité à 50%. Quant à l'activité de masseuse-réflexologue, elle n'a été exercée que sporadiquement; il ressort en particulier du dossier de l'OCE que pour l'année 2009 la recourante a réalisé un gain intermédiaire brut comme masseuse-réflexologue de CHF 3'015.-, soit de CHF 251.25 par mois; cette activité était dès lors très accessoire et ne correspondait pas aux aspirations de la recourante, celle-ci disposant, pour rappel, dans ce domaine d'une capacité de travail partielle, dès l'année 2007 (située entre 20% et 80%). A partir de l'année 2008, la recourante s'est d'ailleurs exclusivement attachée à la recherche d'un emploi dans le domaine du secrétariat/réception et non pas dans celui de masseuse-réflexologue, alors même qu'elle aurait pu exercer cet emploi en tant que salariée. Il n'y a ainsi pas lieu de prendre en compte un salaire sans invalidité de masseuse-réflexologue. Enfin, le salaire mensuel de CHF 1'105.05, convenu dans le cadre de l'emploi PCEF, n'est pas pertinent, dès lors qu'il n'est pas significatif du salaire usuel pour ce domaine d'activité. Il convient dans ces circonstances, soit en présence d'une assurée qui n'a pas retrouvé un emploi et qui exerçait une activité PCEF, de se fonder sur le salaire statistique, en l'occurrence selon l'ESS 2010, tableau TA 7, ligne 23, femme, niveau 4 "autres activités commerciales et administratives."

b) La jurisprudence a précisé que lorsque les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision (arrêt U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b) -, il était superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF

126 V 75, de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; ATF 9C_260/2013 du 9 août 2013, consid. 4.2.).

En l'occurrence, le salaire d'invalidé doit être calculé de la même manière que le salaire sans invalidité, soit en application de l'ESS 2010 pour une activité commerciale ou administrative (cf. consid. 24. b)), de sorte que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, arrêté à 50%.

c) La recourante a, en conséquence, droit à une rente d'invalidité de 50% depuis le 1^{er} juillet 2010.

28. Selon l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

L'annonce à l'assureur social permet de préserver le délai de l'art. 24 al. 1 LPGA (ATF 9C_532/2011 du 7 mai 2012).

Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

Selon l'art. 7 l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) du 11 septembre 2002, le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Si un intérêt moratoire n'est dû, au sens de l'art. 6, que sur une partie de la prestation, il sera calculé au moment du paiement sur la prestation entière et sera versé en proportion de la part de prestation sur laquelle les intérêts sont dus par rapport à l'intégralité de la prestation (al. 3).

En l'occurrence, la rente due dès le 1^{er} juillet 2010 n'est pas prescrite, l'intimée ayant été saisie d'une demande antérieurement à la naissance du droit à la rente.

Un intérêt moratoire est au surplus dû depuis le 1^{er} juillet 2012, soit 24 mois après la naissance du droit.

29. Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement

prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 pour cent au moins). Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (ATF 8C_179/2014 du 16 mars 2015, consid. 4.1.).

Les cervico-dorso-lombalgies ayant été admises comme suites de l'accident, l'intimée est tenue de prendre en charge leur traitement médical, au titre de séquelles tardives, entre le 1^{er} avril 2005 et le 30 novembre 2007 (art. 10 LAA), l'état de santé étant stabilisé dès le 1^{er} décembre 2007.

Un éventuel droit à la prise en charge du traitement médical postérieurement au 6 juillet 2010, date de la naissance du droit à la rente de la recourante (cf. infra consid. 21), sort de l'objet du présent litige (art. 21 LAA) et n'a, de surcroît, pas été requis par la recourante.

30. Enfin, s'agissant du montant de l'IPAI, le Dr AF_____ a confirmé le bien-fondé d'une IPAI de 25% en se référant aux tables utilisées dans les cas d'accident et à l'appréciation du Dr K_____. Celui-ci s'est prononcé le 17 juin 2013 - après l'avis du CEMed, concluant à une IPAI de 30% pour arthrose de tout la cheville et de 35% en cas d'amputation future de la cheville - en relevant que la table 5 de la SUVA prévoyait précisément un taux de 25% maximum pour une arthrose tibio-tarsienne avec prothèse et résultat mauvais (SUVA – table 5 [révision 2011] – articulation tibio-tarsienne).

Dans ces conditions, la conclusion de la recourante visant à l'octroi d'une IPAI de 35% ne peut qu'être rejetée, étant relevé qu'une aggravation telle qu'envisagée par le CEMed, soit l'amputation de la cheville, ne saurait être actuellement qualifiée de vraisemblable, mais pourra, cas échéant, donner lieu à une révision (SUVA – table 4 – perte de la cheville – 35%).

31. Au vu de ce qui précède, le recours du 23 février 2012 sera admis et la décision du 25 janvier 2012 de l'intimée sera annulée. Il sera dit que la recourante a droit à la prise en charge des frais de traitements relatifs aux cervico-dorso-lombalgies, du 1^{er} avril 2005 au 30 novembre 2007.

Le recours du 26 juin 2009 sera rejeté et la décision du 27 mai 2009 sera confirmée. Il sera dit, par extension du litige, que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 50% dès le 1^{er} juillet 2010, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2012.

32. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- 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]).

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 les recours des 26 juin 2009 et 23 février 2012 recevables.

Au fond :

2. Admet le recours du 23 février 2012.
3. Annule la décision du 25 janvier 2012.
4. Dit que la recourante a droit à la prise en charge par l'intimée du traitement médical des cervico-dorso-lombalgies du 1er avril 2005 au 30 novembre 2007.
5. Rejette le recours du 26 juin 2009.
6. Confirme la décision du 27 mai 2009.
7. Dit, par extension du litige, que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 50% dès le 1er juillet 2010, avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2012.
8. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
9. 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

Alicia PERRONE

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