

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3175/2024

ATAS/628/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 août 2025**

**Chambre 9**

En la cause

**A\_\_\_\_\_**  
représentée par Me Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER,  
avocate

recourante

contre

**SWICA ASSURANCES SA**

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente ; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN,  
juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1976, a été engagée en date du 25 mai 2008 en qualité de caissière par la société B\_\_\_\_\_. À ce titre, elle travaillait à un taux de 76% et était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).

**b.** Le 9 décembre 2017, l'assurée a été percutée par une voiture alors qu'elle traversait la route sur un passage piéton. À teneur de la déclaration d'accident transmise à l'assurance par l'employeur en date du 14 décembre 2017, l'assurée avait été blessée « sur tout son côté droit ».

**c.** Selon les déclarations écrites de l'automobiliste ayant percuté l'assurée, recueillies par la police le jour de l'accident, celle-ci roulait entre 15 et 20 km/h.

**d.** L'assurance a pris en charge les suites de cet événement. L'assurée s'étant trouvée en incapacité de travail totale dès le 9 décembre 2017, elle a perçu des indemnités journalières de l'assurance à compter du 12 décembre suivant.

**B. a.** Le 13 décembre 2017, l'assurée a subi une spondylodèse postérieure avec fusion C6-C7 et une allogreffe osseuse au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

**b.** Dans un rapport du 3 janvier 2018, les médecins des HUG ont posé les diagnostics suivants : fracture de type B2 C6-C7 avec fracture de la facette articulaire supérieure gauche de C7, fracture tear drop de C3, fracture A1 de C7 à D4, rupture complète de la portion proximale du ligament croisé antérieur (LCA), rupture complète de la portion proximale du ligament collatéral médial et syndrome du tunnel carpien post-traumatique.

L'assurée a été transférée à l'Hôpital de Beau-Séjour en date du 26 décembre 2017 à des fins de rééducation.

**c.** Selon la lettre de sortie du 18 janvier 2018 établie par les médecins des HUG, au moment de l'accident, l'assurée avait été percutée à une vitesse d'environ 30 km/h. Elle était consciente à l'arrivée des ambulanciers et n'avait pas perdu connaissance.

L'assurée a regagné son domicile en date du 15 janvier 2018.

**d.** À teneur des rapports de consultation des 7 février, 28 mars et 5 juin 2018, établis par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'évolution post-opératoire de la spondylodèse était favorable, avec notamment une diminution progressive des douleurs et une disparition complète des hypoesthésies préopératoires aux membres supérieurs. L'assurée indiquait ressentir parfois des douleurs mécaniques para-vertébrales sans autres

douleurs associées. Lors de la consultation du 5 juin 2018, l'assurée rapportait également de fréquents oublis, des pertes de mémoire et des troubles de la vision.

**e.** Le 11 juillet 2018, l'assurée a subi, au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, une arthroscopie du genou droit, une plastie du ligament croisé antérieur (LCA) par tendon quadricipital, une suture du ménisque interne, une suture du ménisque externe pré-hiatal et une résection du ligament postéro-oblique interne. Les suites post-opératoires étaient favorables et l'assurée a regagné son domicile en date du 14 juillet 2018.

**f.** Le 7 septembre 2018, l'assurée a effectué un examen neuropsychologique. À teneur du rapport y relatif du 10 septembre 2018, établi par Madame C\_\_\_\_\_ et Monsieur D\_\_\_\_\_, psychologues et spécialistes en neuropsychologie FSP, l'examen mettait en évidence des difficultés attentionnelles légères à modérées (fluctuation de la vitesse de traitement) et un dysfonctionnement exécutif léger à modéré (défaut de planification). Les neuropsychologues retenaient également une symptomatologie post-traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) significative évaluée à l'aide d'un questionnaire auto-reporté, soit un problème sévère s'agissant de la sensibilité au bruit, un problème modéré concernant les troubles du sommeil, l'irritabilité, la sensation de déprime et l'agitation, un problème léger concernant les céphalées, les vertiges, la fatigue, la lenteur, le sentiment d'impatience et les troubles visuels. Un changement modéré était relevé quant à la capacité à participer à une conversation avec plusieurs personnes, à maintenir des activités sociales et à faire face aux exigences familiales. Un changement léger était mis en évidence dans le cadre de conversations avec une personne seule, pour trouver les mots rapidement et sans fatigue et pour maintenir les relations amicales. L'assurée éprouvait enfin de discrètes difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne, ses loisirs et son travail.

Compte tenu des difficultés attentionnelles et exécutives résiduelles objectivées, mais surtout de la symptomatologie spécifique au post-TCC auto-reportée, une reprise professionnelle devait s'effectuer à l'essai, de manière progressive. Au vu des changements émotionnels décrits par l'assurée, une prise en charge psychothérapeutique pour les symptômes post-TCC était fortement souhaitable auprès d'un psychologue spécialisé dans ce domaine.

**g.** À teneur du rapport de consultation du 13 novembre 2018 des HUG, établi par les docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin interne, l'évolution de l'état de santé de l'assurée, onze mois après la spondylodèse, était favorable. Les douleurs que l'assurée ressentait au niveau de la ligne médiane et para-vertébrale étaient d'origine musculaire. Sur le plan du status post-opératoire cervical, l'assurée était apte à reprendre son travail en tant que caissière à 100%.

**h.** Dans un rapport du 6 décembre 2018, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a indiqué que

l'assurée présentait une excellente évolution post-opératoire du genou droit, lequel était rétabli du point de vue des activités quotidiennes. Une réinsertion au sein de son travail lui était recommandée au vu de l'absence de séquelles post-opératoires.

**i.** Dans son rapport du 12 décembre 2018, H\_\_\_\_\_, psychologue et spécialiste en neuropsychologie FSP, a indiqué que l'assurée présentait une anosognosie et des troubles du comportement apparus quelques mois après le TCC. Ces derniers étaient *a priori* la conséquence du TCC subi lors de l'accident. Des antécédents personnels pouvaient également expliquer en partie certaines de ses réactions. L'évolution était lentement positive et la rééducation risquait d'être assez longue. L'assurée n'était selon elle pas en mesure de travailler.

**j.** Le 20 février 2019, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint aux HUG et spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a mentionné qu'il ne retenait aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue orthopédique.

**k.** Par communication du 16 avril 2019, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a communiqué à l'assurée qu'il prenait en charge une mesure de réinsertion auprès de son employeur, laquelle consistait en une activité de deux fois deux heures par semaine.

**l.** Dans son rapport du 2 mai 2019, relatif à l'évaluation neuropsychologique de l'assurée effectuée le 10 avril précédent, H\_\_\_\_\_ a indiqué que celle-ci présentait des troubles de l'attention, tandis que le reste du tableau était globalement dans les normes. L'assurée souffrait de fatigue et s'était d'ailleurs endormie pendant l'une des tâches. Des échelles comportementales mettaient en évidence une humeur anxio-dépressive légère et des symptômes post-traumatiques, tels qu'une hypersensibilité au bruit et à la lumière, une fatigue et des changements de comportement (irritabilité, impatience, retrait social). Selon H\_\_\_\_\_, ces troubles étaient compatibles avec les séquelles de son accident avec TCC du 9 décembre 2017. Une amélioration générale de toutes les fonctions cognitives était relevée, notamment au niveau mnésique, exécutif et attentionnel, mais aussi et surtout s'agissant des symptômes post-TCC. Malgré cette nette amélioration, une fatigabilité et quelques symptômes post-TCC persistaient, de sorte qu'il convenait de se montrer prudent sous l'angle de l'employabilité.

**m.** Le 22 mai 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée, après avoir effectué un essai de reprise du travail au début du mois de mai, avait ressenti des douleurs au genou droit à la suite de sa première journée, l'empêchant de reprendre son travail le lendemain. Bien que le genou droit fût bien cicatrisé, le résultat fonctionnel ne permettait pas la reprise du travail, surtout en rayon, dès lors que cette activité supposait une alternance entre les positions accroupie et debout et de faire des petits pas. D'un point de vue locomoteur, il était préférable qu'elle puisse reprendre un emploi non physique.

**n.** Dans son rapport du 11 novembre 2019, la docteure J\_\_\_\_\_, médecin praticienne FMH, a indiqué à l'assurance que l'assurée souffrait d'une gonalgie du genou droit et de douleurs de type neurogène, avec sensation d'engourdissement et de paresthésies. L'assurée présentait également des cervicalgies post-spodylodèse, une humeur anxio-dépressive et des symptômes post-traumatiques (hypersensibilité au bruit et à la lumière, trouble du comportement, fatigabilité). Elle se trouvait en incapacité de travail totale.

**o.** L'assurée a été licenciée en date du 13 décembre 2019 avec effet au 5 janvier 2020.

**p.** Dans son rapport du 19 décembre 2019, H\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée présentait des troubles du comportement de type agressivité, impatience et irritabilité, lesquels entraînaient une labilité de l'humeur et une baisse de motivation, ainsi qu'un état dépressif. Sur le plan du TCC, l'assurée remarquait toujours une importante fatigue, des problèmes d'inattention et de nombreux oublis. Selon H\_\_\_\_\_, les troubles attentionnels et mnésiques de l'assurée pouvaient être la conséquence de ses préoccupations en lien avec la situation, mais aussi être dus aux séquelles du TCC. Son comportement s'était quant à lui amélioré. Sur le plan cognitif, la situation pouvait théoriquement être considérée comme stable.

**q.** Le 12 mai 2020, l'assurée a bénéficié d'une neurolyse du nerf saphène droit au niveau du genou et d'une reprise cicatricielle.

**r.** Selon le nouveau rapport d'évaluation neuropsychologique établi par H\_\_\_\_\_ en date du 19 mai 2020, l'assurée présentait des « troubles en attention soutenue », le reste du tableau cognitif étant globalement dans les normes. Comme lors de la précédente évaluation, l'assurée souffrait de fatigue. H\_\_\_\_\_ relevait également la présence d'une humeur anxio-dépressive légère et de symptômes post-traumatiques, tels qu'une hypersensibilité au bruit et à la lumière, une fatigue avec troubles du sommeil, une irritabilité et une impatience, des difficultés de concentration avec oublis et des problèmes de raisonnement. Des changements de comportement socio-émotionnel étaient également relevés par son fils. Ces troubles étaient compatibles avec son accident avec TCC du 9 décembre 2017.

Compte tenu du temps écoulé depuis l'accident, une stabilisation sur le plan cognitif pouvait être retenue. L'assurée n'était pas en mesure de reprendre son emploi de caissière à un taux de 76%. Sa capacité de travail dans une activité adaptée serait inférieure à 40%.

**s.** Dans son rapport du 8 juin 2020, la docteure K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'à la suite de l'opération du 12 mai 2020, l'assurée n'avait plus ressenti de fourmillements, ni de paresthésies douloureuses, même si une douleur antérieure à l'extension complète persistait. La marche s'effectuait avec une petite boiterie.

t. Du 22 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2020, l'assurée a été admise au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des HUG en raison d'un épisode dépressif moyen et de velléités hétéro-agressives. Selon la lettre de sortie du 22 octobre 2020, l'évolution clinique dans ce cadre de soins de crise avait été favorable.

u. Le 21 octobre 2020, l'assurée a une nouvelle fois été opérée du genou droit par la Dre K\_\_\_\_\_, qui a pratiqué une arthroscopie, avec libération d'un conflit antérieur occasionné par un fragment osseux au pied de la plastie du LCA, et une plastie de l'échancre.

v. Dans son rapport du 5 janvier 2021, la Dre K\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution post-opératoire était plutôt favorable, avec une bonne récupération fonctionnelle du genou droit et une diminution des douleurs, malgré la persistance d'un engourdissement et d'une importante fatigabilité. La situation ne pouvait toutefois pas être considérée comme étant stabilisée.

w. En date du 1<sup>er</sup> février 2021, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et physiothérapie, a adressé un rapport détaillé à l'assurance, en retenant les diagnostics d'épisode dépressif avec symptôme somatique (F32.11) et de symptômes résiduels d'un état de stress post-traumatique (F43.1). La capacité de travail de l'assurée était comprise entre 10 et 40% et s'élevait tout au plus à 50% dans une « activité automatique » en position assise.

x. Selon le rapport du 22 mars 2021 de la Dre K\_\_\_\_\_, l'assurée, malgré une évolution post-opératoire favorable, souffrait de séquelles définitives post-traumatiques sous forme de douleurs chroniques liées aux lésions du nerf du saphène et d'une limitation fonctionnelle liée à une petite laxité interne du genou. Elle présentait également une tendinopathie du sus-épineux des deux épaules. Du point de vue du genou, une activité de caissière alternant les positions debout et assise était théoriquement possible. Cette activité était toutefois contraindiquée du point de vue de ses épaules.

y. En date du 7 septembre 2021, la Dre K\_\_\_\_\_ a informé l'assurance que l'assurée souffrait de douleurs chroniques au genou droit. Du point de vue du genou droit, le cas était stabilisé. Selon elle, la capacité de travail de l'assurée était nulle, quelle que soit l'activité considérée.

- C. a. Par courrier du 16 novembre 2021, envoyé par pli simple, l'assurance a informé l'assurée de son intention de mettre sur pied une expertise médicale pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMED) à Nyon. L'assurée était invitée à se déterminer sur les experts retenus, soit le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, et le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. L'assurance a également indiqué à l'assurée qu'elle pouvait se déterminer sur le catalogue des questions qui était joint à son courrier.

**b.** Par courrier du 7 décembre 2021, l'assurance, se référant à son courrier du 16 novembre 2021, a informé l'assurée de ce que le délai pour se déterminer sur les experts était échu. Elle lui a dès lors communiqué les détails de la mise sur pied de l'expertise médicale pluridisciplinaire auprès du CEMED, dont les dates d'examens et le catalogue des questions qui serait adressé aux experts.

**c.** La Dre J\_\_\_\_\_, dans un rapport du 12 décembre 2021, a indiqué que l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux chronique accompagné d'un trouble de l'humeur. Ses chances de récupération complète étaient minces. Son état était relativement stable sur le plan physique et son état psychique se dégradait. Sa capacité de travail était nulle.

**d.** Dans un rapport médical du 13 décembre 2021, la Dre K\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation de l'assurée était stabilisée s'agissant du genou droit. D'un point de vue purement orthopédique, la situation du genou droit et de l'épaule gauche était stationnaire et définitive avec des douleurs chroniques du genou droit d'origine neuropathique et de surcharge sur laxité interne. S'agissant de l'épaule gauche, l'assurée souffrait d'une tendinopathie du sus-épineux sans rupture stabilisée par un traitement de physiothérapie séquentiel. Selon la Dre K\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée, du point de vue du genou, s'élevait à 100% dans une poste adapté aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de montées ni de descentes des escaliers, position assise-debout alternée, pas de port de charge, pas de grand déplacement, pas d'agenouillement. L'incapacité de travail actuelle de l'assurée n'était pas en lien avec ses atteintes du genou droit ou de l'épaule gauche.

**e.** Par courrier du 22 décembre 2021, l'assurée a informé l'assurance de ce qu'elle n'avait pas reçu son courrier du 16 novembre 2021. Elle n'avait dès lors pas pu s'exprimer sur les médecins que l'assurance souhaitait mandater. Il convenait ainsi d'annuler le mandat confié au CEMED, étant précisé qu'elle ne souhaitait pas se soumettre à une expertise auprès de ce centre, « qui effectu[ait] presque exclusivement des expertises pour les assureurs sociaux et dont l'impartialité [était] économiquement impossible ». L'assurée proposait à l'assurance d'autres noms de médecins en vue de la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire.

**f.** Dans un rapport du 4 janvier 2022, H\_\_\_\_\_ indiquait que la situation de l'assurée restait fluctuante depuis de nombreux mois, sans que son état puisse être stabilisé sur le plan cognitif, émotionnel ou comportemental. D'un point de vue cognitif, ses capacités d'apprentissage et de rétention de l'information étaient fragiles. Sur le plan comportemental, elle présentait encore fréquemment des moments de forte irritabilité. La fatigue de l'assurée était en outre encore très présente. Quatre ans après l'accident, les troubles cognitifs, socio-émotionnels et comportementaux étaient toujours handicapants et directement en lien avec l'accident du 9 décembre 2017. La reprise d'un emploi ne paraissait pas envisageable.

**g.** Par courrier du 11 janvier 2022, l'assurance a fait part à l'assurée de sa surprise qu'elle n'ait pas reçu sa communication du 16 novembre 2021. Le fait que le CEMED effectuait des expertises pour les assureurs sociaux ne signifiait pas que les médecins-experts n'étaient pas impartiaux. Compte tenu de la récusation injustifiée, l'assurée était invitée à lui faire part de sa position en choisissant l'une des trois options suivantes : retirer sa demande de récusation, maintenir sa demande de récusation en invoquant des arguments plausibles à l'encontre du CEMED ou demander la notification d'une décision incidente, étant précisé que les éventuels frais d'annulation du CEMED seraient à sa charge et déduits des prestations en sa faveur.

**h.** Par courrier du 14 janvier 2022, l'assurée a précisé qu'elle n'avait pas invoqué de motif formel de récusation à l'encontre du CEMED. L'application du principe consensuel voulait que l'assurance ne pouvait pas nommer unilatéralement des médecins pour une expertise sans discuter du choix des médecins avec l'assurée et lui permettre de formuler des objections, et cela en dehors même de tout motif de récusation. Les médecins qu'elle avait proposés devaient être pris en compte et choisis en l'absence de motifs de les refuser.

**i.** Par courrier du 21 janvier 2022, l'assurance a relevé que le choix du CEMED avait été communiqué à l'assurée par courrier du 16 novembre 2021, de sorte qu'elle n'avait pas décidé unilatéralement de ce choix. La proposition était par ailleurs convenable et dans l'intérêt de l'assurée. L'assurance renonçait ainsi à entrer en matière sur d'autres propositions.

**j.** Le 27 janvier 2022, l'assurée a précisé qu'il ne s'agissait pas d'un problème de récusation, mais d'un problème de droit d'être entendu. Il incombait à l'assurance de discuter du choix de l'expert et de chercher un consensus. Les docteurs O\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ avaient fréquemment rendu des expertises qui n'étaient pas objectives. Dans bien des procédures, ils avaient été désavoués par la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Sa représentante avait des clients qui avaient indiqué s'être sentis traités de manière irrespectueuse par le Dr O\_\_\_\_\_ et qui avaient très mal vécu leur expertise avec lui. Enfin, les frais d'annulation du rendez-vous d'expertise ne sauraient être à sa charge, l'assurance ayant été dûment informée qu'ils ne pourraient avoir lieu. Elle avait informé le CEMED qu'elle ne se présenterait pas au rendez-vous fixé. L'assurée concluait ainsi à ce que l'assurance rende une décision incidente, regrettant toutefois la perte de temps induite par une procédure judiciaire.

**k.** L'assurance a rendu une décision incidente le 1<sup>er</sup> février 2022. Les éventuels frais d'annulation des examens du 28 janvier 2022 seraient mis à la charge de l'assurée et déduits des prestations en sa faveur.

**l.** Le 16 mai 2022, le CEMed a facturé le montant de CHF 1'643.35 à l'assurance en raison de l'annulation du rendez-vous relatif à l'expertise.

**m.** Par arrêt du 30 septembre 2022, la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assurée contre la décision incidente du 1<sup>er</sup> février 2022, a annulé cette décision en tant qu'elle confirmait la désignation du Dr O\_\_\_\_\_ comme expert neurologue et a désigné la docteure P\_\_\_\_\_ en cette qualité. La conclusion de l'assurée visant à faire constater que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMED ne pouvaient pas être mettre mis à sa charge était irrecevable, étant précisé qu'il lui était loisible de faire valoir ce grief dans le cadre d'un recours contre la décision finale (ATAS/863/2022).

**D. a.** En date du 19 décembre 2022, l'assurance a convoqué l'assurée aux examens médicaux dans les différents volets de l'expertise, en annexant le catalogue de questions adressé aux experts.

**b.** Les docteurs P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport d'expertise pluridisciplinaire en date du 24 avril 2023.

Sur le plan orthopédique, les experts ont retenu les diagnostics suivants : fracture tear-drop C3 non déplacée, fracture C6-C7 ostéosynthésée, fracture de type A1, fracture avec tassement supérieur des vertèbres D1-D2-D3-D4 type A1, fracture non déplacée du condyle fémoral externe droit, rupture du ligament croisé antérieur et rupture du ligament interne du genou droit, status après ostéosynthèse C6-C7 par voie postérieure, status après reconstruction ligamentaire du croisé antérieur et réinsertion méniscale, status après libération du nerf saphène interne droit, status après révision intra-articulaire du genou droit à cause d'un phénomène de type Cyclope, discopathie étagée en zone thoracique. Sur le plan neurologique, les experts renaient les diagnostics de polytraumatisme sur accident de la voie public, avec TCC léger et symptôme post-commotionnel, traumatisme cervical avec fracture tear-drop de C3, fracture cervicale C6-C7, fracture de la facette articulaire supérieure gauche de C7, fracture de la facette articulaire supérieure gauche de C7, fracture de type A1 de C7 à D4, traitée par spondylodèse postérieure avec fusion C6-C7, lésion post-opératoire du nerf saphène interne droit, avec discrets troubles sensitifs séquellaires. Sur le plan psychique, un trouble de stress post-traumatique (6B40), un trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique modéré (6C20.1) et une dysthymie (6A72) étaient retenus. Selon les experts, la lésion post-opératoire du nerf saphène interne droit et la dysthymie n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

Sur le plan orthopédique, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité en position assise, sans port de charges, sans mouvement répété, sans travail au sol ni en hauteur, avec possibilité de se lever toutes les heures / heures et demie. L'expert neurologue estimait quant à lui que la capacité de travail était nulle jusqu'au mois de mai 2019 et qu'une reprise de l'activité habituelle aurait pu être effectuée par paliers progressifs

d'environ 30% par mois à compter de ce moment-là. Sur le plan psychique, l'assurée disposait, depuis l'accident, d'une capacité de travail complète avec diminution de rendement de l'ordre de 10% dans toute activité.

S'agissant de la causalité, les experts ont indiqué, sur le plan orthopédique, que les troubles constatés étaient en lien de causalité certain avec l'accident sous l'angle de la vraisemblance prépondérante concernant le genou droit de l'assurée, ce lien étant seulement possible pour les lésions rachidiennes. Selon les experts, l'assurée aurait pu ressentir, même sans l'accident, des douleurs thoraciques et des gênes rachidiennes en raison des discopathies étagées découvertes lors du bilan traumatique. Sur le plan neurologique, le TCC était en lien de causalité certaine avec l'accident, tout comme la lésion post-opératoire du nerf saphène interne droit. Sur le plan psychique, la causalité entre l'accident et le trouble de stress post-traumatique était certaine, mais seulement possible en ce qui concernait la dysthymie et le trouble à symptomatologie somatique.

Le TCC était qualifié de léger dans la mesure où l'assurée n'attestait pas d'une perte de connaissance ni d'une amnésie rétrograde. Concernant les troubles neuropsychologiques, ceux-ci étaient légers, d'allure exécutive et attentionnelle. H\_\_\_\_\_ attestait d'une excellente évolution dans son bilan de mai 2019, avec disparition des troubles, excepté de discrètes fluctuations attentionnelles. Dès lors qu'un bilan neuropsychologique avait été réalisé en septembre 2018, puis en mai 2019, il n'y avait pas d'indication à le répéter dans le cadre de l'expertise.

La situation médicale était stabilisée depuis le mois de mai 2021 pour le volet orthopédique, soit six mois après la dernière chirurgie du genou, depuis le mois de mai 2019 sur le plan neurologique, à compter du bilan neuropsychologique de contrôle, et depuis le début de l'année 2022 concernant le volet psychique.

Enfin, l'assurée présentait une atteinte à l'intégrité définitive liée à l'accident d'un taux de 12%, en raison d'une cyphose résiduelle et de douleurs minimales permanentes même en repos, lesquelles étaient augmentées par les efforts.

**c.** Par courriel du 27 juin 2023, l'assurance a demandé à l'ancien employeur de l'assurée quel revenu cette dernière aurait réalisé en tant que caissière au taux de 100% depuis 2018. Dans un courriel du même jour, l'ancien employeur a répondu que l'assurée percevait un salaire annuel brut de CHF 54'509.- à un taux de 75.61% (31 heures par semaine).

**d.** L'ancien employeur de l'assurée a ensuite précisé à l'assurance, par courriel du 30 juin 2023, que l'assurée n'avait bénéficié d'aucune augmentation de salaire de 2018 à 2020. Il ne pouvait pas apporter de précisions en lien avec une potentielle augmentation du salaire de 2020 à 2023 dans la mesure où de nombreux éléments entraient en ligne de compte à cet égard, tels que la masse salariale et la qualité du travail de l'assurée.

**e.** Par courriel du 4 juillet 2023, l'ancien employeur de l'assurée a confirmé à l'assurance que le salaire annuel brut de CHF 54'509.- correspondait à un taux d'activité de 100%.

**f.** Le 25 août 2023, l'assurance a demandé aux experts si l'atteinte à l'intégrité de l'assurée se trouvait en lien de causalité naturelle avec l'accident sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Le cas échéant, les experts étaient priés de décrire ladite atteinte et d'indiquer son taux au regard des tables SUVA.

**g.** Le 13 septembre 2023, les experts ont adressé à l'assurance un complément d'expertise en précisant que, sur le plan orthopédique, l'expertisée avait subi un traumatisme sévère ayant pris la forme, au niveau du rachis, de lésions multiples principalement en C6-C7 ayant nécessité une spondylodèse, puis des fractures étagées de la jonction cervico-thoracique. Malgré l'existence de lésions préexistantes de discopathie en zone thoracique moyenne, il existait une lésion traumatique assez sévère pour avoir nécessité une spondylodèse et des atteintes étagées qui avaient justifié un traitement conservateur. Les douleurs étaient principalement localisées aux niveaux cervical et cervico-thoracique, où se situaient les lésions traumatiques, et non au niveau de l'apex thoracique, où se trouvaient les lésions dégénératives.

Le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 12% était expliqué de la façon suivante. 10% étaient dus au fait que l'assurée avait subi une spondylodèse. En raison de ses douleurs permanentes, le taux aurait pu être augmenté jusqu'à 25%, voire 30%. Cependant, comme une partie des douleurs était thoracique et que seules les douleurs cervicales et cervico-thoraciques étaient prises en compte, l'expert proposait un taux de 12%.

L'atteinte au genou droit de l'assurée ne requérait, quant à elle, pas de prise en charge d'un point de vue d'atteinte à l'intégrité.

**h.** Par courrier du 10 octobre 2023, l'assurance a informé l'assurée que les prestations d'indemnités journalières prendraient fin en date du 31 octobre 2023. Depuis le mois de mai 2021, la prise en charge des traitements médicaux incombait à son assurance-maladie. L'assurance renonçait à demander le remboursement des prestations versées à tort à compter depuis le mois de mai 2021 et informait l'assurée que l'IPAI s'élevait à CHF 17'784.- (12%).

Se fondant sur l'expertise du CEMED, l'assurance a déterminé le taux d'invalidité de l'assurée en tenant uniquement compte de l'atteinte orthopédique et en retenant qu'elle présentait une capacité de travail complète dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles indiquées par l'expert orthopédiste. La comparaison des revenus conduisait à un taux d'invalidité de 4.7%, arrondi à 5%, en tenant compte d'une diminution de rendement de 5%. L'assurée n'avait donc pas droit à une rente d'invalidité.

La possibilité d'annoncer une rechute de l'évènement accidentel était admise s'agissant des lésions orthopédiques, à l'exclusion des atteintes psychiques et

neurologiques, l'assurance considérant que les troubles subjectifs d'ordre neurologique et psychiatrique n'étaient plus en relation de causalité adéquate avec l'accident depuis le mois de mai 2021.

**i.** Par courrier du 3 novembre 2021, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'elle contestait les conclusions de l'expertise médicale et les dates de stabilisation retenues. Elle remettait également en cause l'appréciation de la causalité entre l'accident et les troubles neuropsychologiques et psychiques, de même que le montant de l'IPAI, lequel ne tenait pas compte de l'ensemble de ses troubles.

**j.** En date du 17 novembre 2023, l'assurance a notifié à l'assurée une décision correspondant en tous points à son courrier du 10 octobre précédent.

**k.** Par courrier du 18 décembre 2023, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision de l'assurance, en concluant à son annulation, à la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2024, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> février 2024 et à l'octroi de toutes les autres prestations légales dues.

Elle remettait en cause le bien-fondé des expertises réalisées et considérait que ses limitations orthopédiques, neuropsychologiques et psychiatriques avaient été sous-évaluées et que son dossier n'avait pas suffisamment été instruit, dès lors qu'aucun bilan neuropsychologique n'avait été réalisé.

L'assurée contestait également le calcul du taux d'invalidité effectué par l'assurance, en expliquant que le gain de valide retenu était erroné dans la mesure où elle aurait perçu, selon son ancien employeur, un salaire annuel de CHF 55'874.- en 2021, lequel aurait ensuite évolué, jusqu'en 2023, conformément à l'indice des prix à la consommation, soit à hauteur de 4.4%. Elle indiquait en outre disposer d'une capacité de travail n'excédant pas 50% dans une activité adaptée.

Par ailleurs, l'assurée considérait que l'assurance aurait dû lui accorder un délai de trois mois pour lui donner le temps de trouver une nouvelle activité et poursuivre le versement des indemnités journalières pendant cette période-là.

Elle contestait enfin le montant de l'IPAI retenue par l'assurance.

L'assurée a joint à son opposition son courrier du 2 avril 2021 à l'attention de son ancien employeur, que ce dernier avait complété en indiquant que le salaire mensuel brut de l'assurée aurait progressivement augmenté jusqu'à atteindre le montant mensuel de CHF 4'298.- en 2021 et que son salaire aurait été indexé au coût de la vie.

**l.** Par décision du 27 août 2024, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée, en considérant que cette dernière n'avait pas valablement contesté le rapport d'expertise du CEMED, lequel devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. En outre, contrairement à ce que soutenait l'assurée, elle n'avait pas à lui octroyer un délai de trois mois pour trouver une activité adaptée. S'agissant du

revenu de valide de l'assurée, son extrait de compte individuel ne montrait pas une augmentation progressive de salaire et la Convention collective de travail B\_\_\_\_\_ (ci-après : CCT B\_\_\_\_\_), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014, ne prévoyait pas une augmentation systématique du salaire des employés, de sorte que le document produit par l'assurée ne démontrait pas qu'elle aurait perçu un salaire de CHF 55'874.- en 2021. En toute hypothèse, même si ce montant devait être retenu au titre de revenu de valide, la comparaison avec le revenu d'invalidé de 2021, en tenant compte d'un abattement de 5%, ne conduisait qu'à un degré d'invalidité de 8.5%. Enfin, l'assurée ne justifiait pas médicalement sa contestation du taux d'IPAI.

**m.** Par courriel du 26 septembre 2024, l'assurée a informé l'assurance qu'elle n'était pas parvenue à lire le CD contenant les enregistrements des expertises, de sorte qu'elle la pria de bien vouloir les lui transmettre à nouveau dans les plus brefs délais.

- E. a.** Par acte du 27 septembre 2024, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision sur opposition du 27 août précédent, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à son audition et à celle de témoins ainsi qu'à l'octroi d'un délai pour compléter son recours une fois les enregistrements sonores des expertises connus, et, principalement, à l'annulation de la décision querellée, au renvoi du dossier à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise dans le respect du principe consensuel en se prononçant sur les médecins proposés par l'assurée et au constat que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMED ne pouvaient pas être mis à sa charge.

La recourante persistait à contester le bien-fondé de l'expertise et à en souligner son caractère lacunaire, en précisant qu'elle avait demandé à ses médecins traitants de se déterminer à ce sujet. Elle sollicitait ainsi un délai pour produire leurs rapports médicaux, subsidiairement qu'ils soient entendus par la chambre de céans.

Pour le surplus, la recourante a réitéré les arguments qu'elle avait exposés dans son opposition s'agissant de la détermination de son taux d'invalidité et de l'IPAI.

**b.** Par réponse du 26 novembre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours, en reprenant en substance les arguments exposés dans la décision querellée. Elle a également indiqué que les frais d'annulation de l'expertise devaient être mises à la charge de la recourante, cette dernière ne s'étant pas présentée aux examens prévus sans motif de récusation valable.

**c.** En date du 27 mars 2025, la recourante a fait valoir qu'il ressortait des enregistrements d'expertise que de nombreux éléments déterminants n'avaient pas été pris en compte ou correctement retranscrits par les experts. En outre, l'expert orthopédiste, qui retenait que des plaintes douloureuses de la recourante étaient inexplicables, ne précisait pas desquelles il s'agissait et ne prenait aucune perte de rendement en considération, malgré les nombreuses limitations fonctionnelles

de la recourante. Cette dernière critiquait également les volets neurologique et psychiatrique de l'expertise.

Selon la recourante, les frais d'annulation de l'expertise ne pouvaient pas être mis à sa charge, l'intimée ayant été informée du fait qu'elle refusait les experts nommés et qu'elle sollicitait une recherche consensuelle d'experts.

La recourante sollicitait enfin la mise en œuvre d'une expertise judiciaire incluant un bilan neuropsychologique.

**d.** Dans son écriture du 15 avril 2025, l'intimée a maintenu que la recourante ne parvenait pas à démontrer l'inexactitude des conclusions des experts et qu'elle devait s'acquitter des frais d'annulation du rendez-vous annulé auprès du CEMED.

**e.** Par courrier du 6 juin 2025, la recourante a produit un rapport de H\_\_\_\_\_ du 12 mai 2025. Selon cette dernière, l'expert neurologue ne mentionnait pas la problématique de la fatigue dans son analyse, laquelle était pourtant une cause incapacitante réelle et la limitation la plus représentée parmi les atteintes classiques dans le contexte d'un syndrome post-commotionnel. La problématique comportementale était également absente des conclusions de l'experte neurologue et était banalisée par l'expert psychiatre, alors qu'elle représentait également un symptôme post-commotionnel persistant. Partant, l'expert retenait à tort que la reprise d'une activité professionnelle était possible.

H\_\_\_\_\_ approuvait le fait que la prise en charge neuropsychologique n'était plus nécessaire eu égard aux aspects cognitifs. La prise en charge de la recourante concernait toutefois également la fatigabilité post-TCC ainsi que la gestion des émotions et du comportement, de sorte qu'un suivi mensuel devait être poursuivi.

**f.** Cette écriture a été transmise à l'intimée.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

**1.2** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Au sujet des conclusions prises par la recourante tendant à faire constater que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed ne peuvent pas être mis à sa charge, la chambre de céans relève ce qui suit.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois 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 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

2.2 En l'occurrence, l'intimée ne s'est pas prononcée, dans ses décisions des 17 novembre 2023 et 27 août 2024, sur la question des frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed, si bien que les conclusions de la recourante à cet égard excèdent l'objet de la contestation.

En outre, cette question n'est pas étroitement liée à l'objet du litige au point que l'on pourrait parler d'un état de fait commun. Elle n'a en effet aucune incidence sur les différentes questions qui seront examinées par la chambre de céans dans le présent arrêt. Il n'y a donc pas lieu d'élargir la procédure juridictionnelle à cette question.

Partant, les conclusions prises par la recourante visant à faire constater que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed ne peuvent pas être mis à sa charge sont irrecevables. Dans l'hypothèse où l'intimée décide *in fine* de mettre les frais précités à sa charge, il lui sera loisible de s'opposer à cette décision.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 octobre 2023.

4.

**4.1** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

**4.2** L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes – qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau

clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » – apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

**4.3** Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 129 V 177 consid. 3.2 et la référence).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_559/2023 du 19 février 2024 consid. 3.2).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa).

En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait en revanche sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a) ; toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb).

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une *contusio cerebri* est nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à

la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger (*commotio cerebri*), l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3 et les références ; sur la distinction médicale entre une *commotio cerebri* et une *contusio cerebri*, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat. En revanche, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

Par conséquent, si le juge des assurances sociales – saisi d'un examen du lien de causalité adéquate à l'égard de troubles psychiques alors que la question de la causalité naturelle a été laissée ouverte – parvient à la conclusion que l'appréciation de l'assureur-accidents est erronée sur un ou plusieurs critères et que l'admission du lien de causalité adéquate pourrait entrer en considération, il doit, avant de statuer définitivement sur ce dernier point, instruire ou faire instruire par l'assureur-accidents les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle (ATF 148 V 138 consid. 5.5).

**4.4** Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu

une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5a), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (ATF 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de

vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

Pour admettre l'existence du lien de causalité adéquate en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

**5.**

**5.1** 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).

**5.2** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

**5.3** 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).

**5.3.1** 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.3.2** En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis

émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**5.3.3** 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**5.3.4** Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

## 6.

**6.1** 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**6.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

**6.3** 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

## 7.

**7.1** En l'occurrence, il convient d'examiner, en premier lieu, la valeur probante du rapport d'expertise du CEMed du 24 avril 2023, sur lequel l'intimée s'est fondée pour rendre la décision litigieuse.

La chambre de céans constate tout d'abord que ce rapport d'expertise remplit, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet un résumé de l'ensemble des rapports médicaux du dossier, une anamnèse, les plaintes de la recourante et des observations cliniques. Les conclusions des experts sont en outre claires et bien motivées. Chaque expert a également énuméré de façon détaillée les diagnostics retenus et a répondu aux questions qui lui étaient soumises.

**7.1.1** Sur le fond, l'expert orthopédiste a retenu les diagnostics suivants : fracture tear drop C3 non déplacée, fracture C6-C7 ostéosynthésée, fracture de type A1, fracture avec tassement supérieur des vertèbres D1-D2-D3-D4 type A1, fracture non déplacée du condyle fémoral externe droit, rupture du ligament croisé antérieur et rupture interne du genou droit, status après ostéosynthèse C6-C7 par voie postérieure, status après reconstruction ligamentaire du croisé antérieur et réinsertion méniscale, status après libération du nerf saphène interne droit, status après révision intra-articulaire du genou droit à cause d'un phénomène de type Cyclope, discopathie étagée en zone thoracique. Selon l'expert, la recourante souffre encore de douleurs résiduelles du genou droit ainsi que de douleurs musculaires de la nuque et du tronc, lesquelles sont secondaires aux traumatismes vertébraux et du genou.

L'expert a également estimé, d'un point de vue orthopédique, que l'état de santé de la recourante était stabilisé depuis le mois de mai 2021, soit six mois après la dernière chirurgie pratiquée au niveau du genou droit.

Ces diagnostics, au demeurant non contestés par la recourante, sont conformes aux éléments médicaux ressortant du dossier, notamment au rapport médical établi en date du 3 janvier 2018 par les médecins des HUG. Ils sont en outre cohérents au vu des différentes opérations subies par la recourante. La stabilisation de l'état de santé de la recourante a, quant à elle, été correctement fixée au mois de mai 2021 compte tenu du rapport établi par la Dre K\_\_\_\_\_ en date du 7 septembre 2021, lequel mentionne que le cas est stabilisé d'un point de vue du genou droit. Il convient également de rappeler que les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont indiqué, dans leur rapport de consultation du 13 novembre 2018, que l'évolution de l'état de santé de la recourante, onze mois après la spondylodèse, était favorable et qu'elle était en mesure de reprendre son travail en tant que caissière à un taux de 100% sur le plan du status post-opératoire cervical.

L'expert orthopédiste précise encore que la capacité de travail de la recourante dans son activité de caissière est nulle, mais qu'elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité en position assise, sans port de charges, sans mouvement répété, sans travail au sol, ni en hauteur, avec la possibilité de se lever toutes les heures à une heure et demie.

La recourante argue à cet égard que ses limitations ont été sous-évaluées et que, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles retenues par l'expert, une perte de rendement aurait dû être prise en compte.

Cette critique n'est toutefois étayée par aucun élément médical.

Au contraire, les constats de l'expert orthopédiste concordent avec l'appréciation de la Dre K\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2021. En effet, selon cette dernière, la capacité de travail de la recourante, du point de vue du genou, s'élève à 100% dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de montées ni

de descentes des escaliers, position assise-debout alternée, pas de port de charge, ni de grand déplacement, pas d'agenouillement.

La recourante fait également grief à l'expert orthopédiste d'avoir estimé que ses nombreuses plaintes douloureuses, principalement musculaires, n'étaient pas explicables par les suites des traumatismes, sans préciser de quelles plaintes douloureuses il était question.

Cependant, il convient d'observer que l'expert orthopédiste a, d'une part, énuméré les plaintes de la recourante, lesquelles consistent notamment en des douleurs musculaires aux trapèzes et aux avant-bras (cf. rapport d'expertise du 24 avril 2023, p. 24), et, d'autre part, indiqué quelles plaintes subjectives pouvaient être objectivées, à savoir celles relatives au genou droit et au rachis (cf. rapport d'expertise du 24 avril 2023, p. 45). La lecture du rapport d'expertise permet ainsi de comprendre que les douleurs musculaires aux trapèzes et aux avant-bras ne sont pas explicables, selon l'expert, par l'accident subi par la recourante.

Enfin, la recourante soutient qu'il ressort des enregistrements de l'expertise que de nombreux éléments déterminants n'ont pas été pris en compte ou correctement retranscrits par les experts.

Ses critiques ne sont toutefois pas de nature à remettre en cause la valeur probante du volet orthopédique de l'expertise. En effet, l'expert a indiqué que la recourante pouvait marcher « plus ou moins 15 minutes », ce qui n'est pas contradictoire avec les déclarations de la recourante selon lesquelles elle peut marcher 10 à 15 minutes. Les dysesthésies de la recourante ont, quant à elles, été retranscrites par l'expert. Par ailleurs, le fait que l'expert n'ait pas mentionné que la recourante craignait des lâchages de son genou droit n'est pas de nature à remettre en cause la validité de ses constats. L'expert n'a pas non plus minimisé les douleurs éprouvées par la recourante au moment où cette dernière a tenté de reprendre son ancienne activité, dès lors qu'il a indiqué que celles-ci étaient fortes.

Compte tenu de ce qui précède, l'expertise orthopédique doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans renoncera ainsi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1), à entendre la Dre K\_\_\_\_\_, dès lors que son dernier rapport médical concorde avec les conclusions de l'expert.

**7.1.2** S'agissant du volet neurologique de l'expertise, la recourante ne conteste pas l'unique diagnostic incapacitant retenu par l'expert neurologue, à savoir un TCC léger avec syndrome post-commotionnel.

Concernant les troubles neuropsychologiques, l'experte neurologue a estimé que ceux-ci étaient légers, d'allure exécutive et attentionnelle. Selon elle, les séquelles liées au TCC sont guéries depuis le mois de mai 2019, soit à compter du bilan neuropsychologique de contrôle effectué par H\_\_\_\_\_.

D'après la recourante, l'experte retient à tort qu'elle ne présente pas de limitations fonctionnelles sur le plan neurologique. Elle relève que les rapports établis par H\_\_\_\_\_ contredisent cette appréciation, dès lors qu'ils mentionnent qu'elle souffre d'une importante fatigue, de problèmes d'inattention et de nombreux oublis. Dans son rapport du 12 mai 2025, H\_\_\_\_\_ expose que les réponses de l'experte neurologue sont cohérentes sur un plan cognitif, mais que la problématique de la fatigue n'est pas prise en compte dans son analyse, alors qu'elle constitue une cause incapacitante réelle et la limitation la plus représentée parmi les atteintes classiques dans un syndrome post-commotionnel. Elle relève également que la problématique comportementale est absente des conclusions de l'experte neurologue et est banalisée par l'expert psychiatre, alors qu'il s'agit également de symptômes post-commotionnels persistants.

Pour les raisons exposées ci-après (*cf. infra* consid. 6.3), la chambre de céans renoncera à se prononcer sur les critiques formulées par la recourante à l'encontre du volet neurologique de l'expertise du CEMed. En effet, les éventuelles atteintes consécutives au TCC subi par la recourante ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 9 décembre 2017, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'apprécier l'analyse effectuée par l'experte neurologue s'agissant des atteintes neuropsychologiques de la recourante ni de mettre en œuvre un bilan neuropsychologique.

Il n'est pas non plus nécessaire d'apprécier la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise de l'expertise du CEMed, dès lors que les éventuels troubles psychiques de la recourante ne sont pas non plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du 9 décembre 2017 (*cf. infra* consid. 6.3).

Par conséquent, la chambre de céans renoncera à l'audition du psychiatre traitant et à celle de la neuropsychologue de la recourante. Par ailleurs, il sera renoncé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, dès lors que le volet orthopédique de l'expertise peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'il concorde avec le dernier rapport médical établi par la Dre K\_\_\_\_\_.

**7.2** Il convient de rappeler que dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

En l'occurrence, l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral a été retenue par les experts du CEMed sur la base de l'anamnèse recueillie de façon cohérente auprès de la recourante depuis son accident du 9 décembre 2017 et sur celle du bilan neuropsychologique effectué par cette dernière en septembre 2018. Les experts du CEMed ont qualifié ce TCC de léger, au motif que la recourante n'indiquait pas

avoir subi de perte de connaissance ni une amnésie rétrograde dans le contexte de son accident.

Il convient de souligner que ni la recourante ni H\_\_\_\_\_, dans son rapport du 12 mars 2025, ne contestent le caractère léger du TCC.

En outre, l'appréciation des experts est confortée par le scanner cérébral effectué après l'accident, lequel ne montre pas de fracture du crâne ni de saignement intracrânien.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le TCC subi par la recourante n'atteint pas l'intensité minimale requise d'une contusion cérébrale, de sorte que le lien de causalité adéquate entre l'accident du 9 décembre 2017 et les atteintes neuropsychologiques doit être analysé au regard des critères de l'ATF 115 V 133, soit en tenant compte uniquement des troubles physiques. L'analyse du lien de causalité adéquate est donc identique pour les atteintes psychiques et neuropsychologiques.

### 7.3

**7.3.1** Il convient de déterminer la gravité de l'accident survenu le 9 décembre 2017.

Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral U 338/05 du 1<sup>er</sup> septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral U 128/03 du 23 septembre 2004).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3).

L'accident au cours duquel une assurée a été heurtée frontalement sur un passage piéton par un véhicule roulant à environ 40-50 km/h a été considéré comme étant de gravité moyenne *stricto sensu* (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_546/2013 du 24 septembre 2013).

*In casu*, la recourante a été renversée par une voiture alors qu'elle empruntait un passage piéton. Entendue par la police, la conductrice du véhicule a indiqué qu'elle roulait à une vitesse comprise entre 15 et 20 km/h. Le rapport du 3 janvier 2018 établi par les HUG mentionne quant à lui que la vitesse est estimée à 30 km/h.

Compte tenu de la jurisprudence précitée, l'accident doit être considéré comme étant de gravité moyenne au sens strict, sans être à la limite des accidents graves.

Par conséquent, trois des critères jurisprudentiels doivent au moins être remplis pour que la causalité adéquate soit admise, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière.

**7.3.2** S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la chambre de céans rappelle qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_236/2023 du 22 février 2024 consid. 3.4.1 et la référence).

En l'occurrence, il ne ressort ni du rapport de police du 27 décembre 2017 ni des déclarations de la recourante que l'accident aurait revêtu un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique au sens de la jurisprudence (à titre de comparaison, ce critère a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel [arrêt du Tribunal fédéral 8C\_257/2008 du 4 septembre 2008, consid. 3.3.3], d'un carambolage de masse sur l'autoroute [arrêt du Tribunal fédéral 8C\_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1], ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'était encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager [arrêt du Tribunal fédéral U 18/07 du 7 février 2008]).

Ce critère n'est donc pas réalisé.

**7.3.3** Pour être retenu, le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'Homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2).

La jurisprudence a nié la réalisation de ce critère dans le cas de fractures au niveau du visage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_825/2008 du 9 avril 2009 consid. 4.4) ou d'un polytraumatisme (bien que qualifié de grave par les médecins) avec traumatisme thoracique et abdominal et fractures ouvertes de la partie faciale du crâne (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_197/2009 du 19 novembre 2009 consid. 3.6).

Dans le cas d'un accident de la voie publique qui s'était soldé par une lésion complexe du membre inférieur droit et une entorse grave du genou gauche, le Tribunal fédéral a estimé, dans un arrêt du 15 février 2021, que même si l'assuré présentait des atteintes relativement importantes à ses membres inférieurs – qui ne lui laissaient pas d'autre choix que de se déplacer à l'aide de deux béquilles, même dans son appartement – ces atteintes ne présentaient pas une nature

particulière au sens de la jurisprudence, ni n'atteignaient le seuil de gravité requis. Elles n'étaient pas non plus comparables aux lésions potentiellement fatales dont il était question dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2020 – rupture de la rate, fissure de l'estomac, hémopneumothorax bilatéral et fracture costale en série (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références).

En l'occurrence, la recourante a présenté, à la suite de son accident, une fracture de type B2 C6-C7 avec fracture de la facette articulaire supérieure gauche de C7, une fracture tear drop de C3, une fracture A1 de C7 à D4, une rupture complète de la portion proximale du ligament croisé antérieur (LCA), une rupture complète de la portion proximale du ligament collatéral médial et un syndrome du tunnel carpien post-traumatique. Un TCC léger a également été diagnostiqué ultérieurement.

Sans minimiser les atteintes précitées, qui revêtent une certaine importance, celles-ci ne sont pas de nature à atteindre la gravité requise par la jurisprudence.

En effet, l'atteinte au genou droit de la recourante a entraîné pour elle des séquelles moins graves que celles dont il est question dans l'arrêt précité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2020 du 15 février 2021). En outre, le TCC qu'elle a subi a été qualifié de léger. Les atteintes au niveau du rachis ne revêtent, quant à elles, pas une nature particulière au sens de la jurisprudence ni n'atteignent le seuil de gravité requis, étant rappelé que le pronostic vital de la recourante n'a pas été engagé et qu'elle n'a pas subi d'atteinte à ses organes vitaux.

Ce critère n'est ainsi par réalisé.

**7.3.4** Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U. 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U.92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 consid. 5.3 ; U.380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 *in* RAMA 2005 n. U 549 p. 239).

La jurisprudence a notamment nié que ce critère était rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré dix-huit mois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). La jurisprudence a

également nié que ce critère était réalisé dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). En revanche, elle l'a admis dans le cas d'un assuré qui, hospitalisé du 15 décembre 2011 au 5 janvier 2012, avait subi trois interventions chirurgicales du coude gauche, puis une ablation du fixateur externe le 7 février 2012, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrolyse du coude le 19 novembre 2013 nécessitant une hospitalisation jusqu'au 19 décembre suivant et enfin une opération de neurolyses des nerfs ulnaire et médian au coude et poignet gauches le 10 février 2015 ; l'assuré avait en outre séjourné dans une clinique de réadaptation pendant un peu plus d'un mois pour une évaluation multidisciplinaire et professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.2). Le critère a également été admis dans le cas d'une longue et pénible convalescence sur une période de vingt-et-un mois impliquant trois interventions chirurgicales ayant tenu l'assuré loin de chez lui pendant près de cinq mois à compter de l'accident, puis deux autres opérations pratiquées par la suite pour enlever le matériel d'ostéosynthèse et nécessitant encore deux semaines de rééducation intensive (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.2). Il a enfin été admis dans le cas d'une hospitalisation de sept mois après l'accident, dont deux mois de transferts « lit-fauteuil » pour garantir l'absence de charge sur les deux membres inférieurs, l'assuré s'étant au surplus soumis à deux opérations chirurgicales d'ostéosynthèse au niveau du bassin, à une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse, suivie d'une nouvelle hospitalisation de trois semaines, puis à une nouvelle hospitalisation de près d'un mois en raison de l'exacerbation des douleurs au niveau du bassin et enfin à une évaluation multidisciplinaire durant deux semaines. Au titre d'interventions figuraient également une urétrographie-cystoscopie sous narcose et des perfusions de xylocaïne et de kétamine (ATF 148 V 138 consid. 5.3.2).

En l'occurrence, la recourante a subi une spondylodèse et une allogreffe osseuse en date du 13 décembre 2017. Dans ce contexte, elle a été hospitalisée aux HUG du 9 au 25 décembre 2017, avant d'être transférée à l'hôpital de Beau-Séjour le 26 décembre 2017 à des fins de rééducation. Elle a pu regagner son domicile le 15 janvier suivant. La recourante a ensuite subi, en date du 11 juillet 2018, une arthroscopie du genou droit, une plastie LCA par tendon quadricipital, une suture du ménisque interne par deux Fastfix, une suture du ménisque externe pré-hial par un Fastfix et une rétention du ligament postéro-oblique interne, ce qui l'a obligée à être hospitalisée du 11 au 14 juillet 2018.

Le 12 mai 2020, la recourante a bénéficié d'une neurolyse du nerf saphène droit au niveau du genou et d'une reprise cicatricielle au CHUV, avant de subir une nouvelle opération du genou droit en date du 21 octobre 2020 par la

Dre K\_\_\_\_\_, qui a pratiqué une arthroscopie du genou droit avec libération d'un conflit antérieur occasionné par un fragment osseux au pied de la plastie du LCA et plastie de l'échancrure. La recourante a été hospitalisée jusqu'au 23 octobre 2020 à cette occasion.

Compte tenu de ce qui précède, il appert que la recourante a subi quatre interventions chirurgicales entre le mois de décembre 2017 et le mois d'octobre 2020, soit en moins de trois ans.

Bien qu'elle ait été hospitalisée pendant deux semaines à la suite de son accident, puis bénéficié d'une rééducation de trois semaines au sein de l'hôpital Beau-Séjour, il appert que la recourante a été tenue loin de chez elle bien moins longtemps que les assurés au sujet desquels le Tribunal fédéral a considéré que la durée des soins avait été anormalement longue.

En outre, hormis les opérations précitées, l'essentiel du traitement de la recourante a consisté en des mesures conservatrices telles que la prise d'antalgiques, dans un contexte post-opératoire, et la physiothérapie.

Par conséquent, ce critère n'est pas réalisé.

**7.3.5** Concernant les douleurs physiques persistantes, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4)

L'intimée a considéré, dans sa décision du 17 novembre 2023, que ce critère n'était pas rempli au motif que les lésions seraient guéries.

Or, l'expert orthopédiste a retenu la présence de douleurs rachidiennes permanentes plus au moins intenses, en précisant, dans le complément d'expertise du 13 septembre 2023, que les douleurs résiduelles de la recourante étaient constantes à un niveau 2, avec des pics plus importants jusqu'à 6 – 7, voire 8. Selon l'expert, ces douleurs sont en outre suffisamment persistantes pour justifier, avec la spondylodèse, l'octroi d'une IPAI.

Enfin, il ressort du rapport d'expertise du CEMed que la recourante éprouve des douleurs rachidiennes depuis l'accident.

Par conséquent, il y a lieu de retenir que ce critère est réalisé.

**7.3.6** Le dossier ne fait mention d'aucune erreur médicale.

**7.3.7** En ce qui concerne les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, il doit exister, pour admettre ce critère, des motifs particuliers ayant entravé ou ralenti la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.4).

En l'occurrence, le dossier ne fait pas mention de difficultés particulières ou de complications importantes dans le processus de guérison.

De surcroît, les différents rapports post-opératoires figurant au dossier témoignent que l'évolution de l'état de santé de la recourante était favorable, ce quelle que soit l'opération concernée.

Ce critère n'est donc pas réalisé.

**7.3.8** Enfin, il n'est pas nécessaire de déterminer si le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques est réalisé. En effet, même si tel était le cas, seuls deux critères seraient remplis en l'espèce, ce qui ne suffirait de toute façon pas pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et neuropsychologiques de la recourante et son accident du 9 décembre 2017, ce d'autant plus que ces deux critères ne se sont pas manifestés d'une manière particulièrement marquante.

Partant, c'est à raison que l'intimée a considéré qu'il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques, respectivement neuropsychologiques, au moment de la stabilisation de l'état de santé physique de la recourante.

Compte tenu de ce qui précède, la détermination de la capacité de travail de la recourante, telle qu'effectuée par l'intimée, doit être confirmée, à savoir une capacité de travail nulle dans son ancienne activité de caissière depuis l'accident et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles orthopédiques depuis le mois de mai 2021.

- 8.** L'état de santé étant considéré comme stabilisé et la capacité de travail résiduelle de la recourante ayant été déterminée de manière probante par l'intimée, il s'agit d'examiner, ci-après, le calcul du droit à la rente d'invalidité effectué par l'intimée et le taux d'IPAI retenu.

**8.1** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA).

Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte

à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en oeuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

**8.3** La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1<sup>e</sup> phr., LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>e</sup> phr., LPGA). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un

autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier ; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 et les références ; 114 V 281 consid. 5b et les références). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle. Toutefois, cette jurisprudence, développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimée à l'art. 6, 2<sup>e</sup> phr., LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable), ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en assurance-accidents l'art. 19 LAA. Autrement dit, lorsque le droit à l'indemnité journalière cesse du fait que les conditions du droit à la rente sont remplies (art. 19 al. 1, 2<sup>e</sup> phr., LAA), l'assureur-accidents n'est pas tenu d'impartir à l'assuré un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et la rente fixée est versée à la date où a pris fin le droit à l'indemnité journalière (qui correspond également à celle de la fin du droit à la prise en charge du traitement médical selon l'art. 10 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit à ces deux prestations - qui sont temporaires - et le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et les références).

**8.4** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la

décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

**8.5** Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires et la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue. Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité. On rappellera cependant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents de même, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par l'employeur. Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut également se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_679/2020 du 1<sup>er</sup> juillet 2021 consid. 5.1 et les références).

Dans le domaine de l'assurance-accidents, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Il faut, autrement dit, rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_664/2007 du 14 avril 2008 consid. 7.2.2 à 7.2.5 et les références).

**8.6** 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant

---

de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1\_tirage\_skill\_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1\_skill\_level et non pas le tableau TA1\_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1\_skill\_level, T1\_tirage\_skill\_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

**8.7** La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

**8.8** Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

## 9.

**9.1** Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>re</sup> phr.) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>e</sup> phr.). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (*cf.* art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références).

Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit

---

nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d).

**9.2** Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>re</sup> phr.) ; 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 (al. 1, 2<sup>e</sup> phr.). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2).

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

**9.3** L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, *cf.* également ATF 140 V 193 consid. 3.2).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

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

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

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

**9.4** À teneur de l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

En vertu de l'art. 47 OLAA, l'ampleur de la réduction des rentes et des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée en fonction du rôle de celles-ci dans l'atteinte à la santé ou le décès ; la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut également être prise en considération.

L'art. 36 al. 2 LAA repose sur l'idée qu'une atteinte à la santé peut ne pas avoir été causée uniquement par un accident mais conjointement à d'autres facteurs étrangers à celui-ci, alors que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents. Cette disposition trouve application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont causé conjointement une atteinte à la santé et si les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable lorsque les facteurs déclenchants ont causé des dommages sans influence réciproque, par exemple lorsque l'accident et l'événement non assuré concernent des parties du corps différentes et qu'ainsi les

troubles ne coïncident pas. Dans un tel cas, les conséquences de l'accident assuré sont à évaluer pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3b ; 121 V 326 consid. 3c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_277/2007 du 2 avril 2008 consid. 4).

Contrairement aux rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité peuvent être réduites en raison d'un état préexistant, même si cet état n'a eu aucune incidence sur la capacité de gain de la personne assurée avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_91/2023 du 28 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

## 10.

**10.1** En l'occurrence, la recourante conteste le gain de valide de CHF 54'509.- retenu par l'intimée et estime, en se fondant sur les renseignements fournis par son ancien employeur, qui a complété son courrier du 2 avril 2021, que son revenu aurait progressivement augmenté jusqu'à atteindre le montant annuel de CHF 55'874.- en 2021 (13 x 4'298).

L'intimée estime, pour sa part, qu'il n'y a pas lieu de retenir que le salaire de la recourante aurait augmenté entre 2018 et 2023, dès lors que la CCT B\_\_\_\_\_ ne prévoit pas d'augmentation automatique du salaire des employés au fil des ans et que l'extrait de compte individuel de la recourante ne témoigne pas non plus d'une telle augmentation de son revenu. L'intimée prend ainsi en compte un gain de valide de CHF 54'509.- en se référant aux renseignements que l'ancien employeur de la recourante lui a fournis, à teneur desquels une éventuelle augmentation salaire ne pouvait pas être estimée dans la mesure où elle dépendait de plusieurs facteurs.

**10.2** Il convient tout d'abord d'observer qu'un éventuel droit à la rente de la recourante est né au moment de la stabilisation de son état de santé, soit au mois de mai 2021, de sorte qu'il sied de déterminer le salaire de valide que la recourante aurait perçu en 2021, en partant du dernier salaire effectivement réalisé.

À cet égard, s'il n'est pas contesté qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, le revenu annuel de la recourante s'élevait à CHF 54'509.- pour un taux d'activité de 100%, force est de constater que les renseignements fournis par son ancien employeur quant à l'évolution de son salaire sont contradictoires. En effet, par courriel du 30 juin 2023, l'ancien employeur de la recourante a indiqué à l'intimée que celle-là n'avait pas bénéficié d'une augmentation de salaire de 2018 à 2020 et qu'il ne pouvait pas apporter à l'intimé de précisions quant à une augmentation de salaire ultérieure dans la mesure où elle dépendait de nombreux éléments, tels que la masse salariale et la qualité du travail de la recourante. L'ancien employeur de la recourante a toutefois également indiqué à cette dernière, en complétant le courrier du 2 avril 2021 qui lui était adressé, que son salaire mensuel brut se serait

---

élevé à CHF 4'298.- en 2021, soit un salaire annuel de CHF 55'874.- (13 x 4'298).

Il appert que les renseignements fournis par l'ancien employeur de la recourante à l'intimée ne sont pas satisfaisants dans la mesure où il s'est contenté de mentionner, s'agissant de la période courant de 2018 à 2020, que le salaire de la recourante n'avait pas augmenté. Or, cette dernière s'est trouvée en incapacité de travail totale à compter de son accident, ce qui est susceptible d'expliquer que son salaire n'ait pas évolué. Son ancien employeur n'a du reste pas indiqué, dans ce contexte, comment son salaire aurait évolué sans les atteintes à la santé consécutives à son accident.

Il convient donc de se référer aux renseignements communiqués par l'ancien employeur à la recourante en 2021 et de retenir que son salaire se serait élevé à CHF 55'874.- en 2021.

**10.3** La recourante ne conteste pas, en tant que tel, le revenu avec invalidité retenu par l'intimée, mais uniquement le taux de sa capacité de travail résiduelle, lequel a déjà été examiné par la chambre de céans (*cf. supra* consid. 6.1.1).

Au vu de la situation de la recourante, l'intimée était en tout état de cause fondée à se référer aux valeurs statistiques de la table ESS TA1, à la ligne « total » de ce tableau.

Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 51'312.- (CHF 4'276.- x 12 ; ESS 2020, TA1, tirage skill-level, ligne « total »). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2021 (41.7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 53'492.76 (CHF 51'312 x 41.7 / 40).

Il convient encore d'indexer ce montant à l'année 2021, année déterminante pour la comparaison des revenus.

Selon le tableau publié par l'OFS le 22 avril 2025, les salaires nominaux des femmes ont augmenté de 0.6% en 2021, si bien que le revenu avec invalidité s'élève à CHF 53'813.72 en 2021 ( $[0.6\% \times 53'492.76] + 53'492.76$ ).

**10.4** Il reste à déterminer si l'intimée a appliqué à raison une diminution de rendement de 5% sur le revenu avec invalidité de la recourante.

Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il

---

n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 6 et les références).

En l'occurrence, les limitations fonctionnelles de la recourante, à savoir une activité assise sans port de charges, sans mouvement répété, sans travail au sol, ni en hauteur, avec possibilité de se lever toutes les heures / heures et demie, ne paraissent pas être de nature à l'empêcher d'exercer l'une des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services selon l'ESS 2020 (tableau TA1\_skill\_level et niveau de compétences 1). Un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles de la recourante, de sorte que l'intimée était fondée à retenir un taux d'abattement de 5% sur le salaire statistique.

Par ailleurs, il n'y a pas lieu de tenir compte de circonstances étrangères à l'invalidité. En effet, l'absence de formation suisse de la recourante n'est pas déterminante dans la mesure où l'intimée s'est fondée sur un niveau de compétences 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_90/2024 du 5 août 2024 consid. 5.4). La recourante est en outre au bénéfice d'un permis d'établissement et établie en Suisse depuis l'an 2000 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références).

Dès lors, en tenant compte d'un abattement de 5%, le revenu avec invalidité s'élève à CHF 51'123.03 [53'813.72 – (53'813.72 x 5%)].

L'invalidité de la recourante peut ainsi être calculée comme suit :

$$- (55'874 - 51'123.03) / 55'874 = 8.5\%.$$

Ce taux d'invalidité doit être arrondi à 9% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Dans la mesure où il est inférieur à 10%, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité.

Elle n'a plus non plus droit à la prise en charge de ses frais de traitement par l'intimée à compter du mois de mai 2021, étant rappelé que l'intimée a renoncé à exiger le remboursement des prestations versées depuis lors.

**10.5** La recourante conteste également le taux d'IPAI de 12% retenu par l'intimée, au motif qu'il ne tient pas compte de l'ensemble de ses séquelles, notamment celles du genou.

Il appert que l'intimée s'est fondée sur l'avis de son expert orthopédiste pour retenir un taux d'IPAI de 12%.

**10.5.1** S'agissant du genou, l'expert orthopédiste a indiqué qu'une petite instabilité résiduelle subsistait à quelques degrés de flexion du genou, qui était par ailleurs stable en antéro-postérieur et en stabilité rotatoire, sans signes méniscaux, ni amyotrophie, de sorte que le résultat global était satisfaisant. Dans son

complément d'expertise du 13 septembre 2023, l'expert orthopédiste a précisé qu'au vu de l'état du genou de la recourante, une prise en charge au titre d'atteinte à l'intégrité n'était pas requise.

La recourante ne se réfère à aucun élément médical concret permettant de mettre en doute l'appréciation de l'expert orthopédiste, laquelle revêt une pleine valeur probante. Compte tenu des constats de l'expert orthopédiste, il y a lieu de retenir que l'atteinte au genou droit de la recourante ne constitue pas une altération suffisamment grave pour être prise en compte dans l'évaluation de l'IPAI.

**10.5.2** Reste à examiner si l'expert orthopédiste a correctement évalué l'IPAI s'agissant de l'atteinte rachidienne.

Dans son complément d'expertise du 13 septembre 2023, l'expert a expliqué sur quel fondement il retenait un taux d'IPAI de 12%. Selon lui, 10% étaient justifiés par la spondylodèse subie par la recourante. En raison des douleurs permanentes éprouvées par la recourante, le taux aurait pu être augmenté jusqu'à 25%, voire 30%. Cependant, dans la mesure où certaines des douleurs étaient de nature thoracique, l'expert a retenu un taux de 12%, en ne prenant en considération que les douleurs cervicales et cervico-thoraciques.

L'analyse de l'expert, si elle semble convaincante d'un point de vue médical, doit toutefois être revue sous l'angle juridique.

Dans le rapport d'expertise du 24 avril 2023, l'expert orthopédiste estime que la recourante aurait pu souffrir, même sans accident, de douleurs thoraciques et de gênes rachidiennes en raison des discopathies étagées découvertes lors du bilan traumatique, lesquelles sont, selon l'expert, préexistantes à l'accident du 9 décembre 2017. Dans son complément d'expertise du 13 septembre 2023, l'expert précise que les douleurs rachidiennes de la recourante sont principalement situées au niveau cervical et cervico-thoraciques, soit à l'endroit des lésions traumatiques, et non pas au niveau de l'apex thoracique ou sous-jacent, où sont localisées les lésions dégénératives.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée n'est pas fondée à réduire l'IPAI au motif que les douleurs thoraciques de la recourante ne sont pas consécutives à l'accident.

En effet, l'IPAI ne peut être réduite, à teneur de l'art. 36 al. 2 LAA, que lorsque l'accident et l'événement non assuré ont causé conjointement une atteinte à la santé et si les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident.

Cette disposition n'est toutefois pas applicable lorsque l'accident et l'événement non assuré concernent des parties du corps différentes et qu'ainsi les troubles ne coïncident pas.

Dans la mesure où la recourante éprouve deux types de douleurs rachidiennes, localisées dans deux zones distinctes et d'origines différentes, les conséquences de l'accident assuré, à savoir les douleurs de la zone cervicale et

cervico-thoracique, sont à évaluer pour elles-mêmes, sans opérer une réduction en tenant compte des lésions dues à l'atteinte antérieure à l'accident, qui sont localisées dans la zone de l'apex thoracique.

À cet égard, il ressort de la Table 7 de la SUVA, intitulée « atteinte à l'intégrité dans les affections de colonne vertébrale », qu'en cas de fractures cervicales, y compris pour une spondylodèse, le taux d'atteinte à l'intégrité est compris entre 20 et 30% pour des douleurs permanentes plus ou moins intenses et pour une cyphose d'un degré supérieur à 21%, étant précisé que le degré de la cyphose de la recourante est de 28% à teneur du rapport d'expertise du CEMed.

Par conséquent, il y a lieu de fixer l'IPAI à 25%, soit la valeur moyenne entre 20 et 30% de la Table SUVA.

La décision sera ainsi réformée sur ce point.

**10.6** Enfin, bien que la recourante n'ait pas renouvelé cet argument dans le cadre de son recours, elle a fait valoir, à l'appui de son opposition du 18 décembre 2023, que l'intimée aurait dû lui accorder un délai de trois mois pour lui donner le temps de trouver une nouvelle activité et poursuivre le versement des indemnités journalières pendant cette période-là, soit jusqu'au 31 janvier 2024.

Contrairement à ce que soutient la recourante, qui se réfère à la jurisprudence rendue en lien avec l'art. 6, 2<sup>e</sup> phr., LPGA, l'intimée n'était pas tenue de poursuivre le versement des indemnités journalières postérieurement au 31 octobre 2023 dans la mesure où cette jurisprudence ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévus par les lois spéciales, comme l'art. 19 LAA en matière d'assurance-accidents.

Dans la situation de la recourante, le droit à l'indemnité a cessé en raison de la stabilisation de son état de santé, de sorte qu'elle ne peut pas prétendre à un délai de reconversion.

## 11.

**11.1** Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à une IPAI de 25%.

**11.2** La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée au 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. f<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision querellée en ce sens que la recourante a droit à une IPAI de 25%.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- au titre de dépens.
7. 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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