

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/389/2010

ATAS/229/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 25 mars 2015**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ANNEMASSE, France,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
MAUGUE Eric

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et  
Christine LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née en 1961, travaille chez B\_\_\_\_\_ SA depuis novembre 1993 et, à ce titre, est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Suva.
2. Le 8 janvier 2005, la recourante a été victime d'une chute de cheval qui a provoqué un traumatisme vertébral lombaire majeur (fracture L3 et tassement).
3. Elle a subi une spondylodèse L1-L5 puis reprise pour décompensation d'un syndrome de la queue de cheval au Centre hospitalier universitaire de Grenoble les 9 et 14 janvier 2005. Le 4 juin 2007, elle a encore subi une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse ainsi qu'une remise en place d'une instrumentation plus courte sur la zone L2-L4.
4. L'assurée n'a jamais pu reprendre son poste originel en raison de douleurs, raideurs et manque d'endurance au niveau lombaire. Un nouveau poste lui a été confié dans le cadre de l'entreprise. Malgré cela et sous réserve d'une courte période, sa capacité de travail maximum n'a jamais dépassé 50%.
5. A fin décembre 2008, estimant que l'état de l'assurée était stabilisé, la Suva a mis un terme au versement de l'indemnité journalière, le droit à une rente restant réservé.
6. En février 2009, l'assurée a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
7. Par décision du 16 mars 2009, la Suva a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%.
8. Dans un rapport médical LAA pour rechute du 9 septembre 2009, le docteur C\_\_\_\_\_, généraliste, a annoncé une rechute, soit la réactivation de douleurs lombo-sacrées et dorsales suite à un surmenage professionnel et des trajets en voiture, survenue le 23 juin 2009, en précisant que l'assurée était totalement incapable de travailler dès cette date.
9. Dans un rapport du 21 septembre 2009, le professeur D\_\_\_\_\_, médecin-chef du service de la consultation rachis adultes du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué qu'il n'avait été qu'un consultant pour l'assurée et que, lors de la dernière consultation du 7 septembre 2009, celle-ci avait repris le travail à mi-temps et au début de l'été 2009, il y avait eu un nouvel épisode douloureux au niveau des trapèzes et au niveau thoracique. Les IRM ne montraient pas de lésion visible en imagerie. Le bilan radiologique montrait qu'il n'y avait pas de déséquilibre antéro-postérieur ou latéral. Il n'y avait pas d'instabilité en-dessus et en-dessous du montage. A l'examen clinique, il y avait une contracture vertébrale globale, défense active avec une distance doigts/sol à 50 cm. En position couchée, il n'y avait pas de signe de Lasègue. Les réflexes ostéotendineux étaient vifs et symétriques. Les inclinaisons latérales étaient possibles mais freinées par une défense active. La palpation était surtout douloureuse au niveau interscapulaire et

au niveau thoracique haut. Il lui avait été recommandé de poursuivre la physiothérapie.

10. Dans un rapport du 5 octobre 2009, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la Suva, a indiqué que, suite à l'examen final du 4 novembre 2008, les séquelles algiques et fonctionnelles lombaires avec raideur persistante, sans atteinte neurologique, avaient été prises en considération avec détermination d'une atteinte à l'intégrité et à charge future notamment les médicaments antalgiques, que l'assurée avait été revue par le Prof. D\_\_\_\_\_ suite à des douleurs interscapulaires dorsales hautes, sans substrat organique identifié, qu'au niveau lombaire, le Prof. D\_\_\_\_\_ n'avait constaté aucune aggravation, ni instabilité proximale par rapport à la spondylodèse réalisée par ses soins, et que les plaintes algiques au niveau dorsal exprimées par l'assurée n'avaient donc de rapport ni certain ni vraisemblable avec les séquelles déjà appréciées au niveau lombaire, suite à son accident de 2005. Il en a conclu qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions de l'examen final de 2008, qui restaient parfaitement pertinentes.
11. Par décision du 7 octobre 2009, la Suva a nié le rapport de causalité entre la rechute alléguée et l'accident du 8 janvier 2005, en se référant à l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_.
12. Dans un certificat du 15 octobre 2009, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique de la clinique de rééducation des HUG, a indiqué que, pour une patiente ayant été victime d'un trauma vertébral lombaire majeur ayant nécessité une spondylodèse lombaire étendue avec de nombreuses complications, il allait de soi que les étages immédiatement sous et sus-jacents étaient hypersollicités et que le traitement de rééducation actuellement mené avec un succès notable, était la conséquence directe de la problématique accidentelle initiale.
13. Dans un certificat du 16 octobre 2009, le Dr C\_\_\_\_\_, a indiqué qu'en juin 2009, l'assurée avait présenté des dorsolombalgies suite à un surmenage musculaire (rééducation et exercices) et que les symptômes paraissaient bien en relation directe avec son accident du 8 janvier 2005, compte tenu de la sollicitation importante des étages sus et sous-jacents.
14. Dans un certificat du 9 novembre 2009, le Prof. D\_\_\_\_\_, a brièvement exposé l'anamnèse médicale de l'assurée avant d'ajouter que, de façon globale, la patiente avait encore des séquelles de son épisode traumatique sous forme de la raideur rachidienne et des douleurs lombaires, que le fait qu'il y avait eu durant plusieurs années un montage ne laissant qu'un seul disque libre, en était, vraisemblablement, la cause, que les douleurs proximales au montage, entre autres les douleurs cervicales ou du trapèze, n'étaient pas liées à l'épisode traumatique et que l'on pouvait dire que, globalement, toutes les douleurs lombaires et liées à la déambulation étaient secondaires à l'évolution du traumatisme et des chirurgies ayant été nécessaires à son traitement.

15. Dans un rapport de la division médecine des accidents pour avis complémentaire de la Suva du 3 décembre 2009, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a conclu que les douleurs annoncées comme rechute à la Suva ne pouvaient pas être attribuées à une aggravation de l'état du rachis lombaire, que les résultats d'examens objectifs, y compris les radiographies, le montraient, qu'il n'y avait aucun signe d'équilibre antéropostérieur positif, ce qui aurait pu être une cause de douleurs par surcharge de la musculature thoracique haute, qu'après un examen détaillé, le Prof. D\_\_\_\_\_ avait exclu un trouble de l'équilibre antéropostérieur occasionné par la fracture et une spondylose résultante et que, de plus, il ne donnait aucune explication plausible au fait que l'équilibre antéro-postérieur fût perturbé depuis la conclusion du cas par la Suva.
16. Dans un rapport destiné à la Suva du 20 décembre 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une décompensation rachidienne mécanique dorsale, en indiquant que l'assurée souffrait d'une ré-exacerbation des douleurs rachidiennes dorsales hautes sans nouveau trauma, mais explicable par le status post-opératoire lombaire.
17. Par décision sur opposition du 4 janvier 2010, la Suva a rejeté l'opposition. En se référant au rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2009, l'intimée a estimé que les douleurs présentées par l'assurée au niveau lombaire ne pouvaient être attribuées à une aggravation de l'état du rachis lombaire et que, de ce fait, la relation de causalité avec l'accident d'octobre 2005 ne pouvait pas être retenue.
18. Par mémoire de son avocat du 3 février 2010, l'assurée a fait recours contre la décision sur opposition du 4 janvier 2010, en concluant à la condamnation de la Suva à lui accorder les prestations légales auxquelles elle avait droit en relation avec la rechute annoncée dans le rapport médical LAA du Dr C\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2009.
19. Par des observations complémentaires de son conseil du 15 mars 2010, la recourante a persisté dans ses conclusions.
20. Dans une lettre à l'avocat de l'assurée du 4 mars 2010, le Dr F\_\_\_\_\_ a exposé l'anamnèse de l'assurée, avant de diagnostiquer un status après chute de cheval le 8 janvier 2005 avec fracture L3 traitée par spondylodèse L1-L5 le 9 janvier 2005, et réintervention le 14 janvier 2005 pour décompression de la queue de cheval, avec réinstrumentation sécurisée, ainsi que des dysfonctionnements et blocages mécaniques sus- et sous-jacents, sans instabilité vertébrale. Il a notamment estimé que la relation de causalité entre les troubles [et l'accident] était évidente, en précisant que même si la symptomatologie actuelle était sus-jacente aux étages stabilisés, il était parfaitement évident qu'il s'agissait d'une conséquence directe de la stabilisation vertébrale lombaire. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé qu'elle pouvait être estimée à 25% dès avril 2010, soit deux heures de travail journalier, en précisant qu'il pouvait être imaginé qu'elle augmenterait à 50% dès mai 2010, ce dernier taux étant la capacité maximale exigible de l'assurée.

21. Dans une nouvelle lettre à l'avocat de l'assurée du 6 avril 2010, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que les douleurs de l'assurée ne pouvaient pas être attribuées à une aggravation du rachis lombaire, car ce dernier ne s'était pas aggravé dans l'intervalle; il n'y avait en particulier aucun débricolage du montage, aucune instabilité particulière des étages ostéosynthésés, ni même aucune instabilité radiologique visible véritablement au-dessus. Il a ajouté que, néanmoins, il était parfaitement clair et classique, voire de coutume, qu'une décompensation fonctionnelle progressive se fasse au-dessus et au-dessous des étages immobilisés par chirurgie; en effet, le défaut de mobilité des étages lombaires opérés devait bien être en partie compensé par les étages sus- et sous-jacents et il n'était donc pas étonnant que l'assurée puisse présenter une exacerbation progressive de ses douleurs, en particulier au-dessus du montage, soit au niveau dorsal. Il a confirmé qu'il n'existait pas, radiologiquement, de déséquilibre antéro-postérieur. Le Dr F\_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué que la patiente était encore très limitée fonctionnellement, en particulier dans les positions statiques prolongées ou de marche prolongée. Il ne pensait pas que la reprise de l'activité professionnelle ait exacerbé les douleurs dont souffrait l'assurée, mais bien plutôt que c'était le contexte autour de cette reprise de travail, qui avait été loin d'être optimal; l'assurée avait dû avoir recours à des trajets en voiture relativement longs pour se rendre à son ancien poste de travail, trajets qui avaient pu décompenser une partie de la situation. De plus, au niveau de l'ergonomie de son poste de travail, aucune adaptation particulière n'avait été faite, malgré les multiples solutions présentées par la patiente. Il en a conclu que c'étaient les conditions de la reprise professionnelle, plutôt que cette dernière, qui pouvaient expliquer en grande partie la recrudescence douloureuse. Il a finalement ajouté qu'une reprise de travail à 25 % dès le jour de son rapport avait été décidée avec l'assurée.
22. Par lettre au Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 8 avril 2010, la Suva a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué que les douleurs ayant donné lieu à l'annonce de rechute ne pouvaient pas être mises en lien de causalité avec l'accident du 8 janvier 2005 ou ses séquelles, en se référant au rapport du Prof. D\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2009, à l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2009 et à l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2009.
23. Entendue par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 5 octobre 2010, l'assurée a déclaré que la décision de l'Office AI de juillet 2008 était devenue définitive, étant précisé qu'une procédure de révision avait été initiée par le Dr F\_\_\_\_\_. S'agissant de la procédure en responsabilité introduite contre le centre équestre où elle a été victime de son accident en 2005, la recourante a précisé qu'elle suivait son cours. Elle a encore ajouté qu'elle avait repris son activité auprès de B\_\_\_\_\_ à 25% en avril 2010 dans la même fonction qu'avant son arrêt de travail de juin 2009. Son poste avait toutefois été muté sur un site plus proche de son domicile, ce qui

raccourcissait ses trajets pour aller travailler. En juillet 2010, elle avait souffert de nouvelles douleurs, qui l'avaient empêchée d'augmenter son taux d'activité. L'assurée a encore déclaré qu'elle avait recommencé la rééducation à l'Hôpital Beau-Séjour où le Dr F\_\_\_\_\_ la suivait.

24. Par courrier de son conseil du 19 octobre 2010, la recourante a sollicité l'audition du Dr F\_\_\_\_\_, ainsi que l'ordonnance d'une expertise. Compte tenu de sa rechute du 23 juin 2009, elle a conclu au fond à l'octroi – complémentaire à sa rente d'invalidité de 50% – d'indemnités journalières à raison de 50% dès le 23 juin 2009, puis à raison de 25% dès le 5 avril 2010.
25. Par arrêt du 6 avril 2011 dans une cause parallèle, la chambre a pris acte de l'engagement de l'Office AI d'octroyer à la recourante une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2009. Ce faisant, ce dernier a retenu, sur la base d'avis du SMR des 1<sup>er</sup> et 10 mars 2011, que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé à fin juin 2009, entraînant une incapacité de travail totale, et que, dès avril 2010, la recourante avait recouvré une capacité de travail de 25%, ce qui ne modifiait pas ses droits.
26. Par lettre de son avocat du 12 avril 2011, la recourante s'est référée à l'arrêt précité pour conclure désormais à l'octroi d'une rente à raison de 100% dès le 23 juin 2009, puis à raison de 75% dès le 6 avril 2010.
27. Entendu par la chambre de céans le 4 octobre 2011, le Dr F\_\_\_\_\_ a déclaré ce qui suit :

"Je prends note que Mme A\_\_\_\_\_ me libère du secret médical.

J'ai vu la recourante pour la dernière fois au mois de juin 2011. Par rapport à mes derniers rapports médicaux de la fin 2010 début 2011, l'état n'a pas évolué. Je maintiens mon avis selon lequel les douleurs présentées par la recourante au mois de juin 2009 sont en lien de causalité avec l'accident qu'elle a subi en janvier 2005. Je précise que sur les radiographies il n'y a effectivement pas de débricolage chirurgicalement parlant. Il est classique d'avoir au-dessus et au-dessous des étages stabilisés une sollicitation excessive des autres vertèbres.

J'indique que les lésions de sur-sollicitation ne sont pas forcément objectivables dans un premier temps. Elles le seront toutefois par la suite. Actuellement, tel n'est pas encore le cas.

Par rapport à l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, j'indique que je ne sais pas à quoi correspond la notion d'équilibre antéro postérieur positif (pièce 185 SUVA, p. 5). On me fait la lecture de la conclusion de l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_. Je confirme ne pas comprendre la notion précitée. En revanche, le Dr G\_\_\_\_\_ évoque sans doute un déséquilibre antéro postérieur sagittal ; je confirme qu'un tel déséquilibre n'apparaît pas sur les radiographies. Je persiste néanmoins à penser que ce n'est pas parce qu'il n'existe pas de déséquilibre qu'il ne peut y avoir d'exacerbation douloureuse découlant de l'accident de janvier 2005.

Par rapport au pronostic, j'estime qu'il est relativement réservé car avec les années, la stabilité de la colonne va aller vers une baisse, et le déséquilibre dont on a parlé précédemment va apparaître.

Sur question du représentant de la SUVA, j'indique qu'il n'existe pas de différence entre les images qui existaient au moment du bouclement du cas, soit mars 2009, et au moment de la rechute, soit au mois de juin 2009. On me soumet le rapport original en allemand du Dr G\_\_\_\_\_, en me précisant que la traduction en français serait quelque peu fantaisiste. Je persiste à ne pas comprendre l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ au sujet de la notion de balance sagittale positive ; c'est surtout le terme positif que je ne comprends pas.

J'indique que les limitations fonctionnelles de Mme A\_\_\_\_\_ dans sa vie privée sont les mêmes que dans sa vie professionnelle, soit notamment l'impossibilité d'adopter des positions prolongées et d'effectuer des activités avec charges. Elle peut néanmoins effectuer de nombreuses autres tâches.

En termes d'exigibilité, je suis d'avis que la capacité de travail de Mme A\_\_\_\_\_ est de 25 %, ce qui représente 2 heures par jour. D'un point de vue théorique il serait possible d'exiger d'elle de travailler à 30 ou 40 % mais sans savoir si ce taux pourrait être maintenu dans la durée.

Sur question, j'indique que son poste de travail a finalement été adapté. Cela lui permet d'avoir une capacité de travail de 25 %."

28. Par ordonnance du 14 août 2012, la chambre de céans a ordonné une expertise médicale judiciaire et l'a confié au docteur H\_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'hôpital fribourgeois et spécialiste du rachis.
29. Dans leur expertise du 7 mai 2013, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'hôpital de Fribourg, ont posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques sur status post AMO, spondylodèse L1-L5 et respondylodèse L2-L4 le 4 juin 2007 pour manque de consolidation de la fracture « Burst » de L3, de status post spondylodèse L1-L5 et laminectomie L2-L3 le 9 janvier 2005 pour fracture instable de L3 avec recul du mur postérieur et réduction du calibre du canal spinal d'environ 50 %, de status post révision chirurgicale et évacuation hématome post-opératoire le 14 janvier 2005 pour un syndrome de queue de cheval et d'arthrose facettaire L4-L5 prédominante à gauche avec signe d'hyperactivité intense. Il y avait un lien de causalité naturelle possible entre la péjoration clinique en 2009 et l'accident. Actuellement, elle ne pouvait pas maintenir une position assise prolongée (deux-trois heures par jour), sa marche était restreinte à une heure par jour et elle devait fréquemment changer de position. Ses limitations étaient probablement dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident, ainsi que la péjoration d'août 2009. Un travail adapté aux limitations fonctionnelles était exigible. Actuellement, la recourante travaillait à 25 % (deux heures par jour) et elle n'avait plus présenté d'aggravation de son état depuis 2009, laquelle était survenue lors d'une reprise de travail à 50 %. Elle pourrait augmenter son taux de travail jusqu'à 35 à 40 % (trois

heures par jour), à condition de réduire le temps de trajet domicile-travail qui était d'une heure et demie au total en voiture. L'expert déconseillait tout geste chirurgical, en raison de l'impossibilité de garantir une amélioration clinique, des mesures de réadaptation professionnelle ne pourraient améliorer sa capacité de travail. Une distance plus courte entre le domicile et le lieu de travail ne pourrait augmenter le taux de travail que de 10 %.

30. Dans son écriture du 3 juillet 2013, la recourante a conclu à l'octroi d'indemnités journalières à 50 % du 23 juin 2009 au 6 avril 2010 et à une rente pour un taux d'invalidité de 75 % dès cette date, sous suite de dépens. Elle a relevé avoir été reçue et examinée uniquement par le Dr I\_\_\_\_\_ et non pas par l'expert désigné, le Dr H\_\_\_\_\_. Le Dr I\_\_\_\_\_ s'exprimait dans un français rudimentaire et ne semblait pas saisir toutes les nuances du français, ce qui peut expliquer des inexactitudes dans l'anamnèse. En ce que les rédacteurs du rapport d'expertise qualifient comme seulement possible le lien de causalité naturelle entre l'aggravation clinique de septembre 2009 et l'accident, il était douteux qu'ils aient apprécié la véritable portée de ce qualificatif au regard de la jurisprudence, dès lors que les deux médecins experts tenaient le lien de causalité établi plus loin et à diverses reprises. Ils ne remettaient notamment pas en doute les appréciations de leurs confrères. Aucun facteur étranger n'était évoqué pour expliquer l'admission de la capacité de travail. Quant à l'augmentation de la capacité de travail de 10 % que les experts ont retenu, à condition que le trajet entre le domicile et le lieu de travail fût plus court, elle a relevé qu'elle devait s'occuper de sa fille lourdement handicapée qui demeurait à sa charge. Au vu de sa situation financière précaire, il lui serait par ailleurs difficile de déménager dans le canton de Genève où les loyers étaient considérablement plus élevés. Par ailleurs, cela ne permettrait pas de diminuer le dommage, dans la mesure où elle émargerait alors très certainement aux prestations complémentaires cantonales et fédérales. Enfin, un parcours de quinze minutes pour se rendre au travail était quelque peu illusoire eu égard au fait que la durée moyenne des trajets était de l'ordre de soixante minutes par jour, selon les données de l'Office fédéral des statistiques. Ainsi, elle mettait à profit de manière appropriée sa capacité de travail résiduelle dans une activité à 25 % au service de son dernier employeur.
31. Entendu à titre de témoin en date du 28 janvier 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a admis que le Dr I\_\_\_\_\_ avait examiné seul la recourante. Par la suite, le témoin l'avait reçu ensemble avec le Dr I\_\_\_\_\_, afin de lui communiquer le résultat de leurs constatations. Ce dernier médecin était spécialiste FMH en neurochirurgie, spécialité qui comprenait la chirurgie de la colonne vertébrale. Par ailleurs, il parlait couramment le français. Sur la base du dossier et le récit de la recourante, il y avait lieu de retenir une aggravation de son état en 2009 lié à une contracture musculaire paravertébrale globale. Il s'agissait d'une aggravation de l'aspect clinique et non pas radiologique. Depuis l'accident jusqu'à l'aggravation de 2009, la recourante était fortement limitée dans ses mouvements. Toutefois, le témoin ne pouvait

indiquer quelles étaient les limitations fonctionnelles en 2009, n'ayant pas examiné la recourante à cette époque. Les limitations fonctionnelles en 2009 étaient donc anamnestiques. A l'examen de 2012, il avait constaté différentes limitations fonctionnelles pour tenir la même position de façon prolongée, pour la marche et le port de charges de plus de 15 kg à répétition et les mouvements répétitifs accroupis ou dans d'autres positions inadéquates. La conduite de la voiture était également limitée par la fatigue. Ces limitations étaient en relation directe avec l'accident et l'aggravation en 2009, mais le témoin ne pouvait se prononcer avec certitude sur la relation avec la seule aggravation de 2009, raison pour laquelle il avait indiqué dans son expertise que le lien de causalité était seulement possible avec la péjoration clinique. Il n'y avait pas d'autres éléments, par exemple de type dégénératifs, susceptibles d'expliquer l'état actuel de la recourante. Quant à la dégénérescence mise en évidence à une scintigraphie, celle-ci était en lien avec les interventions chirurgicales successives. La recourante avait aussi rapporté aux experts d'être fréquemment bloquée au dos, ce qui correspondait à des contractures aiguës. Cela pouvait l'empêcher complètement de travailler et ce phénomène était compatible avec les interventions subies. Le témoin s'est dit étonné que la recourante eût pu reprendre une activité professionnelle à 50 % à un moment donné, compte tenu de son état. Elle avait dû consentir des efforts importants. En outre, avec l'âge et en raison des limitations fonctionnelles, il y avait une perte de la capacité musculaire, de sorte que les effets délétères de l'accident s'aggravaient naturellement de façon progressive. Il était par ailleurs fortement probable qu'une reprise de l'activité professionnelle à un taux de 50 % et, par moments, de 80 % eussent pu engendrer l'aggravation de 2009.

32. Par écriture du 13 mars 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. L'audition du Dr H\_\_\_\_\_ avait clarifié qu'il y avait clairement un lien de causalité entre l'aggravation et l'accident. Du reste, le SMR avait considéré que les éléments médicaux permettaient de constater une aggravation et une réduction de la capacité de travail à 25 %. De juin 2009 à avril 2010, celle-ci était nulle. Désormais, elle bénéficiait d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Il n'y avait en outre aucun élément étranger à l'accident pouvant expliquer l'état de santé actuel. Concernant la diminution du trajet pour se rendre à son travail, elle a repris ses précédents arguments.
33. Par écriture du 14 mars 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions, en considérant qu'il ressortait de l'audition du Dr H\_\_\_\_\_ que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre la péjoration clinique observée en 2009 et l'accident de janvier 2005 était simplement possible et non pas vraisemblable. En effet, cette experte avait considéré qu'il était « fortement probable » que les efforts consentis par la recourante pour maintenir une activité professionnelle à un taux de 50 % et, par moment, de 80 % eussent pu engendrer l'aggravation de 2009. Il n'était dès lors pas possible d'affirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il y avait un tel lien de causalité.

34. A la demande de la chambre de céans, la recourante a précisé, avec une attestation de B\_\_\_\_\_ SA à l'appui, avoir été reclassée dans un poste de chargée de projets qui nécessitait qu'elle se déplaçât plusieurs fois par semaine sur l'ensemble des trois sites de cette société. En avril 2010, elle avait été transférée sur le site de Chêne-Bourg de l'employeur, tout en continuant à se déplacer sur les autres sites plusieurs fois par semaine, à savoir sur les sites aux Acacias et à Plan-les-Ouates. Concernant sa fille affectée d'un handicap mental, elle s'en occupait entre six à huit heures par semaine au minimum et, ponctuellement plusieurs fois par mois, à partir de 17h00 jusqu'au lendemain. Durant les périodes de crises, elle devait s'occuper quotidiennement de sa fille à partir de 17h00 jusqu'au lendemain et ceci durant plusieurs semaines d'affilées. Parfois elle devait s'occuper d'elle dans la journée et prendre congé pour ce faire. Elle devait aussi accompagner sa fille dans certaines activités thérapeutiques se déroulant en dehors du foyer durant la semaine et adapter les périodes d'accueil de sa fille à domicile, en fonction de la situation émotionnelle de celle-ci, selon l'attestation de l'association « J\_\_\_\_\_ » du 2 décembre 2014 jointe au dossier. Tous les week-ends sa fille rentrait chez sa mère du vendredi 17h00 au lundi matin 8h30. Toute modification de l'équilibre fragile de la fille comporterait un risque majeur pour sa stabilité émotionnelle et sa santé psychique, notamment suite à une agression (attouchements sexuels et/ou viol de la part d'un autre résidant) en 2012 qui avait renforcé ses difficultés et provoqué une angoisse et une irritabilité. Enfin, la recourante ignorait si son employeur pourrait l'engager à raison de trois heures par jour. Son supérieur hiérarchique direct n'en verrait pas d'inconvénient mais cela supposerait une décision de la direction des ressources humaines qui n'était pas acquise. En tout état de cause, la recourante a estimé que cela excéderait sa capacité de travail médicale et mettrait en péril son emploi.
35. Dans l'attestation du 2 décembre 2014, B\_\_\_\_\_ SA a notamment certifié ce qui suit :
- « En mai 2008, Madame A\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un reclassement professionnel en tant que Chargée de Projets, fonction administrative, qui nécessite de par sa mission qu'elle se déplace plusieurs fois par semaine sur l'ensemble des 3 sites de Genève. Tout en conservant cette activité, Madame A\_\_\_\_\_ a été transférée sur notre site de Chêne-Bourg en avril 2010. A ce jour, elle occupe toujours ce poste et elle donne satisfaction à son responsable. Nous pouvons donc attester que sa réinsertion est réussie. »
36. Le 2 décembre 2014, l'association « J\_\_\_\_\_ » a attesté que la fille de la recourante était placée depuis 2010 à l'internat de son foyer de vie « K\_\_\_\_\_ » à Vétraz Monthoux. Cette structure accueille les personnes lourdement atteintes par un handicap mental. La continuité de l'accompagnement dans ses services a contribué à développer un fort attachement au lieu et aux équipes professionnelles. Cette continuité était un facteur important de stabilité émotionnelle. Une agression de 2012 avait provoqué un sentiment chronique d'insécurité et un comportement

particulièrement violent envers elle-même (automutilation) et envers les autres résidents. Compte tenu de cette problématique, un fonctionnement adapté a été mis en place qui impliquait que la mère puisse accompagner sa fille dans certaines activités thérapeutiques en dehors du foyer, ainsi qu'accueillir sa fille à son domicile, en fonction de la situation émotionnelle de celle-ci. Ces périodes d'accueil étaient variables et pouvaient être quotidiennes dès 17h00 jusqu'au lendemain matin sur plusieurs semaines. Il arrivait aussi fréquemment que l'institution fasse appel à la mère pour venir dans la journée ou en soirée en soutien de l'équipe éducative pour gérer l'état de sa fille. Tous les week-ends, celle-ci rentrait chez sa mère, du vendredi 17h00 au lundi matin 8h30. Cette dernière devant avoir une grande disponibilité, une proximité entre son lieu de résidence et le foyer d'accueil était nécessaire.

37. Dans son certificat du 26 novembre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que la recourante devait s'occuper de sa fille, notamment dans les crises de violence, et devait donc être disponible de façon inopinée, ce qui impliquait une résidence à proximité de l'institution. Suite à une agression, sa fille devait aussi bénéficier de thérapies extérieures à l'institution, auxquelles elle était amenée par la recourante.
38. Le docteur K\_\_\_\_\_, psychiatre, a attesté, dans son courrier du 16 avril 2013 au mandataire de la recourante, qu'il suivait la fille de celle-ci, notamment à la suite de son agression sexuelle qui l'avait rendue angoissée et irritable. Il n'était néanmoins pas judicieux de retirer temporairement la fille de l'établissement, dès lors que cela pourrait être interprété de façon erronée par la victime. Il était en outre nécessaire de renforcer l'accompagnement et le soutien par sa mère.
39. Par écriture du 29 janvier 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a estimé qu'il serait intéressant que la recourante formule une estimation en temps et des distances de ses déplacements hebdomadaires sur les trois sites de son employeur. Si ses déplacements devaient s'avérer aussi importants et fréquents, cela permettrait de douter de leur conciliation avec une disponibilité totale de la recourante pour sa fille.
40. Par écriture du 3 mars 2015, la recourante a précisé qu'il lui était difficile d'apprécier le temps de ses déplacements hebdomadaires, dans la mesure où ceux-ci étaient variables. Cela représentait toutefois plusieurs heures par semaines. Les ressources humaines ne lui avaient pas communiqué une copie de ses notes de frais. Toutefois, la situation géographique des trois sites était connue, à savoir les Vernets, Plan-les-Ouates et Chêne-Bourg. La distance entre le site de Chêne-Bourg et les Vernets était de 8,7 km, ce qui représentait un trajet en voiture de vingt-six minutes. La distance entre le site de Chêne-Bourg et celui de Plan-les-Ouates était de 10,3 km, soit un trajet en voiture de vingt-neuf minutes. La recourante a dès lors persisté dans ses conclusions.
41. Sur ce, la cause a été gardée à juger.



---

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 4 janvier 2010 a été reçue au plus tôt le lendemain par la recourante. Le recours du 3 février 2010 a donc été formé en temps utile (39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). La forme prescrite par la loi étant également respectée, le recours est recevable.
3. Le litige porte principalement sur la question de savoir si les douleurs annoncées comme rechute peuvent être mises en relation de causalité avec l'accident du 8 janvier 2005 et, le cas échéant, justifieraient l'octroi d'une rente supérieure à celle de 50% accordée depuis le 16 mars 2009.
4. a) Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c; RAMA 2006 N° U 570 p. 74 consid 1.5.2, U 357/04; 2005 N° U 557 p. 388 consid. 3.2, U 244/04).
5. En effet, en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué

l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

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

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

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects

médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

7. En l'occurrence, la recourante a été soumise à une expertise par les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Leur rapport du 7 mai 2013 remplit en principe les critères jurisprudentiels pour reconnaître à cette expertise une pleine valeur probante. En effet, elle a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes de la recourante et repose sur un examen clinique approfondi. Certes, les conclusions de l'expertise, quant au lien de causalité naturelle, sont imprécises, ce qui tient selon toute vraisemblance au fait que le Dr I\_\_\_\_\_, qui a examiné la recourante, ne maîtrise qu'imparfaitement le français, de sorte qu'il ne saisit pas toutes les nuances de cette langue. Toutefois, l'expertise a été explicitée lors de l'audition du Dr H\_\_\_\_\_ par la chambre de céans.

Selon ce dernier, l'aggravation de l'état de santé en 2009 est liée à une contracture musculaire paravertébrale globale. Les limitations constatées en 2012 sont en relation directe avec l'accident et l'aggravation en 2009. Dans la mesure où ce médecin ne peut se prononcer avec certitude sur la relation de causalité entre l'accident et la seule aggravation de 2009, survenue trois ans plus tôt, il a indiqué dans son expertise que le lien de causalité était seulement possible avec la péjoration clinique. Néanmoins, il n'y a pas d'autres éléments susceptibles d'expliquer l'état actuel de la recourante. Il y a certes une dégénérescence des vertèbres, mise en évidence par une scintigraphie, mais celle-ci est en lien avec les interventions chirurgicales successives. Il est par ailleurs fortement probable qu'une

reprise de l'activité professionnelle à un taux de 50 %, par moment de 80 %, ait pu engendrer l'aggravation de 2009.

Le lien de causalité entre l'aggravation survenue en 2009 et l'accident est confirmé par tous les médecins traitants de la recourante. Ainsi, le Dr F\_\_\_\_\_ indique dans son certificat du 15 octobre 2009 qu'après un trauma vertébral lombaire majeur ayant nécessité une spondylodèse lombaire étendue avec de nombreuses complications, il va de soi que les étages immédiatement sous- et sus-jacents sont hyper-sollicités et que le traitement de rééducation était la conséquence directe de la problématique accidentelle initiale. Il confirme, dans son rapport du 20 décembre 2009, que la ré-exacerbation des douleurs rachidiennes dorsales hautes sans nouveau trauma est explicable par le status post-opératoire lombaire. Le 4 mars 2010, ce praticien affirme que la relation de causalité entre les troubles et l'accident est évidente, s'agissant d'une conséquence directe de la stabilisation vertébrale lombaire. Le 6 avril 2010, il admet qu'il n'y a pas une aggravation du rachis lombaire sur le plan radiologique, mais estime néanmoins qu'il est parfaitement clair et classique qu'une décompensation fonctionnelle progressive se fasse au-dessus et au-dessous des étages immobilisés par chirurgie. En effet, le défaut de mobilité des étages lombaires opérés doit être en partie compensé par les étages sus- et sous-jacents. Lors de son audition par la chambre de céans, il confirme que les douleurs présentées par la recourante en juin 2009 sont en lien de causalité avec l'accident, même si cette aggravation n'est pas visible. En effet, les lésions de sur-sollicitation ne sont pas forcément objectivables dans un premier temps, mais le seront par la suite seulement. Quant au pronostic, la stabilité de la colonne ira vers une baisse et un déséquilibre apparaîtra.

Le Dr C\_\_\_\_\_ atteste le 9 septembre 2009 une réactivation des douleurs lombaires et dorsales suite à un surmenage professionnel et aux trajets en voiture. Selon ce médecin cette aggravation est donc due aux conditions de travail, mais non pas à une nouvelle atteinte à la santé, indépendante de l'accident. Il ne peut en être conclu que le lien de causalité est rompu. Le 16 octobre 2009, ce médecin précise que les dorso-lombalgies sont dues à un surmenage musculaire (rééducation et exercices) et que ces symptômes paraissent bien en relation directe avec l'accident, compte tenu de la sollicitation importante des étages sus- et sous-jacents.

Le Prof. D\_\_\_\_\_ estime également, dans son certificat du 9 novembre 2009, que les douleurs lombaires et celles liées à la déambulation sont secondaires à l'évolution du traumatisme et des chirurgies effectuées.

L'avis des experts et médecins traitants est uniquement contredit par les médecins de l'intimée. Toutefois, le Dr E\_\_\_\_\_ n'a pas examiné la recourante et ne s'est prononcé que sur la base du dossier. Son appréciation est très brève (5 paragraphes de deux à trois lignes) et ne contient aucune analyse détaillée du lien de causalité. Il nie ce lien uniquement en raison du fait que la péjoration des douleurs n'a pas de substrat organique identifié par rapport à l'examen final par le médecin de l'intimée en date du 4 novembre 2008. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il n'a pas non plus examiné la

recourante et a écarté le lien de causalité également au seul motif que les examens objectifs, y compris les radiographies, ne montraient pas de signes d'équilibre antéro-postérieur positifs et que le Prof. D\_\_\_\_\_ n'avait donné aucune explication plausible sur le fait que l'équilibre antéro-postérieur aurait été perturbé depuis la conclusion du cas par l'intimée. Les lettres des 4 mars et 6 avril 2010 du Dr F\_\_\_\_\_, dans lesquelles celui-ci explique dans les détails pourquoi il admet un lien de causalité entre l'accident et l'aggravation de 2009, n'ont pas été soumises au Dr G\_\_\_\_\_. Celui-ci ne s'est dès lors pas prononcé sur l'affirmation du Dr F\_\_\_\_\_, selon laquelle les douleurs sont dues à la décompensation fonctionnelle progressive au-dessus et au-dessous des étages immobilisés par chirurgie.

Sur le seul plan formel, il convient donc de considérer que les avis des Drs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ n'ont pas une valeur probante suffisante, en l'absence notamment d'un examen clinique approfondi. Leurs opinions ne sont dès lors pas aptes à mettre en doute la pertinence des conclusions de l'expertise. En ce qu'ils motivent notamment leurs conclusions par le fait qu'aucune modification de la colonne vertébrale n'est visible sur les documents radiologiques, cet élément a été pris en considération par les experts et aussi par les médecins traitants. Ceux-ci admettent qu'une péjoration ne peut être objectivée par rapport à 2008. Néanmoins, ils expliquent de façon convaincante que les plaintes de l'assurée correspondent aux lésions subies et en particulier aux interventions chirurgicales qui ont suivi, lesquelles ont en particulier conduit à une sollicitation excessive des vertèbres au-dessus et au-dessous des étages stabilisés. Cette explication emporte la conviction de la chambre de céans.

Par conséquent, il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle de la péjoration survenue en 2009 avec l'accident, de sorte que l'intimée est tenue de prêter pour les incapacités de travail et traitements médicaux y liés.

8. a. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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 (al. 2).

L'indemnité journalière de l'assurance-accidents est une prestation à caractère temporaire qui vise à compenser la perte de salaire en raison d'une incapacité de travail. Aux conditions requises, elle est remplacée par une rente 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 (art. 19 al. 1 LAA). En cas de refus de l'assureur-accidents de prendre en charge le cas, la jurisprudence a donc admis jusqu'à présent que l'employeur peut avoir un intérêt direct pour former opposition afin que l'assuré obtienne une indemnité journalière qui a pour vocation de se substituer au salaire qu'il serait tenu de verser ou d'avancer (ATF 131 V 298 consid. 5.3.2).

---

b. Selon l'art. 18 al. 1<sup>er</sup> LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

9. a. En l'espèce, les attestations des médecins traitants concernant l'incapacité de travail entière de la recourante à partir du 23 juin 2009 ne sont guère contestées. Selon ceux-ci, cette incapacité a duré jusqu'au 5 avril 2010. Cela n'est pas non plus contredit par l'expertise judiciaire qui au contraire admet aussi une incapacité de travail totale temporaire.

Quant à la capacité de travail dès le 6 avril 2010, les experts admettent que la recourante pourrait augmenter son taux de travail dans l'activité actuelle, de 25%, jusqu'à 35 à 40 % (trois heures par jour), à condition de réduire le temps de trajet domicile-travail qui était d'une heure et demie au total en voiture.

Le Dr F\_\_\_\_\_ considère également que la capacité de travail est de 25 %, mais qu'elle pourrait être augmentée à 30 ou 40 % d'un point de vue théorique. Il s'interroge cependant si ce taux pourrait être maintenu dans la durée.

Il se pose dès lors la question de savoir si une capacité de travail supérieure à 25 % est exigible, notamment du fait que le lieu de travail principal de la recourante se trouve aujourd'hui à Chêne-Bourg et ceci depuis 2010.

b. En premier lieu, il sied de constater qu'un changement de domicile n'est guère exigible en l'occurrence compte tenu du placement de la fille handicapée de la recourante dans une institution proche de son domicile actuel. Au vu de la gravité du handicap mental, péjoré encore par l'agression récente, il n'est pas non plus envisageable de placer la fille de la recourante dans une autre institution.

De surcroît, un changement de domicile ne raccourcirait pas de façon notable les trajets de voiture, dès lors que les sites de l'employeur se trouvent à trois endroits différents assez éloignés les uns des autres et que la recourante doit se déplacer entre les différents sites. Au vu de la pénurie notable de logements dans le canton de Genève, il est enfin illusoire d'espérer trouver un logement au centre de cette ville.

Il appert toutefois que la place de travail actuelle de la recourante est située à environ quinze minutes de son domicile. Certes, elle doit souvent se déplacer entre les différents sites de l'employeur aux Vernets, à Plan-les-Ouates et à Chêne-Bourg. Néanmoins, étant considéré que la recourante ne travaille que deux heures par jour, il n'est guère vraisemblable qu'elle passe tous les jours pendant ses heures

de travail une heure dans un véhicule uniquement pour se déplacer. De surcroît, les déplacements entre Chêne-Bourg, Les Vernets et Plan-les-Ouates ne prennent pas plus qu'une demi-heure, comme la recourante l'admet dans son courrier du 3 mars 2015.

Dans ces conditions, il convient constater que le temps de déplacement n'est en fait pas d'une heure et demie par jour, comme supposé dans l'expertise, d'autant moins que les déplacements sont variables et qu'il y a des jours où la recourante doit uniquement se déplacer de son domicile à son lieu de travail à Chêne-Bourg, ce qui représente une demi-heure. De surcroît, les déplacements sont fragmentés, ce qui permet à la recourante de récupérer après chaque trajet. Par conséquent, il sied d'admettre avec les experts que la recourante pourrait, d'un point de vue médical, augmenter son temps de travail à trois heures par jour, ce qui correspond à une capacité de travail de 37,5 %.

10. Dans la mesure où la recourante était passagèrement incapable de travailler à 100 % du 23 juin 2009 au 5 avril 2010, elle a droit pendant cette période à des indemnités journalières de 50 %, correspondant à la capacité de travail résiduelle admise par l'intimée précédemment.

Depuis le 5 avril 2009, il y a lieu de considérer que la situation est stabilisée et que la recourante a recouvré une capacité de travail de 37,5 %. Dès cette date, la recourante peut donc prétendre à une rente de 62,5%.

11. Cela étant, le recours sera partiellement admis.
12. Dans la mesure où la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera octroyée à titre de dépens.

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

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 4 janvier 2010.
4. Octroie à la recourante des indemnités journalières à 50 % du 23 juin 2009 au 5 avril 2010 et une rente d'invalidité de 62,5 % à compter du 6 avril 2010.
5. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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