RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4058/2021 **ATAS/458/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2023

Chambre 8

En la cause

A_____ recourante
représentée par Maître Guillaume ETIER

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1965, était guichetière à La Poste Suisse SA (ci-après : la Poste ou l'employeur) au taux de 70% et à ce titre assurée contre le risque d'accident auprès de la Zurich Compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée). Le 26 juin 1992, elle a été heurtée par une voiture qui lui a roulé sur le pied droit, entraînant un écrasement du tendon d'Achille avec plaie postérieure de la cheville. Les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assureur.

b. Dans un rapport du 16 mars 1999, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué à l'assureur que l'assurée se plaignait d'une douleur récidivante située dans la région du bord supéro-externe du calcanéum et le long du tendon d'Achille droit. Cependant, la palpation de la cicatrice de même que la zone de résection de l'exostose de Haglund opérée le 30 mai 1994 ne déclenchait aucune douleur. En examinant le reste du status, on constatait que l'assurée présentait une douleur à la palpation de l'interligne interépineux L5/S1 irradiant dans la région sacro-illiaque droite avec présence d'une contracture du muscle pyramidal droit. Les radiographies pratiquées le jour de la dernière consultation (10 mars 1999) montraient une hyperlordose lombaire avec présence d'un rétrolysthésis L5/S1. Cette pathologie certainement préexistante avait pu être décompensée par la symptomatologie inflammatoire chronique au niveau du talon droit. Le Dr B_____ avait donc proposé à l'assurée de suivre quelques séances de physiothérapie. Cette situation, une fois améliorée, devait permettre de mettre un terme à cette pathologie aggravée par l'accident du 26 juin 1992.

c. Dans une note du 23 mars 1999, relatant un entretien du même jour entre l'assureur et son médecin-conseil, le docteur C_____, chirurgien orthopédique, l'assureur a mentionné qu'exceptées les séances de physiothérapie, un traitement n'était plus nécessaire.

d. Dans un rapport du 30 janvier 2001 à l'assureur, le Dr C_____ a fait état d'une algoneurodystrophie du calcanéum droit dont l'étiologie était probablement post-traumatique. Constatant qu'il n'existait pas de relation de causalité entre l'accident du 26 juin 1992 et les lombosacralgies, mais des douleurs résiduelles de l'arrière-pied droit après le traitement chirurgical d'une tendinite post-traumatique, le Dr C_____ a fixé à 6% le taux d'atteinte à l'intégrité pour les séquelles douloureuses de l'arrière-pied droit en expliquant que cela correspondait à 1/5 de la perte totale du pied selon la table 4 de la SUVA.

e. Par décision du 6 mars 2001, l'assureur a constaté qu'il subsistait, selon les pièces médicales du dossier, une algoneurodystrophie du calcanéum droit, provoquant des douleurs résiduelles de l'arrière-pied droit. Cela étant, il a octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité à 6%. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. **a.** Le 13 août 2012, l'assurée s'est adressée une nouvelle fois à l'assureur en lien avec l'accident subi vingt ans plus tôt. Selon une note non datée, son médecin-conseil, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, on ne pouvait pas nier la relation de causalité entre le « peignage » au tendon d'Achille et les douleurs actuelles. Il y avait lieu d'accepter la prescription d'une talonnette (pas plus d'une ou deux tous les deux ans) et d'une à deux séries de séances de physiothérapie.

b. Selon le rapport du 25 juillet 2012 du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assurée présentait, depuis mai 2011, une récidive de tendinopathie insertionnelle du tendon d'Achille à droite.

c. Une radiographie du 12 décembre 2014 de la colonne lombaire de face et de profil a montré un état dégénératif modéré de la colonne lombaire avec arthrose des articulations facettaires et spondylarthrose. S'y ajoutait une ostéochondrose débutante multi-étagée.

d. Dans un rapport du 10 mars 2015, le Dr E_____ a relevé qu'un examen IRM mettait en évidence une tendinite insertionnelle du tendon d'Achille droit, post-traumatique, avec des remaniements importants au niveau du tubulaire postérieur du calcanéum, ainsi qu'une atteinte du tendon d'Achille avec du liquide présent entre l'insertion et le tendon (fissurations). Il a proposé une révision chirurgicale en précisant que les suites opératoires seraient longues et que la récupération ne pourrait pas être complète.

e. Le 16 avril 2015, l'assurée a été soumise à une expertise au Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed) par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 1er mai 2015, l'expert a noté qu'après la fin des prestations en 2001, l'assurée n'avait plus sollicité l'assureur entre 2001 et 2011, nonobstant des douleurs fluctuantes qu'elle avait « [laissées] de côté » en raison de problèmes sociaux-familiaux avec son fils. Elle avait consulté à nouveau des spécialistes à partir de 2012 en raison de la persistance des douleurs, dont l'aggravation avait justifié une incapacité de travail à 100% dès octobre 2014. Dans ce contexte, l'expert ne voyait pas ce qui pouvait justifier, à quelque moment que ce fût, un arrêt des prestations de l'assureur. En revanche, les douleurs sous-jacentes du genou, rétro-trochantériennes et du rachis reflétaient une atteinte de type lombosciatique banale, sans déficit neurologique – et, en ce qui concernait le genou, une éventuelle atteinte dégénérative du compartiment interne – dont la relation de causalité avec l'accident était possible tout au plus. Quant à l'incapacité de travail, elle remontait à octobre 2014 et il était bien difficile de savoir quel degré d'aggravation justifiait une incapacité de travail totale. Une activité dans un poste de travail impliquant une station debout pratiquement permanente et des déplacements n'était pas adaptée. En revanche, une activité dans un poste alternant des stations debout et assise pouvait être parfaitement assumée à plein temps.

C. **a.** Le 26 mai 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état de blessures post-traumatiques consécutives à l'accident du 26 juin 1992.

b. Le 18 juin 2015, le Dr E_____ a procédé à une réinsertion du tendon d'Achille avec résection d'une tubérosité de Haglund.

c. Le 29 juin 2015, l'OAI a reçu un rapport du docteur G_____, médecin généraliste, par lequel celui-ci constatait que l'aptitude à la réadaptation de l'assurée était donnée dès le 1er août 2015, tout en précisant que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – qui concernaient la station debout prolongée et la marche.

d. Dans un rapport du 9 novembre 2015, le Dr E_____ a indiqué que le pronostic était réservé du fait de douleurs chroniques qui se manifestaient à la marche au niveau du talon. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de guichetière, mais entière dans un travail en position assise, avec alternance des positions assise et debout.

e. Par avis du 26 février 2016, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée dès le 1er novembre 2015, compte tenu de la période d'incapacité de travail post-opératoire de trois à quatre mois préconisée par l'expert F_____.

f. Le 18 avril 2016, l'OAI a ordonné une mesure de reclassement et a pris en charge, à ce titre, les coûts d'une formation de comptable auprès du Centre romand de formation continue (ci-après : CEFCO) du 14 avril 2016 au 18 mars 2017.

g. Par courrier du 20 avril 2016, l'employeur a informé l'assureur qu'à la suite d'une convention de départ conclue avec l'assurée, cette dernière ne ferait plus partie du personnel au 1er mai 2016.

h. Par retour de courrier du 25 avril 2016, l'assureur a informé l'employeur que l'assurée avait droit à des indemnités journalières de la part de l'assurance-invalidité dès le 14 avril 2016. En conséquence, les indemnités journalières de l'assurance-accidents étaient suspendues dès cette date.

i. Par communications des 16 juin et 4 juillet 2016, l'OAI a également pris en charge, à titre de reclassement, des compléments à la formation de comptable déjà octroyée (formation à l'utilisation de divers logiciels, complétée par une formation pratique en entreprise auprès d'une fiduciaire).

j. Le 11 octobre 2017, le docteur H_____, radiologue, a procédé à une IRM de la colonne lombaire. Celle-ci montrait une discopathie dégénérative débutante L4-L5. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'une hernie discale, d'un conflit disco-

radiculaire, d'un canal lombaire étroit ou d'une sténose foraminale serrée permettant d'expliquer la symptomatologie de l'assurée.

k. Le 22 novembre 2017, le CEFCO a décerné à l'assurée un certificat d'aide-comptable.

l. Dans un rapport du 5 mars 2018 adressé au Dr G_____, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée lui signalait de multiples douleurs ostéo-articulaires, tant lorsqu'elle marchait que lorsqu'elle était inactive. Lorsqu'elle était assise, elle avait des douleurs dans la jambe et dans son pied. Elle indiquait avoir des sensations paresthésiques latérales au niveau de la jambe, de la cheville et du pied, irradiant proximalement aussi. Un bilan rachidien avait été effectué, mais celui-ci n'avait pas montré d'explication. L'assurée insistait sur la « douleur d'Achille ». Localement, ce tendon était vraiment calme. Tout au plus, il y avait un nœud dans la refixation qui était sensible dans la région latérale au sommet de la cicatrice. Cela étant, le Dr E_____ ne pensait pas que la problématique était primairement au niveau de cet ancien nettoyage de la tendinopathie insertionnelle, car la gaine était sèche et il n'y avait pas d'œdème dans les tissus péritendineux. Il y avait une légère incohérence entre ce que l'assurée décrivait et ce qu'il observait, dans la mesure où l'assurée marchait d'un bon pas dans le cabinet et sans boiterie, avec un déroulé du pas qui était parfaitement physiologique.

m. Dans un rapport du 3 mai 2018 adressé au Dr G_____, le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué que l'assurée effectuait actuellement un stage dans le domaine de la comptabilité à plein temps, ce qui était très difficile. Elle ressentait, dès le milieu de la journée, des fourmillements au niveau de la région lombaire basse et dans le membre inférieur droit, ainsi que des gonalgies qui l'empêchaient de se concentrer et de travailler correctement. Cependant, l'IRM de la colonne lombaire n'avait rien révélé de particulier qui permettrait d'expliquer les symptômes actuels. À l'examen clinique du jour, le Dr I_____ n'avait constaté ni boiterie ni troubles de la statique des pieds.

n. Dans un rapport du 1er novembre 2018, le docteur J_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que l'assurée travaillait en tant que comptable à 50%. Aux dires de la patiente, la prise occasionnelle d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, la physiothérapie et l'acupuncture régulière, ainsi qu'une activité professionnelle de bureau de 50%, permettaient de rendre la situation confortable, tandis qu'une augmentation du taux d'activité déclenchait une aggravation clinique. À l'examen, on ne retrouvait qu'un discret syndrome vertébral sans syndrome irritatif ni déficitaire (hormis une hypoesthésie discrète du pied, ancienne). L'IRM lombaire était également très rassurante, avec une discrète pathologie dégénérative tout à fait compatible avec l'âge, sans signaux inflammatoires ni conflit radiculaire.

o. Dans un rapport du 6 décembre 2018, le Dr G_____ a indiqué que les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail consistaient en un

syndrome douloureux diffus du membre inférieur droit et un syndrome rachidien douloureux. La capacité de travail exigible de l'assurée s'élevait à 50%, soit l'équivalent du taux d'activité qui était actuellement le sien dans le cadre d'un stage en entreprise.

p. Le 27 mars 2019, l'assurée a été soumise à une expertise par le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 3 avril 2019, ce dernier a indiqué qu'il ne constatait pas d'aggravation significative de l'état de santé pouvant justifier, aux dires du Dr G_____ (cf. rapport du 6 décembre 2018), une diminution de la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Selon l'expert, une telle diminution de la capacité de travail ne se justifiait pas sur un plan ostéo-articulaire. L'assurée faisait régulièrement des voyages à l'étranger et avait de bonnes ressources physiques.

Sur un plan rhumatologique, la capacité de travail exigible était déterminée par trois facteurs, à savoir la tolérance aux contraintes mécaniques du tendon d'Achille droit dans le cadre d'une tendinopathie calcifiante chronique, la tolérance de la colonne lombaire dans le cadre d'une atteinte dégénérative modérée sans signe irritatif ni déficitaire et, enfin, la tolérance de l'épaule droite dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs sans signe de déchirure. Dès lors que la tendinopathie de la coiffe des rotateurs n'avait pas d'impact dans un travail de bureau, l'expert K_____ estimait que la capacité de travail était de 100% dans une activité se situant à hauteur de bureau, sans port de charges, avec la possibilité de se lever une fois par heure. En conclusion, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle de collaboratrice à la poste, mais entière dans une activité adaptée (dont une activité de comptable), depuis le 7 octobre 2015. Cette date correspondait à l'examen pratiqué par le Dr E_____, dont le rapport du 9 novembre 2015 mentionnait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Au chapitre des limitations fonctionnelles, certaines concernaient le pied (port de charges inférieures à 10 kg, marche limitée à trente minutes, montées et descentes d'escaliers/d'échelles à éviter, pas de position debout statique dépassant quinze minutes), d'autres la colonne lombaire (pas de posture en porte-à-faux ni de position assise au-delà d'une heure à une heure et demie, pas de mouvement de rotation ni de flexion-extension lombaire, port de charges occasionnel jusqu'à 10 kg, fréquent jusqu'à 5 kg), et d'autres l'épaule droite (pas de port de charges supérieures à 5 kg ni d'activité prolongée au-dessus de l'horizontale).

q. Dans un « rapport final – MOP [mesures d'ordre professionnel] » du 20 juin 2019, l'OAI a constaté que l'assurée avait réussi toutes les formations prises en charge (sauf celle d'assistante en gestion du personnel, examen qu'elle n'avait pas passé), qu'elle était désormais réadaptée et pouvait prétendre à un poste en comptabilité dans l'économie normale.

D. **a.** Par projet de décision du 21 juin 2019, l'OAI a refusé toute rente d'invalidité à l'assurée. Il ressortait de l'instruction médicale que, dans son activité habituelle,

sa capacité de travail était nulle depuis le 1er novembre 2014 (début du délai d'attente d'un an), mais que, dans une activité adaptée à son état de santé, cette capacité était entière à compter du 7 octobre 2015. Compte tenu de la perte économique de 1.20% pour un emploi à plein temps, soit 0.84% pour un emploi exercé à 70% dans le cas particulier, il n'était pas nécessaire de déterminer les empêchements dans la sphère des travaux habituels au moyen d'une enquête économique sur le ménage. Enfin, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

b. Dans un rapport du 9 juillet 2019, le Dr I_____ a estimé qu'au vu de la situation depuis ces dernières années, il n'y avait pas d'amélioration à attendre et qu'il était très probable que l'assurée continuerait à souffrir des mêmes douleurs au long cours, nécessitant des traitements médicamenteux et des séances de physiothérapie régulière. Dans ce contexte, une capacité de travail n'excédant pas 50% dans son emploi habituel paraissait tout à fait raisonnable et souhaitable.

c. Dans un rapport du 16 juillet 2019, le docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, a fait état d'un examen neurologique dans les limites de la norme, en précisant que l'ENMG (électroneuromyographie) des membres était sans anomalie, en particulier sans évidence d'atteinte radiculaire ou tronculaire du côté droit. L'origine de la symptomatologie douloureuse du pied droit était à intégrer dans le contexte de la persistance d'une « enthésopathie ossifiante du tendon d'Achille avec […] réossification de la berge postérieure du calcanéum précédemment réséquée, associée à une bursopathie ».

d. Par pli du 25 juillet 2019, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet de décision du 21 juin 2019.

e. Les 2, 10 et 13 juillet 2020, l'assurée a fait l'objet d'une expertise au Centre d'expertises médicales SMEX SA par les médecins suivants :

- pour la médecine interne : la doctoresse M_____, médecin praticien en médecine générale ;

- pour la psychiatrie : le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ;

- pour l'orthopédie : le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;

- pour la rhumatologie : le docteur P_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

Dans leur rapport du 13 août 2020, les experts précités n'ont retenu aucune atteinte à la santé d'un point de vue psychiatrique, respectivement aucune atteinte à la santé incapacitante du point de vue de la médecine interne. D'un point de vue rhumatologique, l'examen n'avait mis en évidence aucune pathologie incapacitante, que ce soit dans l'activité de comptable ou celle de commise administrative, exercée depuis février 2020 auprès de l'office cantonal de la protection de la population et des affaires militaires. Le Dr O_____ a retenu,

quant à lui, les diagnostics d'antécédent d'écrasement du talon droit (opéré en 1994 et 2015), de lombalgies chroniques et de tendinopathie du muscle sous-scapulaire droit. Il a expliqué que la situation médicale était parfaitement similaire à celle décrite par l'expert K_____ en mars 2019 et qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions de cet expert. Aussi les experts de SMEX SA ont confirmé, de façon consensuelle, les conclusions du Dr K_____.

f. Par décision du 27 août 2020, l'OAI a maintenu son projet de décision du 21 juin 2019, en suivant les conclusions consensuelles des experts de SMEX SA.

g. Le 28 septembre 2020, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

h. Dans un rapport du 2 octobre 2020, adressé à l'assureur, le Dr G_____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux du membre inférieur droit post-traumatique et d'insertionite calcifiée du tendon d'Achille droit. L'état de santé avait connu une légère péjoration depuis 2015 et une amélioration n'apparaissait pas vraisemblable. Il n'y avait pas de facteurs antérieurs ou étrangers à l'accident.

i. Le docteur Q_____, médecin-conseil de l'assureur, a considéré le 21 novembre 2020 que le cas était stabilisé. Au vu de l'évolution défavorable depuis 2001, il y avait lieu de retenir une augmentation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Au vu des troubles actuels, les atteintes correspondaient à 2/5 de la perte d'un pied, soit un taux global de 12%.

j. Par décision du 1er avril 2021, l'assureur a majoré l'IPAI à 12%, fixé la fin du droit aux prestations médicales au 30 novembre 2020 et la fin du droit aux indemnités journalières au 13 avril 2016, et nié tout droit à une rente d'invalidité.

E. **a.** Le 11 mai 2021, l'assurée, représentée par un avocat, a formé opposition à cette décision et conclu à son annulation. Sa capacité de travail étant restreinte dans toute activité, même adaptée, une demi-rente d'invalidité devait au moins lui être octroyée. Par ailleurs, l'IPAI devait prendre en considération l'intégralité des atteintes à la santé dues à l'accident. Tel n'était pas le cas, dans la mesure où les atteintes à la jambe et au dos n'avaient pas été évaluées par le médecin-conseil. Enfin, les traitements et soins en lien avec « toutes ces atteintes » n'étaient pas terminés et devaient être pris en charge par l'assureur.

b. Par arrêt ATAS/964/2021 du 21 septembre 2021, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre la décision de l'OAI du 27 août 2020.

c. Par décision du 22 octobre 2021, l'assureur a rejeté l'opposition en soutenant que l'état final était atteint. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, le rapport d'expertise pluridisciplinaire, rendu le 13 août 2020 par SMEX SA, sur mandat de l'OAI, revêtait pleine valeur probante. Partant, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation des experts selon laquelle la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité adaptée, y compris celle de comptable

dans laquelle elle avait été réadaptée avec succès. Dans la mesure où l'assurée ne mettait pas pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il convenait de fixer le revenu d'invalide sur la base de tables statistiques. L'assurée ayant bénéficié d'une formation de comptable financée par l'assurance-invalidité, il y avait lieu de se référer à la table TA1, 2018, femme, ligne 64-66 (activités financières et d'assurances), niveau de formation 2. Dans une telle activité, l'assurée pouvait réaliser un revenu mensuel de CHF 6'679.-, respectivement CHF 80'148.- par année. Compte tenu de la durée de travail hebdomadaire usuelle s'élevant à 41.7 heures, il en résultait un revenu annuel avec invalidité de CHF 83'554.30, soit CHF 85'392.50 une fois celui-ci indexé à 2021, ce qui correspondait à CHF 76'853.50 après un abattement de 10% au titre des limitations fonctionnelles. En comparant ce dernier montant au salaire que l'assurée réalisait en 2015 (CHF 52'996.- pour un taux d'occupation de 70% au sein de la Poste, soit CHF 75'708.60 pour un plein temps), indexé à 2021 (soit CHF 78'888.40), la perte de gain était de CHF 2'034.90 ou 2.58% ([78'888.40 – 76'853.50] x 100 / 78'888.40 = 2.58), ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 3% (2,58%, arrondi à 3%), lequel se situait en-dessous du seuil minimal de 10% nécessaire à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

En ce qui concernait l'IPAI, les atteintes aux jambes et au dos - plus précisément les douleurs mises en avant par les médecins à ce niveau -, ne justifiaient pas que l'on s'écarte de l'appréciation claire et convaincante du Dr Q_____.

F. **a.** Le 24 novembre 2021, l'assurée a saisi la chambre des assurances d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation, à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle avait droit à une rente d'invalidité de 25% depuis le 14 avril 2016, ainsi qu'à une IPAI de CHF 29'160.-, sous déduction du montant de CHF 11'664.- (soit 12% de CHF 97'200.-) déjà versé à ce titre, ce qui correspondait à une IPAI de 30%. Ce faisant, elle a contesté le calcul du degré d'invalidité effectué, plus précisément le revenu statistique d'invalide retenu, de même que l'abattement opéré sur ce dernier. Elle n'a toutefois pas mis en question le taux de capacité de travail retenu par l'intimée. S'agissant de l'IPAI, la recourante a réitéré en substance les critiques déjà formulées dans son opposition à la décision du 1er avril 2021.

b. Par réponse du 14 janvier 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours en faisant valoir que c'était à juste titre que le tableau TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, ligne 64-66 (activités financières et d'assurances) avait été retenu pour le revenu d'invalide. L'OAI avait également sélectionné ce revenu statistique d'invalide dans sa décision du 27 août 2020, confirmée par la chambre de céans dans l'arrêt ATAS/964/2021 du 21 septembre 2021.

c. Les 8 février et 25 mars 2022, les parties ont procédé à un deuxième échange d'écritures portant sur l'IPAI et le revenu d'invalide déterminant.

d. Le 31 janvier 2023, la recourante a produit les certificats de salaire pour les mois de février à décembre 2020 et toute l'année 2021 au montant brut de CHF 37'115.10, respectivement CHF 40'489.20. Elle a également produit le certificat d'impôt de la Caisse fédérale de compensation pour la période du 1er janvier au 10 mars 2019 pour le versement de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité et l'attestation de l'assurance-chômage pour 2019 afférente au paiement de l'indemnité journalière de chômage de CHF 28'622.-.

e. Par écritures du 14 février 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

f. Entendue le 9 mai 2023 par la chambre de céans, la recourante a déclaré qu'elle avait commencé à travailler à l'État de Genève en 2019 en tant que stagiaire à mi-temps (50%). Par la suite, ce contrat de stage s'était mué en contrat de commise administrative 4 auprès de l'office cantonal de la protection de la population et des affaires militaires (OCPAM). Le cahier des charges de ce poste concernait toute la gestion administrative de la protection civile et des affaires militaires. Son travail pouvait être comparé à un travail de secrétaire avec passablement d'autonomie. Depuis le 1er janvier 2022, son taux d'activité était passé à 60%. Si elle le voulait, elle pourrait augmenter son taux d'activité à l'État de Genève. Cependant, son état de santé ne le lui permettait pas. Pour illustrer ce point, la recourante a produit un courrier du 5 mai 2023 de son conseil au département des finances et des ressources humaines (DF), expliquant qu'elle avait subi une entorse à la cheville droite le 13 novembre 2022, ce qui était lié à l'accident subi en 1992.

Également entendue par la chambre de céans, la représentante de l'intimée a estimé que le dossier était complet et qu'une instruction complémentaire concernant l'IPAI ne lui paraissait pas nécessaire.

g. Par courrier du 25 mai 2023, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport du 11 mai 2023 du Dr I_____, faisant état d'un nouvel accident le 13 novembre 2022 (lâchage du pied droit) et, plus récemment, d'une chute en scooter.

Tirant argument de ce rapport, la recourante a expliqué que ces deux événements récents étaient la conséquence directe de l'accident survenu en 1992 dont elle ne cessait de « subir les séquelles ». Aussi était-il indispensable que la chambre de céans prenne en considération ces éléments dans le cadre de la fixation de l'IPAI, laquelle ne devait pas être inférieure à 30%.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), le recours est recevable.

4. Étant donné qu'en l'espèce, la recourante ne conteste plus, au stade du recours, la fin de son droit au traitement médical, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-accidents, plus particulièrement sur le degré d'invalidité permettant d'y prétendre, ainsi que sur l'octroi d'une IPAI à un taux supérieur à 12%.

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

6.

6.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

6.2 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 et les réf.) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

7.

7.1 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 aLAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

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

7.2 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.

8.

8.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1).

8.2 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 et ATF 128 V 174).

8.3 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 (ATF 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).

8.4 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 139 V 592 consid. 2.3 p. 593).

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; cette faculté reconnue par la jurisprudence concerne les cas particuliers dans lesquels, avant l'atteinte à la santé, l'assuré concerné 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_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références).

8.4.1 Le Tribunal fédéral admet à titre exceptionnel qu'il est possible, pour le revenu d'invalide, de se baser sur le revenu effectivement réalisé, pour autant que

l'atteinte à la santé permette un taux d'activité plus élevé et que l'augmentation du taux d'activité soit effectivement possible auprès de l'employeur actuel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_7/2014 du 10 juillet 2014 consid. 7.2). Pour le reste, il est nécessaire que cette activité soit stable, mette pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé(e) et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

8.4.2 En ce qui concerne le point de savoir si une augmentation du taux d'activité est effectivement possible auprès l'employeur actuel (ci-dessus : consid. 8.4.1), il implique que l'administration et/ou le juge demande à l'employeur si une augmentation si une augmentation du taux d'activité serait effectivement possible (cf. l'arrêt 8C_7/2014 précité, consid. 7.2). Alors que cet arrêt semble admettre que la question à poser à l'employeur concerne la situation actuelle, un arrêt plus récent précise que la possibilité d'augmenter le taux d'activité au cours des mois suivants n'est pas pertinente car c'est la situation au moment de la décision sur opposition qui est déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_798/2017 du 2 août 2018 consid. 3.2). Que l'on choisisse la solution découlant de l'arrêt 8C_7/2014 ou celle, plus restrictive, de l'arrêt 8C_798/2017 précité, il n'en demeure pas moins que si une augmentation du taux d'activité est/était exigible d'un point de vue médical mais qu'elle se heurte/se heurtait à un refus de l'employeur, il n'y a pas lieu d'extrapoler le revenu effectivement réalisé à concurrence du taux d'activité exigible, mais il convient de déterminer le revenu d'invalide en partie sur la base du revenu actuel à temps partiel et en partie sur la base des statistiques de l'ESS. Il importe de souligner qu'une telle solution, combinant revenu effectif et revenu statistique, nécessite également que l'assurée bénéficie, auprès de son employeur actuel, d'une place de travail mieux rémunérée que la moyenne correspondante résultant des données de l'ESS (cf. l'arrêt 8C_7/2014 précité, consid. 8.1). Si un assuré ne bénéficie pas d'une place de travail mieux rémunérée que la moyenne statistique correspondante, le maintien de l'activité actuelle à temps partiel n'est pas justifié en raison de l'absence de mise en valeur de la capacité de travail résiduelle. Dans cette hypothèse, il convient de déterminer l'ensemble du revenu d'invalide sur la base des données statistiques de l'ESS (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.2 ; dans le même sens : arrêt 8C_798/2017 précité, consid. 3.2).

9.

9.1 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). Pour apprécier le

droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

9.2 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

9.3 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).

9.3.1 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.3.2 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

9.3.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 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).

10.

10.1 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10.2 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 ; ATF 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, ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. La chambre de céans examinera tout d'abord la capacité de travail de la recourante sur le plan médical. En effet, celle-ci a mis en cause, lors de son audition, le taux de capacité de travail dans une activité adaptée à 100% retenu, même si elle ne l'a pas contesté dans son recours. Se pose la question de savoir si la modification de ses conclusions est encore recevable à ce stade de la procédure. Toutefois, au vu de ce qui suit, cette question peut rester ouverte.

L'appréciation du 21 novembre 2020 du Dr Q_____, sur laquelle se fonde la décision litigieuse, n'est pas contestée en tant qu'elle retient, sur la base des rapports médicaux versés au dossier, que l'état de santé de la recourante est stabilisé à la date de ce rapport. Pour le surplus, cette décision se réfère aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de SMEX SA, diligentée par l'OAI, aux termes desquelles la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10kg, changement de position après une heure de travail, pas d'échelle, pas d'échafaudages, limitations des escaliers, etc.). Étant donné que la chambre de céans a déjà admis la valeur probante de ce rapport d'expertise du 13 août 2020 dans l'arrêt ATAS/964/2021 du septembre 2021 – entré en force –, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré requis de la vraisemblance prépondérante (ci-dessus : consid 10.1), que la capacité de travail de l'intéressée est nulle dans son ancien emploi auprès de la Poste, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

12. Il sied ensuite de calculer la perte de gain de la recourante dans l'exercice d'une activité adaptée.

12.1 En ce qui concerne l'année déterminante pour la comparaison de salaires, il sied de relever que la recourante a terminé la réadaptation professionnelle le 10 mars 2019, date à laquelle elle a reçu la dernière indemnité journalière de l'OAI. Par la suite, elle a bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage.

Le droit à une rente d'invalidité naissant dès que les éventuelles mesures de réadaptation ont pris fin, selon l'art. 19 al. 1 LAA, il y a lieu de prendre l'année 2019 pour la comparaison des gains. On précisera également que les variations enregistrées pour les revenus à comparer doivent être prises en compte jusqu'à la date de la décision sur opposition (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.2).

12.2 Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée (CHF 52'996.- pour un emploi au taux de 70% à la Poste en 2015, soit CHF 75'708.60 pour un plein temps) n'est pas contesté. On rappellera que 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 (cf. 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).

12.3 Dans l'année déterminante 2019, la recourante était sans emploi, de sorte que le revenu d'invalide doit être déterminé sur la base des statistiques.

12.3.1 Dans la décision litigieuse, qui détermine le revenu d'invalide en fonction de l'ESS 2018, l'intimée s'est fondée sur la ligne 64-66 du tableau TA1_tirage_skill_level. La recourante fait valoir pour sa part qu'il n'y aurait pas lieu de se baser sur ladite ligne (activités financière et d'assurances), motif pris que la formation dispensée par le CEFCO dans le cadre du reclassement octroyé par l'OAI avait été sanctionnée, en 2017, par un certificat d'aide-comptable qui ne correspondrait pas aux compétences spécialisées auxquelles serait subordonné le revenu médian mentionné à la ligne 64-66.

12.3.2 La chambre de céans constate que dans un arrêt du 23 août 2012, le Tribunal fédéral a retenu que pour déterminer le revenu d'invalide en fonction de l'ESS, il était possible, à titre exceptionnel, de se référer au salaire d'un seul secteur(« production » ou « services »), voire d'une branche déterminée, lorsque cela paraissait approprié pour tenir compte de la capacité de travail résiduelle exigible dans un cas particulier, notamment pour les personnes qui, avant l'atteinte à la santé, avaient travaillé longtemps dans un secteur déterminé et pour lesquelles un travail dans un autre domaine n'entrait guère en ligne de compte. En application de ces principes, en particulier du caractère exemplatif – illustré par l'adverbe« notamment » – des cas dans lesquels la référence au salaire d'un seul secteur ou d'une branche déterminée était envisageable, le Tribunal fédéral avait considéré, dans le cas d'un assuré qui n'était plus capable d'exercer son activité habituelle de technicien (la seule qu'il ait jamais exercée), que la juridiction cantonale n'avait pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en déterminant le revenu d'invalide en fonction du secteur « services », l'office AI étant d'avis que c'était dans le secteur « services » que l'assuré était le mieux à même d'exploiter sa capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_311/2012 du 23 août 2012 consid. 4.1).

Plus récemment, dans un arrêt qui concernait une assurée ayant bénéficié d'un reclassement au sens de l'art. 17 LAI, qui avait débouché sur l'obtention d'un certificat d'aide-comptable, le Tribunal fédéral a jugé que la référence au salaire statistique d'une branche particulière (en l'occurrence celle des « activités juridiques et comptables » [ligne 69-71 de la table TA1]) ne se justifiait pas dès lors qu'il ne ressortait pas du parcours professionnel de l'assurée concernée qu'avant son atteinte à la santé, celle-ci se serait cantonnée à un seul domaine pendant de nombreuses années. Indépendamment de cet état de fait, qui était suffisant à lui seul pour que l'on ne s'écartât pas de la valeur médiane (« total secteur privé ») de la table TA1, le fait de se référer à la ligne 69-71 de la table TA1 – qui visent des personnes disposant d'un niveau de formation élevé, comme un diplôme de comptable – ne reflétait pas la réelle capacité de gain de l'assurée,

qui était simple aide-comptable, mais avait bien plutôt pour effet de la pénaliser sur le plan salarial par rapport aux autres assurés dans une situation comparable. Aussi convenait-il, pour déterminer son revenu avec invalidité, de se fonder sur la valeur médiane (« total secteur privé ») du salaire statistique mentionné dans la table TA1, niveau de compétence 2 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2).

12.3.3 En l'espèce, il ne ressort pas du *curriculum vitae* versé au dossier (cf. pièces 4 et 23 recourante) qu'avant son accident de juin 1992, la recourante se serait cantonnée à un seul domaine d'activité pendant de nombreuses années puisqu'elle a été d'abord enseignante, puis responsable technique et administrative. Le même constat s'impose à l'examen du parcours professionnel subséquent, précédant la rechute annoncée en août 2012. On recense en effet, par ordre chronologique, les métiers de stagiaire en agronomie, responsable administrative d'un tea-room, assistante administrative d'une station-service, puis auprès de Skyguide Genève et, enfin, de collaboratrice de vente auprès de la Poste. Il s'ensuit que la recourante ne se trouve pas dans la situation particulière dans laquelle elle aurait travaillé de nombreuses années dans le même domaine d'activités avant son atteinte à la santé, respectivement avant la rechute, et où une activité dans un autre domaine n'entrerait pratiquement plus en ligne de compte, conditions pourtant requises pour s'écarter de la valeur médiane (« total secteur privé ») des salaires statistiques et se référer aux salaires mensuels d'un secteur particulier (en l'occurrence le « secteur 3 [services] »), voire d'une branche particulière (en l'occurrence celles des services financiers, activités auxiliaires de services financiers et d'assurances [ligne 64, 66]). Qui plus est, à l'image de ce que le Tribunal fédéral a constaté dans la cause ayant fait l'objet de l'arrêt 8C_405/2021 précité, le reclassement pris en charge par l'OAI n'a pas abouti à la délivrance d'un diplôme de comptable, mais d'un certificat d'aide-comptable. En outre, le revenu mentionné à la ligne 64-66 de la table TA1 est encore supérieur à celui de la ligne 69-71, déjà jugé pénalisant par le Tribunal fédéral dans le même arrêt.

Cela étant, il n'existe pas de motif de s'écarter de la valeur médiane (« total secteur privé ») résultant, pour une femme, du niveau de compétence 2 du tableau TA1, tirage « skill_level » de l'ESS 2018, étant relevé qu'il n'y avait pas de document plus récent à la date de la décision litigieuse.

12.3.4 La recourante soutient par ailleurs que l'abattement accordé sur son revenu d'invalide ne devrait pas être de 10%, mais de 15%, compte tenu des limitations fonctionnelles qui sont les siennes. Ce faisant, elle n'indique pas en quoi l'intimée n'aurait pas tenu compte des limitations fonctionnelles retenues par les experts de SMEX SA, lesquelles se recoupent avec celles mentionnées par l'expert K_____ auxquelles elles renvoient. Par ailleurs, c'est à juste titre que d'autres facteurs tels que l'âge (55 ans au moment de l'examen du droit à la rente) ou la nationalité (l'intéressée est Suissesse) ne sont pas invoqués par la

recourante, dans la mesure où ceux-ci n'entrent pas en considération. Partant, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle accorde un abattement de 10% sur le revenu statistique d'invalide.

12.3.5 Cela étant précisé, il convient de déterminer le degré d'invalidité de la manière suivante : en se référant à l'ESS 2018, soit à la table TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, ligne « total », une femme pouvait réaliser, en 2018, un revenu de CHF 4'849.- par mois (soit CHF 58'188.- par année) dans une activité de niveau 2. En tenant compte de la durée normale du travail, s'élevant à 41.7h en 2019, le revenu d'invalide est de CHF 60'661.- par année (soit 58'188 x 41.7 / 40). L'indexation de ce revenu à 2019, selon l'ISS (+ 0,9%), permet d'aboutir à un revenu avec invalidité de CHF 61'207.- en chiffres arrondis, respectivement CHF 55'086.- en tenant compte de l'abattement de 10%.

En comparant le revenu d'invalide au revenu sans invalidité réalisé en qualité d'employée de la Poste en 2015 (CHF 75'708.60 pour un plein temps), indexé à 2019 selon l'ISS (+2,6%), soit CHF 77'677.-, la perte de gain s'établit à CHF 22'591.- et le degré d'invalidité à 29% [(77'677–55'086) x 100 / 77'677 = 29%].

12.3.6 Ainsi, dès le 11 mars 2019, la recourante peut bénéficier d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 29%.

12.4 En février 2020, la situation économique de la recourante s'est modifiée, puisqu'elle a été engagée à l'État de Genève à 50%.

12.4.1 Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2021, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, voire supprimée.

Cela étant, il convient d'examiner s'il faut prendre en considération la modification de la situation économique de la recourante dès février 2020, étant précisé que cette modification doit être considérée comme notable au vu du salaire réalisé.

12.4.2 Il ressort des fiches de salaires versées au dossier que la recourante a réalisé, du 1er février au 31 décembre 2020, un revenu de CHF 37'115.10, ce qui correspond, sur douze mois, à CHF 40'489.20 pour un 50%, respectivement CHF 6'748.20 par mois pour un travail à plein temps. Ce revenu est resté stable jusqu'à la décision litigieuse, prise en 2021 (CHF 40'489.20 annuels). Cette stabilité concerne également l'emploi en tant que tel puisqu'après un stage accompli en 2019, ayant débouché en 2020 sur un poste de commise administrative 4, la recourante était toujours employée par l'État de Genève, que ce soit au moment de la comparaison des revenus (2020) ou au moment de la décision litigieuse en 2021.

On rappellera à cet égard que si un assuré ne bénéficie pas d'une place de travail mieux rémunérée que la moyenne statistique correspondante – et pour lequel le maintien de l'activité actuelle à temps partiel n'est dès lors pas justifié, faute de mise en valeur de la capacité de travail résiduelle –, il convient de déterminer l'ensemble du revenu d'invalide sur la base des données statistiques de l'ESS (cf. ci-dessus : consid. 8.4.2).

En l'espèce, le revenu de CHF 6'748.20 par mois (pour un plein temps) que la recourante réalise auprès de l'État de Genève est plus important que le revenu statistique médian pour des activités comparables selon le tableau TA1, tirage « skill_level » 2018, qu'il s'agisse d'activités de services administratifs de niveau 2 (ligne 77, 79-82) ou d'activités de niveau 2 tous secteurs confondus (production et services). Dans ces conditions, il apparaît justifié, compte tenu de la jurisprudence citée, de déterminer le revenu d'invalide pour partie (50%) sur la base du revenu réalisé en tant que commise administrative 4 en 2020 et, pour les 50% restants, qui sont médicalement exigibles, sur la base de l'ESS. En revanche, une prise en compte supérieure au taux de l'activité de commise administrative (50%) ne se justifie puisque la possibilité d'exercer ce même emploi à un taux majoré (60%) ne s'est présentée qu'au 1er janvier 2022.

12.4.3 Il reste à déterminer le revenu statistique sur lequel il convient de se baser pour le 50% restant.

Comme relevé ci-dessus, le salaire annuel d'une femme en 2018 dans une activité de bureau de niveau 2 était de CHF 60'661.-, en tenant compte de la durée normale du travail. Après indexation du salaire à 2020, le revenu d'invalide s'établit à CHF 61'815.60, respectivement à CHF 55'634.- après l'abattement de 10%.

Ce dernier montant doit être pris en compte à 50% (CHF 27'817.-) et majoré du revenu de commise administrative réalisé en 2020 (CHF 40'489.20), ce qui correspond à un revenu d'invalide de CHF 68'306.20. En comparant le gain d'invalide au revenu sans invalidité réalisé en qualité d'employée de la Poste en 2015 (CHF 75'708.60 pour un plein temps), indexé à 2020 selon l'ISS (CHF 78'471.-, soit 75'708.60 x 2'784 / 2'686), la perte de gain s'établit à CHF 10'164.80 et le degré d'invalidité à 13% [(78'471 – 68'306.20) x 100 / 78'471 = 12.95%, arrondi à 13%].

12.4.4 Par conséquent, la rente doit être réduite dès février 2020 à 13%.

12.5 Se pose encore la question de savoir si au vu des renseignements donnés à l'audience du 9 mai 2023 par la recourante, une nouvelle révision du taux de la rente doit être effectuée dans la présente procédure.

En effet, la recourante a déclaré qu'elle travaillait au taux de 60% depuis le 1er janvier 2022.

Toutefois, dans la mesure où ce changement est intervenu après la décision litigieuse, il incombera à l'intimée d'ouvrir le cas échéant une procédure de révision du taux de la rente.

13. Reste à examiner le taux de l'IPAI.

13.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). 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).

Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2).

Une 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 (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3; cf. aussi Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). 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 (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit*. n. 317).

13.2 L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – 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. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

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

13.3 Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4, 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînât « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

14.

14.1 En l'espèce, il ressort du dossier qu'à la suite de l'accident du 26 juin 1992, la recourante a présenté, selon les constatations du Dr C_____, médecin-conseil de l'intimée, une algoneurodystrophie du calcanéum. Sachant par ailleurs que le Dr B_____, consulté par la recourante à cette époque, a relevé en mars 1999 que l'intéressée présentait, déjà avant l'accident, une hyperlordose lombaire avec rétrolysthésis L5/S1 qui avait pu être décompensée par l'accident et nécessitait, selon lui, quelques séances de physiothérapie/posturologie, le Dr C_____ a conclu dans son rapport du 30 janvier 2001 qu'il n'existait pas de lien de causalité

entre les lombosacralgies et l'accident, mais que cet événement était responsable des douleurs résiduelles de l'arrière-pied droit, après le traitement chirurgical d'une tendinite post-traumatique subi en 1994, et justifiait que l'on fixe à 6% le taux de l'IPAI, motif pris que cela correspondait, selon son appréciation, à 1/5 de la perte totale du pied selon la table 4 de la SUVA.

Fondée sur le rapport du 30 janvier 2001 du Dr C_____, la décision du 6 mars 2001 de l'intimée, octroyant une IPAI de 6% à la recourante, n'a pas été contestée et est entrée en force.

À la suite de la rechute annoncée à l'intimée en août 2012, les examens effectués ont révélé que la recourante présentait, outre une tendinite insertionnelle du tendon d'Achille droit (cf. rapport du 10 mars 2015 du Dr E_____), un état dégénératif modéré de la colonne lombaire (cf. rapport du 12 décembre 2014 de la Dresse R_____). On relève également qu'avant que la recourante se soumette à une deuxième révision chirurgicale de sa tendinite insertionnelle post-traumatique du tendon d'Achille droit (effectuée le 18 juin 2015 par le Dr E_____), le rapport d'expertise rendu le 1er mai 2015 par le Dr F_____ qualifiait de « hautement probable » le lien de causalité entre le diagnostic d'insertionite chronique post-traumatique du tendon d'Achille droit et l'accident du 26 juin 1992, mais « d'au maximum possible » le lien de causalité entre les douleurs rétro-trochantériennes et rachidiennes et cet accident, ces douleurs correspondant à une atteinte de type lombosciatique banale sans déficit neurologique. De même, les douleurs sus-jacentes du genou – qui correspondaient peut-être à une atteinte dégénérative du compartiment interne – étaient en relation de causalité tout au plus possible avec l'accident aux dires de l'expert.

À noter que dans leurs rapports datés respectivement du 5 mars et du 3 mai 2018, soit trois ans après l'expertise du Dr F_____, les Dr E_____ respectivement I_____, sont parvenus à la conclusion qu'au vu des résultats de l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 17 octobre 2017, il n'existait pas d'explications à l'appui des plaintes de la recourante (douleurs dans la jambe et le pied, fourmillement au niveau de la région lombaire basse et dans le membre inférieur droit et gonalgies).

Il ressort enfin du rapport du 21 novembre 2020, sur lequel se fonde la décision litigieuse, qu'au vu de l'évolution défavorable survenue depuis 2001, il convient de retenir, en application de la table 4 de la SUVA, un état équivalant à 2/5 de la perte d'un pied, justifiant un taux global d'IPAI de 12% (contre 6% en 2001).

14.2 En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres inférieurs, la table 4 de la SUVA, comporte un barème prévoyant une IPAI de 5% (perte de plusieurs phalanges du gros orteil) à 50% maximum pour la perte complète d'une jambe. Quant à la perte de tout le pied, elle est évaluée à 30%. Au vu de cette gradation, il tombe par conséquent sous le sens qu'en présence d'une atteinte évaluée initialement à 1/5 de la perte

totale d'un pied par le Dr C_____ et de l'évolution défavorable survenue depuis 2001, correspondant à 2/5 de la perte d'un pied selon le Dr Q_____, ce médecin ait fixé à 12% (soit 2 x 30 / 5) le taux de l'atteinte, ouvrant ainsi la voie à la révision de la décision du 6 mars 2001 (ci-dessus : consid. 11.3.2) et à un paiement complémentaire de CHF 5'832.- (soit CHF 11'664.-, représentant 12% du gain assuré de CHF 97'200.-, sous déduction de CHF 5'832.- déjà versés en 2001).

La recourante soutient qu'en fixant l'aggravation de l'atteinte à seulement 6% sans tenir compte des répercussions du traumatisme au pied droit sur tout le membre inférieur droit et la région lombaire, le Dr Q_____ aurait sous-évalué cette aggravation qui justifierait, selon elle, un taux global d'IPAI qui ne saurait être inférieur à 30%.

La recourante ne saurait être suivie, dans la mesure où l'expert orthopédiste F_____ a constaté déjà en 2015 que le lien de causalité entre l'accident du 26 juin 1992 et les douleurs rétro-trochantériennes et rachidiennes – correspondant, selon l'expert, à une atteinte de type lombosciatique banale sans déficit neurologique – était tout au plus possible.

Dans la mesure où l'expertise de ce médecin a été rendue en pleine connaissance du dossier, qu'elle comporte une anamnèse, tient compte des plaintes de l'expertisée et que ses conclusions sont claires et bien motivées, il convient en principe de ne pas s'en écarter.

La recourante relève que, selon le rapport du 1er novembre 2018 du Dr J_____, « elle présente une douleur chronique dans le pied droit, post-traumatique, avec également une douleur ascendante dans le membre inférieur droit et dans la région paravertébrale droite jusqu'au niveau cervical, bien que la douleur principale soit au niveau du pied lui-même […]. Je la rassure donc en lui expliquant que l'origine de ses douleurs est à mettre sur le compte d'un déséquilibre consécutif à sa boiterie, bien entendu consécutif au traumatisme du pied, et qu'il n'y a pas d'indication à répéter aujourd'hui d'imagerie lombaire ni de traitement spécifique rachidien ».

La chambre de céans constate que le rapport précité du Dr J_____, de même que celui du 2 octobre 2020 du Dr G_____, se bornent en définitive à affirmer que la cause première des douleurs – comprenant celles situées ailleurs que dans le pied – serait l'accident du 26 juin 1992. Ce faisant, ces médecins n'expliquent pas en quoi l'expert F_____ aurait ignoré un élément objectivement vérifiable en retenant, dans son rapport du 1er mai 2015, que le lien de causalité entre cet accident et les douleurs rétro-trochantériennes et rachidiennes serait possible tout au plus. En second lieu, les Drs J_____ et G_____ – à l'instar des autres médecins dont la recourante sollicite l'audition – n'expliquent pas non plus en quoi les douleurs à la jambe et au dos alléguées, par ailleurs dépourvues de

substrat organique objectivable (cf. ci-dessus : consid. 12.4.1), refléteraient une atteinte à l'intégrité portée à des parties du corps autres que le pied droit.

S'agissant enfin des événements récents relatés par courriers des 5 et 23 mai 2023 (une chute le 13 novembre 2022 et une autre chute, plus récemment encore), ils ne sauraient être pris en compte dès lors que le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b ; 131 V 407 consid. 2.1.2.1).

14.3 Au vu de ces éléments, la chambre de céans se dispensera d'entendre les médecins dont l'audition est demandée par la recourante, considérant qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 26 juin 1992 a causé une atteinte à l'intégrité du pied droit, dont l'ampleur a été correctement évaluée à 12% suite à l'aggravation intervenue à compter de 2001.

15. Par conséquent, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 22 octobre 2021 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 29% dès le 11 mars 2019 et de 13% à compter du 1er février 2020.

16. Étant donné que la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5.10.03).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision sur opposition du 22 octobre 2021, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 29% du 11 mars 2019 au 31 janvier 2020, puis de 13% à compter du 1er février 2020.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'500.-, à charge de l'intimée, valant participation à ses dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
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 suppléante
Nathalie LOCHER	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