

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

G. _____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. a) R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a été engagée en qualité d'employée de restauration à 100 % par le F._____ (ci-après : F._____) dès le 1^{er} février 2008. A ce titre, elle était assurée contre les accidents et maladies professionnelles auprès de G._____ SA (auparavant : [...] SA, respectivement la [...] ; ci-après : G._____ ou l'intimée). A compter du 28 juillet 2008, elle assumait parallèlement une activité en tant que nettoyeuse auprès de E._____ SA.

Le 21 juin 2009, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation alors qu'elle revenait de Serbie en minibus. De retour en Suisse, elle s'est rendue aux urgences du F._____ où des contusions multiples ont été constatées, au niveau lombaire et du bassin, du pied droit, de la cheville droite, au niveau costal gauche et cervical (rapport du 23 juin 2009). Elle a présenté une incapacité de travail totale du 22 juin au 6 décembre 2009, puis de 50 % du 7 au 27 décembre 2009.

G._____ a pris en charge le cas.

Le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de G._____, a examiné l'assurée le 2 novembre 2009 et fait réaliser une scintigraphie osseuse et une radiographie des chevilles le 11 novembre 2009. Le radiologue comme le Dr Z._____ ont évoqué la possibilité d'une éventuelle algoneurodystrophie (également appelée syndrome douloureux régional complexe [SDRC] ou Südeck) du pied droit en phase tardive.

Dans leurs rapports des 17 novembre 2009 et 26 février 2010, les Drs V._____ et B._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au F._____, ont posé les diagnostics de probable Südeck du pied droit sur un status post entorse du Lisfranc et du ligament latéral externe de la cheville droite. Ils ont précisé qu'il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident qui jouaient un rôle dans l'évolution du cas.

L'assurée a repris son emploi au F. _____ à 100 % dès le 28 décembre 2009, de même que son activité de nettoyeuse, malgré la persistance de douleurs et de difficultés pour les tâches lourdes.

Dans un rapport du 14 septembre 2010, le Dr P. _____ a mentionné que l'accident était source de multiples cauchemars et angoisses chez l'assurée, suggérant que la pathologie orthopédique soit un épiphénomène de ce syndrome post-traumatique.

Par décision du 28 septembre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a refusé l'octroi de prestations à l'assurée.

A l'issue d'un bilan angiologique, le Dr U. _____ a conclu que les douleurs aux membres inférieurs n'étaient pas d'origine veineuse et que le nodule présent à la face antéro-interne de la jambe gauche pourrait correspondre à un résidu d'hématome associé à une lésion neurologique (rapport du 25 octobre 2010).

Le 17 février 2011, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à l'exérèse du nodule de la région antéro-interne de la jambe gauche, de type de nécrose de tissu adipeux enkysté. Selon lui, cette lésion était possiblement à mettre en rapport avec l'événement traumatique (courrier du 7 mars 2011).

Par décision du 22 février 2011, G. _____ a mis un terme à ses prestations avec effet au 23 novembre 2010, estimant qu'à partir de cette date, il n'y avait plus de relation de causalité vraisemblable entre les troubles de l'assurée et l'accident.

Sur la base d'un nouveau rapport du Dr Z. _____ du 3 août 2011, qui estimait que la relation causale entre l'accident et le nodule était tout au plus possible, G. _____ a confirmé la décision précitée et

rejeté l'opposition formée par l'assurée, par décision sur opposition du 24 février 2012.

b) Le recours interjeté contre cette décision sur opposition par l'assurée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été admis par arrêt du 30 septembre 2013 (AA 36/12 - 88/2013), la cause étant renvoyée à G._____ pour complément d'instruction en vue de faire la lumière sur le lien de causalité entre les atteintes persistant chez l'assurée au-delà du 22 novembre 2010 et l'accident, puis nouvelle décision. Dans le cadre de ce recours, l'assurée a produit un rapport du 24 mai 2012 du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et estimé que le lien entre l'accident subi et l'état dépressif était indiscutable. Dans son arrêt, la Cour des assurances sociales a jugé que l'événement subi par l'assurée devait être qualifié d'accident de gravité moyenne et a constaté que le dossier ne permettait pas de se prononcer sur les critères d'admission de la causalité adéquate.

B. a) L'assurée s'est à nouveau retrouvée en arrêt de travail dès septembre 2013.

b) Elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 12 novembre 2013.

c) Le 23 janvier 2014, l'assurée a subi un allongement du gastrocnémien selon Strayer au niveau de la jambe droite en raison d'une tendinopathie insertionnelle d'Achille au long court avec équin du pied droit (rapport du 13 février 2014 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital de [...]).

G._____ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du C._____ (ci-après : le C._____). L'assurée a été examinée par le Dr X._____, neurologue, par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et par le Dr D._____, psychiatre. Dans leur rapport du 2 mai 2014, les experts ont

posé les diagnostics de status après probable traumatisme crânio-cérébral mineur, distorsion cervicale et contusions cervico-dorsales lors de l'événement accidentel du 21 juin 2009 sans évidence de lésions structurelles du système nerveux central et périphérique, de status après syndrome post-commotionnel et post-distorsion cervicale simple, d'ancienne entorse de la cheville et du pied droits, d'hématome de la jambe gauche, de probable algodystrophie (SDRC) séquellaire de la cheville et du pied droits, d'opération de Strayer à droite le 23 janvier 2014, de contusions multiples, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ainsi que d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00). Sur le plan orthopédique, ils ont indiqué que les diagnostics mentionnés étaient en rapport de causalité probable avec l'accident et que la situation n'était pas stabilisée, la patiente portant au jour de l'expertise un plâtre au membre inférieur droit à la suite de l'opération subie le 23 janvier 2014. Les troubles neurologiques avaient pu être déclenchés par l'accident, mais leur importance actuelle ne trouvait pas d'explications en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement du 21 juin 2009, le *statu quo ante* étant intervenu au plus tard deux ans après l'accident. Ils ont retenu que l'état psychique actuel n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident et était compatible avec une activité professionnelle à 100 %, sans diminution de rendement.

Dans un rapport du 22 juin 2014, le Dr Z._____ a, contrairement à l'expert orthopédiste, estimé improbable que l'accident soit responsable de la tendinopathie achilléenne, laquelle avait très probablement généré la rétractation de la chaîne postérieure, traitée chirurgicalement.

Les experts ont apporté des précisions dans un rapport complémentaire du 17 octobre 2014. Le Dr L._____ a estimé nécessaire de réexaminer l'assurée dans le cadre d'une nouvelle expertise.

Le 24 mars 2015, l'assurée a subi une excision d'un kyste au mollet gauche, compliquée d'une thrombose veineuse profonde (ci-après :

TVP) du membre inférieur gauche (rapport du 21 avril 2015 du Dr J.______). Le Dr J.______ a relevé que la thrombose était apparue dans les suites post-opératoires dues à une problématique post-traumatique, de sorte qu'elle devait être prise en charge par l'assurance-accidents (rapport du 12 mai 2015). Il a estimé qu'une reprise du travail pourrait se faire à temps partiel et progressivement dès début août 2015 (rapport du 10 juin 2015) et que l'évolution paraissait avoir atteint un état stationnaire du point de vue orthopédique (rapport du 4 août 2015).

Dans un rapport du 28 juillet 2015, le Dr T.______, spécialiste en angiologie et médecine interne générale, a mentionné que les douleurs du membre inférieur gauche étaient déjà présentes avant l'intervention chirurgicale et n'étaient pas à mettre en rapport avec la TVP, ni avec l'insuffisance veineuse superficielle.

Le Dr M.______ a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) dans son rapport du 26 août 2015. Il envisageait une reprise au maximum à 50 % compte tenu des restrictions pour les postures et les déplacements.

A l'initiative commune de G.______ et de l'OAI, une nouvelle expertise a été réalisée au C.______ par les mêmes spécialistes que lors de la précédente expertise. Dans leur rapport du 7 avril 2016, les Drs L.______, D.______ et X.______ ont précisé que la dystrophie de Südeck de la cheville droite était en relation de causalité au moins probable avec l'accident et que la survenue de la rétraction de la chaîne musculaire postérieure était une notion classique dans beaucoup de types de lésions traumatiques du pied et de la cheville, notamment en cas de complication algodystrophique. Le Dr L.______ a indiqué que le problème cutané à gauche était un problème dermatologique pour lequel il ne pouvait se prononcer valablement. Ils ont confirmé que les plaintes formulées et les constatations objectivées à l'examen neurologique étaient en relation de causalité probable avec l'événement accidentel, même si leur importance et leur évolution défavorable ne trouvaient pas d'explication claire dans les seules suites de l'accident. L'expert neurologue a également relevé

l'existence de facteurs de majoration des symptômes jouant un rôle important dans l'évolution défavorable du cas. Ils ont confirmé que les troubles psychiques, qui ont été mentionnés dès 2011, n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, tout en confirmant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et en précisant que sur le plan de la thymie, le tableau actuel correspondait à une dysthymie (F34.1). En réponse aux questions de l'OAI, ils ont mentionné que l'ancienne entorse de la cheville droite, l'ancienne algodystrophie du membre inférieur droit, l'ancienne opération de Strayer à droite (janvier 2014) et l'ancienne thrombose veineuse profonde de la jambe gauche (mars 2015) avaient une répercussion sur la capacité de travail, que l'assurée avait été en totale incapacité de travail immédiatement après l'accident, puis à nouveau dès 2013 et que depuis la date de l'expertise, elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui évite la station debout et les marches de longue durée.

Par décision du 2 mai 2018, annulant et remplaçant celle du 22 février 2011, G. _____ a fait savoir à l'assurée qu'elle interviendrait dans la prise en charge des suites de l'accident du 21 juin 2009 jusqu'au 9 décembre 2015 et qu'une nouvelle expertise aurait lieu pour se prononcer sur les troubles dès le 10 décembre 2015.

L'assurée a formé opposition à cette décision le 1^{er} juin 2018.

Dans un rapport du 7 août 2018, le Dr A. _____, spécialiste en rhumatologie, a estimé que le diagnostic le plus probable des douleurs musculo-tendineuses mécaniques des deux mollets était une tendinose bilatérale des deux tendons d'Achille. Il a évalué la capacité de travail à 50 % dans un travail adapté, avec alternance des positions et évitant le port de charges, les escaliers et les positions accroupies.

d) L'OAI a rendu une décision de refus de prestations en date du 21 février 2017. Celle-ci a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales qui, par arrêt du 19 décembre 2018 (AI 106/17 - 368/2018), a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en

œuvre d'un complément d'expertise auprès du C._____, avec un volet rhumatologique et psychiatrique, en vue de déterminer l'éventuel caractère incapacitant du trouble somatoforme douloureux retenu. La Cour a en outre précisé que l'expertise du C._____ de 2016 avait pleine valeur probante sur les plans neurologique et orthopédique.

e) Une nouvelle expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès du C._____, de manière commune entre G._____ et l'OAI. Les Drs S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, K._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, X._____ et D._____ ont rendu leur rapport d'expertise le 23 août 2019 :

- Sur le plan orthopédique, le Dr S._____ a indiqué que les contusions multiples, l'entorse de cheville et le CRPS de type 1 du membre inférieur droit étaient en relation de causalité naturelle certaine avec l'événement du 21 juin 2009. La tendinopathie et l'insertionite du tendon d'Achille droit étaient en relation de causalité naturelle probable avec l'accident et étaient certainement secondaires à un enraidissement de la cheville droite au CRPS de type 1. Les douleurs résiduelles dues à la tendinopathie modérée du tendon d'Achille à droite étaient une atteinte durable, mais fonctionnellement peu importante, qui ouvrait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % au maximum. La situation était stabilisée et la capacité de travail était complète sans diminution de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (limitation de la marche par tranches de 15 à 30 minutes avec pauses, alternance des positions assise/debout, limiter aux maximum les positions statiques debout, éviter les efforts répétitifs de torsion et flexion antérieure du tronc, port de charges légères limitées à 5 kg).
- Au niveau rhumatologique, le Dr K._____ a indiqué que les rachialgies présentées par l'assurée n'avaient qu'une relation de causalité possible avec l'accident du 21 juin 2009. S'agissant des membres inférieurs, il s'est référé aux conclusions de l'expert en chirurgie orthopédique et a précisé qu'il n'était pas exclu que

l'insuffisance veineuse superficielle chronique ait une part de responsabilité dans la persistance des douleurs alléguées mais, comme elles se confondaient avec les douleurs des séquelles de l'accident, il n'était pas possible de définir un retour à un *statu quo sine*. Il a retenu comme séquelle de l'accident une gêne fonctionnelle douloureuse modérée des deux jambes, pour laquelle il a conclu à une atteinte à l'intégrité de 5 % à peine par membre, soit 10 % au total. Il n'y avait à ses yeux aucune raison que l'assurée ne puisse pas assumer à 100 % une activité lucrative adaptée.

- Le Dr X._____ a fait savoir qu'il n'y avait pas d'atteinte neurologique *stricto sensu* et que les troubles actuels n'étaient pas en relation de causalité naturelle, même possible, avec l'événement accidentel.
- Le Dr D._____ a confirmé que le syndrome douloureux somatoforme persistant présenté par l'assurée n'était pas en lien de causalité avec l'accident.

Dans un rapport établi le 16 décembre 2019, le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué qu'il n'avait aucune explication à la persistance des douleurs des mollets et a qualifié les lombalgies de douleurs chroniques non spécifiques. Il a relevé l'existence de facteurs contextuels, notamment psychologiques.

f) Par décision du 14 juillet 2020, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. Les recours interjetés successivement auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal puis du Tribunal fédéral ont été rejetés par arrêts des 4 mai 2021 (CASSO AI 254/20 - 141/2021) et 9 février 2022 (TF 9C_335/2021).

g) Par courrier du 3 août 2020, l'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a annoncé une rechute à G._____, au motif que son état de santé s'était aggravé. Elle a produit un rapport du 1^{er} juillet 2020 du Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, qui faisait état d'une péjoration des douleurs de la cheville droite prédominant avec une atteinte inflammatoire des tendons, une atteinte

dégénérative de l'articulation et une atteinte des ligaments internes. Ces douleurs occasionnaient une surcharge sur le pied gauche. Les lombalgies étaient aussi péjorées. Il a attesté d'une pleine incapacité de travail depuis le 8 juin 2020. Une IRM de la cheville droite réalisée le 9 juin 2020 avait mis en évidence ce qui suit (rapport du Dr I._____, spécialiste en radiologie) :

« Infiltration œdémateuse de la spongieuse distale de la malléole interne, infiltration œdémateuse et prise de contraste intense des fibres profondes du complexe deltoïdien (dont l'insertion s'effectue près de la malléole interne), tendinopathie marquée du tendon du muscle jambier postérieur et dans une moindre mesure des tendons des muscles long fléchisseur commun des orteils et jambier antérieur, prise de contraste de la synoviale de la cheville prédominant à la hauteur des gouttières médianes puis dans la profondeur du sinus du tarse et les tissus mous péri-articulaires médians, ouvrant un diagnostic différentiel entre des lésions séquellaires post-traumatiques et une surcharge bio mécanique chronique du compartiment interne. »

h) Par décision du 30 octobre 2020, G._____ a estimé que l'état de l'assurée était stabilisé depuis l'expertise du 9 décembre 2015, date à partir de laquelle elle pouvait œuvrer en plein dans une activité adaptée avec un rendement de 100 %, et qu'elle avait ainsi droit à l'indemnité journalière du 22 juin 2009 au 27 décembre 2009 et du 23 janvier 2014 au 9 décembre 2015. Tenant compte du fait que l'activité d'employée d'entretien n'était plus possible non plus, G._____ a indexé les salaires des deux emplois jusqu'en 2016, ce qui donnait un revenu sans invalidité de 67'897 fr. 15, et a calculé, sur la base des données salariales statistiques, le salaire que l'assurée aurait obtenu pour un taux d'occupation de 133 %, auquel elle a appliqué un abattement de 5 %, retenant ainsi un revenu d'invalidité de 68'853 fr. 75. L'assurée ne subissait par conséquent pas de perte de gain. G._____ lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %.

L'assurée s'est opposée à cette décision par acte de son mandataire du 16 novembre 2020. Elle a notamment estimé que G._____ aurait dû lui fixer un laps de temps suffisant compris entre trois et cinq mois pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé, tout en contestant l'existence d'une telle capacité résiduelle.

Dans un rapport complémentaire du 31 octobre 2021, le Dr Z._____ s'est prononcé en lien avec l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'annonce de rechute. Il a estimé que la tendinopathie achilléenne ne pouvait être mise sur le compte de l'ancien CRPS, que la surcharge biomécanique suggérée à l'IRM du 9 juin 2020 n'avait rien d'exceptionnel chez une personne présentant une surcharge pondérale. Dans la mesure où les nouvelles lésions mises en évidence par l'IRM précitée n'étaient pas présentes à l'IRM du 17 juillet 2018, le lien de causalité naturelle entre celles-ci et l'événement du 21 juin 2009 était tout au plus possible, si ce n'est exclu. A ses yeux, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne devait être octroyée en l'absence d'éléments diagnostiques probants en lien pour le moins probable avec l'accident, eu égard à l'absence de signes de souffrance du tendon d'Achille droit sur l'IRM du 9 juin 2020 et à l'absence d'une telle tendinopathie sur les images de l'IRM du 8 novembre 2011.

Par courrier du 31 mars 2022, G._____ a communiqué sa position à l'assurée, lui demandant sur quels points elle maintenait son opposition. L'assurée a maintenu les termes de son opposition, dans un courrier du 26 avril 2022.

i) Par décision du 31 mars 2022, G._____ a estimé que sa responsabilité n'était pas engagée pour la rechute annoncée.

L'assurée a formé opposition à cette décision par acte du 13 mai 2022, estimant qu'elle présentait une réactivation du SDRC ainsi que des troubles psychiques en lien de causalité avec l'accident.

j) Par décision sur opposition du 1^{er} septembre 2022, G._____ a, d'une part, partiellement admis l'opposition du 16 novembre 2020 et réformé la décision du 30 octobre 2020 dans le sens où les indemnités journalières sont versées jusqu'au 29 février 2016, et, d'autre part, rejeté l'opposition du 13 mai 2022 en maintenant la décision du 31 mars 2022 de refus de prise en charge de la rechute annoncée. Elle a

confirmé que la situation pouvait être considérée comme stabilisée à la date du dernier examen relatif à l'expertise pluridisciplinaire de 2015, soit au 9 décembre 2015, mais a reconnu son obligation de verser les indemnités journalières jusqu'au 29 février 2016, afin de se conformer à l'obligation d'impartir un délai à l'assurée pour rechercher une activité raisonnablement exigible. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a expliqué que dans la mesure où seule la jambe droite était concernée par l'accident assuré, elle avait effectué une pondération pour l'atteinte causée à ce membre tant sur le plan orthopédique que rhumatologique, et avait retenu un taux de 7,5 %. Elle a précisé qu'elle aurait pu admettre uniquement le taux de 5 % afférent aux troubles orthopédiques, car il résultait du rapport d'expertise du Dr K. _____ que les rachialgies présentées par l'assurée n'avaient qu'une relation de causalité « possible » avec l'accident. Elle aurait en outre pu renoncer à l'octroi de toute indemnité pour atteinte à l'intégrité en se basant sur l'appréciation du Dr Z. _____ du 31 octobre 2021. En ce qui concerne la rechute annoncée, elle a nié un lien de causalité avec l'accident sur la base de l'appréciation du Dr Z. _____ du 31 octobre 2021, en relevant également que le Tribunal fédéral avait estimé, dans son arrêt du 9 février 2022, que les nouvelles pièces produites ne parlaient pas en faveur d'une réactivation du SDRC et que le C. _____ faisait déjà état d'une ancienne algodystrophie dans son rapport de 2016. Elle a finalement rappelé qu'il n'existait aucune relation de causalité naturelle entre l'état psychique de l'assurée et l'accident selon le Dr D. _____.

C. Par acte de son mandataire du 22 septembre 2022, R. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que la rechute doit être prise en charge dès le 10 juin 2020 et qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité de 100 % dès le 10 décembre 2015 ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % au moins, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction. Elle a estimé que les rapports produits démontraient l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et la rechute, constituée par une réactivation du SDRC, laquelle ne pouvait pas être

exclue sur la seule base de la scintigraphie osseuse et de l'absence de cause neurologique, au vu des critères de Budapest. Le diagnostic de SDRC avait d'ailleurs été retenu par le Dr A._____. La recourante a fait remarquer qu'aucune expertise angiologique n'était intervenue malgré l'insuffisance veineuse dont elle souffrait et a estimé que ses douleurs n'avaient pas été prises en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail. Elle a fait valoir que ses troubles psychiques étaient en relation de causalité avec l'accident et que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se basait sur des évaluations antérieures à l'aggravation annoncée et ne tenait pas compte du SDRC.

Dans sa réponse du 12 janvier 2023, G._____ a mentionné que le rapport d'expertise du 23 août 2019 sur lequel elle s'était fondée s'était vu reconnaître une pleine valeur probante par la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 4 mai 2021, confirmé par le Tribunal fédéral. Elle a maintenu sa position, en se référant à certains passages de l'arrêt précité, et a relevé que l'assureur-maladie de la recourante avait reconnu ses obligations légales concernant la rechute.

Dans ses déterminations du 6 février 2023, la recourante a invoqué que l'expertise du 23 août 2019 ne pouvait pas s'être prononcée sur l'aggravation annoncée en 2020. Elle a estimé que G._____ aurait dû mettre en œuvre une expertise médicale lors de l'annonce de la rechute et s'est référée à un rapport du Dr O._____ du 14 juillet 2022 qui faisait état d'un « probable CRPS en 2009, d'évolution semble-t-il favorable puis à nouveau défavorable récemment (examen non disponible ce jour), avec déconditionnement global jambes/chevilles/pieds ».

A la demande de la juge instructrice, la recourante a produit, en date du 16 mai 2023, le rapport précité, qui émane en réalité du Dr Y._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accident à partir du 10 décembre 2015, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 7,5 %, ainsi qu'à des prestations dans le cadre de la rechute annoncée le 3 août 2020.

b) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. En l'occurrence, il faut tout d'abord constater que les expertises du C._____ peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. également les arrêts de la Cour des assurances sociales du 19 décembre 2018 consid. 5a et du 4 mai 2021 consid. 4a). Le rapport du 23 août 2019, notamment, est particulièrement complet et précis. Il comporte une évaluation consensuelle faite par les quatre experts (chirurgien orthopédiste, neurologue, rhumatologue et psychiatre), qui ont chacun détaillé leur expertise dans un rapport annexé. Ils se sont prononcés en pleine connaissance du dossier de la recourante, ont recueilli son anamnèse et pris en compte ses plaintes. Chaque expert a procédé à un examen clinique et s'est prononcé de manière motivée et circonstanciée sur les diagnostics retenus, la question du lien de causalité avec l'accident et les éventuelles conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

Les éléments ressortant de ces expertises seront discutés plus en détails ci-dessous en lien avec les différentes questions liées au droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accident.

6. Il convient dans un premier temps d'examiner quels sont, parmi les diagnostics retenus, ceux qui sont en lien de causalité à tout le moins probable avec l'accident du 21 juin 2009.

a) Sur le plan orthopédique, il est admis que l'entorse de la cheville et du Lisfranc, ainsi que le SDRC dont a souffert la recourante sont en lien de causalité au moins probable (expertise C._____ 2014 p. 19 et 2016 p. 22 ; cf. également rapport du Dr Z._____ du 2 novembre 2009

pp. 4-5), respectivement certaine avec l'accident (expertise orthopédique C._____ 2019 p. 23). S'agissant de la situation d'enraidissement et de rétraction des chaînes musculaires postérieures, qui a nécessité une opération, celle-ci a pu être influencée par le SDRC et donc par l'accident et ses complications (expertise C._____ 2014 p. 17), de sorte que ces troubles sont jugés comme étant en rapport de causalité probable avec l'accident (expertise C._____ 2014 p. 19 et 2019 p. 21). Les experts expliquent que la survenue d'une telle rétractation est une notion classique dans beaucoup de types de lésions traumatiques du pied et de la cheville, notamment en cas de complication algodystrophique (expertise C._____ 2016 p. 24). En réponse aux arguments du Dr Z._____, qui estimait hautement improbable que l'événement accidentel soit responsable de la tendinopathie achilléenne du fait que celle-ci était survenue à distance du traumatisme alors qu'une raideur de la cheville n'avait jamais été démontrée auparavant et que l'algoneurodystrophie était déjà en phase de récupération fin 2009 (rapport du 22 juin 2014 p. 3), les experts du C._____ ont précisé que la recurvante n'avait pas été opérée d'une tendinopathie, mais d'une rétractation de la chaîne musculaire postérieure et que la tendinopathie était réactionnelle à ce raccourcissement, puisqu'elle avait disparu après son allongement (expertise C._____ 2016 p. 24). Lors de l'expertise de 2019, le Dr S._____ a constaté la persistance de douleurs musculo-tendineuses au mollet avec des signes de tendinopathie modérés à discrets au niveau du tendon d'Achille droit, qui sont également en relation de causalité naturelle probable avec l'accident, étant certainement secondaires à un enraidissement de la cheville droite due au SDRC de type 1 (expertise orthopédique C._____ 2019 p. 23). Contrairement à l'avis de son médecin-conseil, G._____ a suivi l'appréciation des experts et accepté de prendre en charge les troubles précités.

Il n'est par ailleurs pas contesté que les contusions multiples que la recurvante a présentées à la suite de l'accident sont en lien de causalité certain avec ce dernier (rapport du Dr Z._____ du 2 novembre 2009 p. 4, expertise orthopédique C._____ 2019 p. 23).

b) La recourante a présenté un nodule de stéatonécrose sous cutané à la jambe gauche qui a été excisé en février 2011 et une nouvelle intervention a été faite au printemps 2015 pour l'exérèse d'un foyer de liponécrose. Dans les suites de la deuxième intervention, elle a souffert d'une thrombose veineuse profonde.

Dans son rapport du 3 août 2011, le Dr Z. _____ a estimé, en se référant à l'avis du Dr N. _____, que la relation causale entre l'accident et la lésion du tissu adipeux était tout au plus possible, mais certainement pas probable, puisque l'hématome initialement objectivé à la jambe gauche avait évolué favorablement, dans le sens où il n'y en avait plus trace au moment de son examen en novembre 2009. Il a ainsi exclu que le nodule puisse correspondre à un résidu d'hématome associé à une lésion neurologique comme le suggérait le Dr U. _____ dans son rapport du 25 octobre 2010. Le Dr Z. _____ a en outre relevé que de tels nodules graisseux, pouvant évoluer jusqu'à la nécrose, n'étaient pas exceptionnels, en particulier chez les personnes obèses souffrant de surcroît de troubles circulatoires (veineux ou lymphatiques), étant précisé que certains de ces éléments se retrouvaient chez la recourante.

Dans son rapport du 12 mai 2015, le Dr J. _____ estime quant à lui que la problématique des nodules était post-traumatique, de sorte que celle-ci, ainsi que la thrombose apparue dans les suites post-opératoires, devaient être prises en charge par l'assurance-accidents. Cela étant, il base cette conclusion sur le fait que ce nodule était présent depuis l'accident, ce qui ne suffit pas à fonder un lien de causalité. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5).

Quant aux experts du C. _____, aucun ne s'est prononcé de manière explicite sur la question de la causalité entre l'accident et les nodules de stéatonécrose de la jambe gauche. En 2014, le Dr L. _____ a

indiqué que discuter l'étiologie d'un tel nodule n'était pas le rôle du chirurgien orthopédiste, tout en précisant que ce problème avait une importance clinique relative dans le contexte actuel de la recourante (expertise C._____ 2014 p. 17). En 2016, il a précisé qu'il s'agissait d'un problème dermatologique, qui avait été simplement mentionné pour être complet (expertise C._____ 2016 p. 24). L'expertise de 2019 a comporté un volet rhumatologique dans le cadre duquel le Dr K._____ a conclu à l'existence d'une insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs. Il précise que les foyers de stéatonécrose opérés en 2011 et 2015 ont été traités *de lege artis* et qu'aucune séquelle n'en a résulté (expertise rhumatologique C._____ 2019 p. 21). Dans le résumé de l'évolution médicale, il mentionne certes que les contusions occasionnées lors de l'accident se sont compliquées notamment de l'exérèse des foyers de stéatonécrose (expertise rhumatologique C._____ 2019 p. 20) mais ensuite, interrogé précisément sur la causalité avec l'accident, il renvoie au volet de chirurgie orthopédique s'agissant des membres inférieurs, précisant également que l'insuffisance veineuse superficielle chronique est un facteur étranger à l'accident (expertise rhumatologique C._____ 2019 p. 26). Comme le retient G._____ dans sa décision du 30 octobre 2020, l'excision des deux nodules de stéatonécrose à la jambe gauche en 2011 et 2015, ainsi que la complication de thrombose veineuse profonde du mollet gauche en 2015 figurent parmi les diagnostics retenus sur le plan orthopédique par le Dr S._____, mais ne font pas partie des diagnostics que cet expert considère comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident, lesquels ne concernent d'ailleurs que le pied droit (cf. consid. 6a ci-dessus). Certes, le Dr K._____ mentionne l'existence de séquelles définitives sur « les membres inférieurs » (expertise rhumatologique C._____ 2019 p. 26). Cette imprécision ne permet toutefois pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité à tout le moins probable entre l'accident et les nodules de stéatonécrose puisque le Dr K._____ renvoie explicitement à l'appréciation de son confrère de chirurgie orthopédique.

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que G._____ était en droit de retenir que la relation de causalité entre l'accident et les

nodules de stéatonécrose, ainsi que la thrombose veineuse profonde ne pouvait pas être qualifiée de probable, à tout le moins.

c) Également sur le plan rhumatologique, le Dr K. _____ pose les diagnostics de cervicalgies sur un syndrome algo-dysfonctionnel cervical, de dorsalgies fonctionnelles et de lombalgie commune sur spondylarthrose débutante, et indique que les rachialgies n'auraient qu'une relation de causalité possible avec l'accident du 21 août 2009 (expertise rhumatologique C. _____ 2019 pp. 18 et 26).

d) Au niveau neurologique, les experts ont retenu qu'il était probable que la recourante ait été victime, lors de l'accident, d'un traumatisme craniocérébral mineur avec une brève perte de connaissance, suivi de plaintes pouvant évoquer un syndrome post-commotionnel (expertise C. _____ 2014 p. 18). Ils ont ainsi posé les diagnostics de status après probable TCC mineur, distorsion cervicale et contusions cervico-dorsales, ainsi que de status après syndrome post-commotionnel et post-distorsion cervicale simple (expertise C. _____ 2014 p. 19).

En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme craniocérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). A cet égard, les experts du C. _____ ont estimé que les troubles présentés par la recourante avaient certainement été déclenchés par l'événement accidentel, mais que leur importance et leur évolution défavorable ne trouvaient pas d'explications en relation de causalité probable ou certaine avec cet événement. Au moment de l'expertise de 2014, les troubles persistants n'étaient plus qu'en relation de causalité uniquement possible avec l'accident. L'expert neurologue a fixé la date du *statu quo ante* au plus tard deux ans après l'accident, soit en juin 2011. Lors de son examen, il a par ailleurs constaté des éléments faisant penser à une majoration des symptômes et une chronicisation des plaintes pour

des raisons inconnues (expertise C._____ 2014 p. 19). En 2016, les experts ont confirmé qu'une partie des plaintes pouvaient être en relation avec les suites de l'événement accidentel et que des facteurs de majoration des symptômes avaient joué un rôle important dans l'évolution du cas (expertise C._____ 2016 p. 23). Lors des expertises de 2016 et 2019, les experts neurologues ont constaté que la description des troubles, le résultat de l'examen neurologique et les résultats des bilans radiologiques n'apportaient pas d'arguments en direction d'une participation ou d'une atteinte neurologique significative (expertise C._____ 2016 p. 20 et volet neurologique 2019 p. 16). En l'absence d'atteinte neurologique *stricto sensu*, les troubles alors présents n'étaient pas en relation de causalité naturelle, même possible, avec l'événement accidentel (expertise neurologique C._____ 2019 p. 20).

e) Sur le plan psychique, les experts concluent à l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00) en 2014, qui a évolué en dysthymie dès fin 2015 (expertise C._____ 2016 p. 20). Ils ont de manière constante mentionné qu'il n'y avait pas de relation de causalité entre ces troubles et l'accident (expertises C._____ 2014 p. 19 et 2016 p. 22 et 24, volet psychiatrique 2019 p. 21). Dans l'expertise de 2016, ils précisent d'ailleurs qu'il n'y avait pas d'affection psychiatrique en 2009 et 2010 qui soit mentionnée ou relevée dans le dossier à l'anamnèse (expertise C._____ 2016 p. 21).

Dans son recours, la recourante fait valoir que ses troubles psychiques sont en relation de causalité avec l'accident. Elle ne produit cependant aucun document médical à l'appui de ses affirmations. Dans son rapport du 14 septembre 2010, le Dr P._____ suggérait la présence d'un syndrome post-traumatique du fait que l'accident était source de multiples cauchemars et angoisses chez l'assurée. Il s'agit cependant d'un diagnostic évoqué au détour d'un rapport médical par un médecin qui ne dispose pas d'une spécialisation en psychiatrie, de sorte qu'il ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre. Quant au rapport du 24 mai 2012 du Dr M._____, dont un résumé figure dans l'arrêt

CASSO du 30 septembre 2013 (AA 36/12 - 88/2013), il en ressort que la recourante présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et que le lien entre l'accident subi et l'état dépressif était indiscutable. Le Dr M. _____ ne se prononce toutefois pas sur le fait que la première consultation remonte à mai 2012 (cf. son rapport du 26 août 2015), soit près de trois ans après l'accident de juin 2009. Ces rapports ne permettent dès lors pas de s'écarter des conclusions des experts.

f) Dans son recours, la recourante fait remarquer qu'aucune expertise angiologique n'est intervenue malgré l'insuffisance veineuse dont elle souffre.

D'une part, il faut constater que les troubles de la recourante au niveau angiologique ont été examinés par plusieurs spécialistes, à savoir le Dr U. _____ en 2010, le Dr T. _____ en 2015 ainsi qu'un troisième spécialiste angiologue en 2019 (expertise rhumatologique C. _____ 2019 p. 21). D'autre part, le Dr K. _____ en a dûment tenu compte, posant un diagnostic d'insuffisance veineuse chronique superficielle, en précisant cependant qu'il s'agit d'un facteur étranger à l'accident (expertise rhumatologique C. _____ 2019 pp. 19 et 26), excluant ainsi toute relation de causalité.

g) Il résulte de ce qui précède que la causalité doit être admise pour les contusions multiples que la recourante a présentées après l'accident, ainsi que les troubles dont elle a souffert au membre inférieur droit, à savoir l'entorse de la cheville et du Lisfranc, le SDRC, la situation d'enraidissement et de rétraction des chaînes musculaires postérieures et la persistance de douleurs musculo-tendineuses au mollet avec des signes de tendinopathie modérés à discrets au niveau du tendon d'Achille. La causalité est également admise en lien avec les diagnostics de probable TCC mineur, distorsion cervicale et contusions cervico-dorsales, ainsi que de status après syndrome post-commotionnel et post-distorsion cervicale simple, mais avec un retour à un *statu quo ante* au plus tard deux ans après l'accident, à savoir en juin 2011.

7. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, deuxième phrase, LAA).

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, applicable en l'espèce compte tenu de la date de l'accident assuré [cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA]), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la

rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

d) Les revenus obtenus par l'exercice d'une ou de plusieurs activités accessoires sont pris en considération dans la fixation du revenu sans invalidité, lorsque la personne assurée réalisait déjà de tels gains accessoires avant l'atteinte à la santé et si l'on peut admettre qu'elle aurait, selon toute vraisemblance, continué à les percevoir si elle était restée en bonne santé. Est décisif le fait que la personne assurée obtenait un revenu qu'elle continuerait à percevoir si elle n'était pas devenue invalide (parmi d'autres, TF 8C_765/2016 du 13 septembre 2017 consid. 4.5 et TF 9C_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3).

8. a) En l'occurrence, G._____ a considéré que la situation médicale de la recourante était stabilisée à la date du dernier examen intervenu dans le cadre de la deuxième expertise C._____, à savoir le 9 décembre 2015. Il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation de l'intimée. Les experts du C._____ ont en effet conclu, dans leur rapport de 2016, que la recourante bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis la date de l'expertise (rapport d'expertise C._____ 2016 p. 27). Or la récupération d'une capacité de travail entière signifie qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée (cf. consid. 7b ci-dessus). Des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité n'étaient en outre pas prévues. G._____ était dès lors fondée à mettre fin au droit de la recourante au traitement médical en date du 9 décembre 2015. L'on peut préciser que les experts du C._____ ont confirmé que la situation était stabilisée lors de l'expertise de 2019 (volets orthopédique p. 23 et rhumatologique p. 27).

b) G._____ a, dans un premier temps, mis fin au paiement des indemnités journalières en date du 9 décembre 2015 puis, dans sa décision sur opposition, elle a finalement prolongé le versement de ces indemnités jusqu'au 29 février 2016 « afin de se conformer à l'obligation

d'impartir un délai à l'assurée pour rechercher une activité raisonnablement exigible ».

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que l'octroi d'un délai convenable pour chercher un emploi adapté, pendant lequel le traitement médical et l'indemnité journalière devraient continuer à être alloués à la personne assurée, ne valait que lorsque les indemnités journalières étaient supprimées en application de l'art. 6, seconde phrase, LPGA, mais pas lorsqu'elles prenaient fin sur la base de l'art. 19 al. 1 LAA (TF 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 4 et les références, spécialement consid. 4.2.3). Autrement dit, lorsque l'état de santé de l'assuré est stabilisé – au sens de l'art. 19 al. 1, première phrase, LAA – et qu'il y a en conséquence lieu d'examiner s'il peut prétendre à une rente, l'assureur-accidents n'est pas tenu de lui impartir un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de continuer de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit au contraire clore le cas et mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière. Le versement d'une rente d'invalidité – pour autant que l'assuré y ait droit en vertu de l'art. 18 al. 1 LAA – intervient au moment où prend fin le droit à l'indemnité journalière (TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3 et les références).

En l'espèce, G._____ a retenu – de manière justifiée – que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 9 décembre 2015. Ce faisant, l'intimée devait clore le cas et mettre fin aux indemnités journalières avec effet à cette date, sans impartir à la recourante un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances. Il est toutefois renoncé à procéder à une *reformatio in pejus* sur ce point. Il convient par conséquent d'examiner si la recourante a droit à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2016.

c) Il est admis que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide de cuisine (expertise C._____ 2016 p. 26 et expertise consensuelle C._____ 2019 p. 10). Déjà lors de l'expertise C._____ de 2016, les experts ont cependant constaté que la recourante bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée, à savoir sans marches de longue durée et sans stations debout de longue durée (expertise C._____ 2016 p. 27). En 2019, les experts ont confirmé l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (expertise consensuelle C._____ 2019 p. 10). Il convient, pour ce qui concerne le présent litige, de se référer aux limitations fonctionnelles retenues sur le plan orthopédique puisque seules les séquelles au pied droit étaient encore en lien de causalité avec l'accident en 2015, date de l'ouverture d'un éventuel droit à la rente. Il s'agit d'une limitation de la marche par tranches de 15 à 30 minutes avec pauses, de l'alternance des positions assise/debout, de limiter au maximum les positions statiques debout, d'éviter les efforts répétitifs de torsion et flexion antérieure du tronc, et de limiter le port de charges légères à 5 kg (expertise orthopédique C._____ 2019 p. 20). La limitation fonctionnelle relative à l'épargne du rachis paraît surprenante en lien avec les diagnostics retenus sur le plan orthopédique (expertise orthopédique C._____ 2019 p. 18) et semble plutôt concerner les diagnostics de cervicalgies, dorsalgies et lombalgies retenus au niveau rhumatologique. Cela étant, la prise en compte de cette limitation dans le cadre du présent litige reste sans conséquences sur le calcul du degré d'invalidité.

Dans son recours, l'assurée estime que ses douleurs n'ont pas été prises en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail. Il convient de rappeler que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Force est de constater en l'occurrence que les experts du C._____ ont tenu compte des plaintes de la recourante et examiné dans quelle mesure celles-ci pouvaient être rattachées aux troubles objectivés (expertise C._____ 2019 volet orthopédique pp. 23-

24, rhumatologique p. 21 et neurologique p. 20). Dans ce contexte, les experts ont relevé que la recourante surestimait ses troubles ou du moins une partie de ceux-ci (volet orthopédique p. 22, neurologique p. 19, rhumatologique p. 22-23 et 26). Le Dr X. _____ a notamment jugé la collaboration de la recourante insuffisante, avec des éléments démonstratifs et majorants. Il a estimé qu'il existait clairement des incohérences entre l'importance des plaintes et leur conséquence sur l'activité personnelle et professionnelle de la recourante d'une part, ainsi que l'absence d'anomalie clinique et paraclinique clairement objectivable d'autre part (expertise neurologique C. _____ 2019 p. 16). De même, le Dr Q. _____, que la recourante a consulté, a relevé l'existence de facteurs contextuels, notamment psychologiques, en lien avec les plaintes de douleurs de la recourante (rapport du 16 décembre 2019).

Dans son rapport du 7 août 2018, le Dr A. _____ évalue la capacité de travail de la recourante à 50 % dans un travail adapté, permettant l'alternance des positions et évitant le port de charges, les escaliers et les positions accroupies. Il rattache toutefois la diminution de capacité de travail à l'existence du syndrome douloureux, estimant qu'un travail continu à 100 % ne serait guère réalisable. Dans la mesure où il base son appréciation sur les plaintes subjectives de l'assurée, son évaluation ne saurait remettre en cause celle faite par les experts du C. _____.

Il convient donc de retenir, comme l'a fait G. _____, que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis la stabilisation de son état de santé.

d) Pour le calcul du degré d'invalidité, G. _____ a tenu compte d'un revenu sans invalidité de 67'897 fr. 15, correspondant aux salaires touchés par la recourante en 2009 auprès du F. _____, soit 53'949 fr. 60, et de E. _____ SA, soit 9'947 fr. 35, indexés à 2016. L'art. 28 al. 2, première phrase, OLAA prévoit en effet que chez les assurés qui exercent simultanément plusieurs activités salariées, le degré d'invalidité est déterminé en fonction de l'incapacité subie dans l'ensemble de ces

activités. Rien ne permet en outre de douter que la recourante aurait poursuivi son activité accessoire si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Le revenu sans invalidité arrêté par l'intimée peut dès lors être confirmé.

Dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité après 2013, c'est à juste titre que G._____ a utilisé les données statistiques salariales de l'ESS 2014 pour calculer le revenu avec invalidité. Selon celles-ci, la recourante aurait pu toucher un salaire de 53'793 fr. en 2014, respectivement de 54'494 fr. 46 après indexation jusqu'en 2016. G._____ a ajusté ce salaire pour qu'il corresponde à un taux d'occupation de 133 %, taux que la recourante effectuait auprès de ses deux employeurs avant l'accident, et a appliqué un abattement de 5 % en raison des particularités de la situation de la recourante. Bien que le mandataire de la recourante n'ait pas soulevé de grief à cet égard, il convient, comme déjà jugé dans l'arrêt CASSO AI 254/20 - 141/2021 du 4 mai 2021 au consid. 6, de constater que l'activité de nettoyeuse que la recourante exerçait à titre accessoire n'apparaît manifestement plus exigible au vu de ses limitations fonctionnelles. On ne voit par ailleurs pas quelle autre activité accessoire, respectant ses limitations fonctionnelles, la recourante serait désormais en mesure d'exercer à côté d'un emploi à plein temps. Il faut dès lors considérer que seule une activité à 100 % est exigible de sa part.

Il convient donc de se référer au salaire que la recourante aurait touché pour une activité à 100 % en 2016 selon les ESS, soit 54'494 fr. 46. Compte tenu de la déduction de 5 % opérée par G._____, qui n'est pas critiquable, on obtient un revenu d'invalidé de 51'769 fr. 74.

La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 23,75 %, qu'il convient d'arrondir à 24 % (ATF 130 V 121) et qui ouvre le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} mars 2016.

9. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA).

b) En l'occurrence, sur le plan orthopédique, le Dr S._____ a mentionné que les douleurs résiduelles dues à la tendinopathie modérée du tendon d'Achille à droite étaient une atteinte durable, mais fonctionnellement peu importante, avec, à l'examen clinique, une mobilité correcte de la cheville droite et, à l'IRM, des lésions discrètes du tendon d'Achille. Il a qualifié cette atteinte douloureuse de modérée et considéré qu'elle ouvrait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % au maximum pour le membre inférieur droit (expertise orthopédique C._____ 2019 p. 23). Au niveau rhumatologique, le Dr K._____ a retenu comme séquelle de l'accident une gêne fonctionnelle douloureuse modérée des deux jambes, pour laquelle il a conclu à une atteinte à l'intégrité d'à peine 5 % par membre, soit 10 % pour les deux ensemble

(expertise rhumatologique C._____ 2019 p. 26). G._____ a retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %. Dans sa décision sur opposition, l'intimée a expliqué qu'étant donné que seule la jambe droite était concernée par l'accident assuré, elle avait effectué une pondération pour l'atteinte causée à ce membre tant sur le plan orthopédique que rhumatologique. Elle a ensuite indiqué qu'elle aurait pu admettre uniquement un taux de 5 %, afférent aux troubles orthopédiques, car il résultait du rapport d'expertise du Dr K._____ que les rachialgies présentées par l'assurée n'avaient qu'une relation de causalité « possible » avec l'accident. Contrairement à ce que mentionne G._____, le Dr K._____ n'a pas fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité par rapport aux rachialgies, mais en lien avec la gêne fonctionnelle douloureuse des membres inférieurs. Dans sa décision sur opposition également, G._____ précise qu'elle aurait pu renoncer à l'octroi de toute IPAI en se basant sur l'appréciation du Dr Z._____ du 31 octobre 2021. Dans celle-ci, le médecin-conseil estime, à l'inverse de l'avis concluant des experts (cf. consid. 6a *supra*), qu'il n'est pas possible de retenir un lien de causalité entre l'accident et la tendinopathie achilléenne, si bien que son appréciation des séquelles en lien avec l'accident ne saurait être retenue.

Le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 % retenu par G._____ n'est pas critiquable dans la mesure où les Drs S._____ et K._____ n'ont pas procédé à une appréciation consensuelle globale du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les séquelles au membre inférieur droit et ont conclu respectivement à un taux de « 5 % au maximum », respectivement « d'à peine 5 % ».

Dans son recours, la recourante critique le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en ce sens qu'il ne tient pas compte de la réactivation du SDRC et se base sur des évaluations antérieures à l'aggravation annoncée. La question de la rechute va être examinée ci-après.

10. a) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans

un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

b) En l'occurrence, la recourante a produit, à l'appui de l'annonce de rechute, un rapport du Dr W. _____ du 1^{er} juillet 2020 et un rapport d'IRM de la cheville droite du 9 juin 2020 établi par le Dr I. _____. Elle estime souffrir d'une réactivation du SDRC, dont elle examine les différents critères diagnostiques, dits « critères de Budapest », dans son recours, tout en rappelant que ce diagnostic avait également été retenu par le Dr A. _____. Elle considère que les rapports produits démontrent l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et l'aggravation de son état de santé.

Comme déjà jugé par le Tribunal fédéral (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022 consid. 6.2), le Dr W. _____ ne parle pas d'une réactivation du SDRC, mais rapporte une péjoration des douleurs de la cheville droite, avec une atteinte inflammatoire des tendons, une atteinte dégénérative de l'articulation et une atteinte des ligaments internes. En tant que la recourante décèle dans l'appréciation de ce médecin une confirmation

implicite d'une réactivation du SDRC, cela relève de sa propre interprétation médicale de son dossier. On ne saurait en outre suivre son raisonnement, lorsqu'elle reprend elle-même les critères de Budapest, sans étayer son point de vue par un avis médical circonstancié confirmant précisément le diagnostic de SDRC, respectivement d'une « récidence » de cette atteinte.

Par ailleurs, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, le Dr A._____ n'a pas conclu à une réactivation du SDRC, mais a, au contraire, fait réaliser une scintigraphie osseuse qui avait permis de rendre la présence d'une telle atteinte peu probable (rapport du Dr A._____ 7 août 2018, rapport du Dr Q._____ du 16 décembre 2019 ; CASSO AI 254/20 - 141/2021 du 4 mai 2021 consid. 4b).

S'agissant des atteintes mises en évidence par l'IRM du 9 juin 2020, le rapport évoque un diagnostic différentiel entre des lésions séquellaires post-traumatiques et une surcharge bio mécanique chronique du compartiment interne. Dans son rapport du 31 octobre 2021, le Dr Z._____ relève que les nouvelles lésions mises en évidence n'étaient pas présentes à l'IRM du 17 juillet 2018, si bien que le lien de causalité naturelle entre celles-ci et l'événement du 21 juin 2009 est tout au plus possible, si ce n'est exclu. Le Dr I._____ n'avait selon toute vraisemblance pas connaissance de cette précédente IRM puisqu'il n'en fait nullement mention dans son rapport. Il se justifie par conséquent de suivre l'avis du Dr Z._____ quant au fait que les troubles présentés par la recourante ne sont pas en rapport de causalité pour le moins probable avec l'accident.

En ce qui concerne le rapport du Dr Y._____ du 14 juillet 2022 produit par la recourante, ce médecin mentionne certes que l'évolution du SDRC semble « à nouveau défavorable récemment », mais précise toutefois qu'il n'y a pas d'examen disponible au jour de la consultation. Il se réfère uniquement à un déconditionnement global des jambes, chevilles et pieds, ce qui ne saurait suffire à fonder un diagnostic de réactivation du SDRC.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale lors de l'annonce de la rechute, comme requis par la recourante dans ses déterminations du 6 février 2023, celle-ci n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé en lien de causalité avec l'accident.

11. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la production du dossier AI. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

12. a) Au final, le recours doit être partiellement admis. La décision sur opposition est confirmée en tant qu'elle admet la prise en charge du traitement médical des atteintes en lien de causalité avec l'accident jusqu'au 9 décembre 2015 et le versement des indemnités journalières jusqu'au 29 février 2016, et réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 24 % à compter du 1^{er} mars 2016. Elle est également confirmée pour le surplus, à savoir en tant qu'elle fixe l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 7,5 % et refuse la prise en charge des troubles annoncés en tant que rechute en juin 2020.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ;

BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} septembre 2022 par G. _____ est réformée en ce sens que R. _____ a droit à une rente d'invalidité de 24 % à compter du 1^{er} mars 2016. La décision sur opposition du 1^{er} septembre 2022 est confirmée pour le surplus.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. G. _____ versera à R. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour R. _____),
- G. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :