

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3341/2023

ATAS/57/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 janvier 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

représentée par Me Eric MAUGUE, avocat

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCE SA

représentée par Me Fabrice COLUCCIA, avocat

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Christine LUZZATTO, Philippe LE GRAND ROY , Juges assesseurs

EN FAIT

- A. a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1962, a travaillé auprès de B_____, en qualité de responsable de la parfumerie, de mai 1999 au 28 février 2022, date pour laquelle elle a été licenciée.

À ce titre, elle était assurée auprès d'ALLIANZ SUISSE (ci-après : ALLIANZ ou l'assurance-accidents) contre le risque d'accidents, professionnels ou non.

b. Le 5 août 2000, alors qu'elle conduisait une voiture dans laquelle se trouvaient également ses enfants, l'assurée a été victime d'une collision frontale, laquelle a entraîné de nombreuses atteintes à ses membres inférieurs, au membre supérieur droit et au bassin, plusieurs hospitalisations et une incapacité de travail à différents taux.

c. ALLIANZ a pris en charge les suites de cet accident, en versant des indemnités journalières et, dès le 1^{er} décembre 2013, une rente d'invalidité de 25%. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 42,5% a également été accordée (cf. décision du 25 février 2013).

- B. a.** En raison de plusieurs crises douloureuses, ayant eu pour conséquences des arrêts de travail, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à la pose d'une prothèse totale du genou gauche, le 25 juin 2020, et du genou droit, le 23 avril 2021.

b. L'assureur-accidents a pris en charge ces deux interventions, à savoir les frais de traitement et les indemnités journalières.

c. Parallèlement, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations.

Le 7 novembre 2021, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a indiqué se rallier aux avis des médecins traitants, les Drs D_____ et C_____, et considérer qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable.

Par décision du 12 avril 2022, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, avec effet au 1^{er} septembre 2021.

d. Afin de se prononcer sur le droit aux prestations de l'assurée suite à la pose des deux prothèses de genou, l'assureur-accidents a souhaité mettre sur pied une expertise en orthopédie, ce dont il a informé l'assurée par courrier du 2 mars 2022. Il lui proposait deux centres : soit le E_____, soit le F_____, L'assurée disposait d'un délai au 16 mars 2022 pour choisir l'un des deux centres et pour transmettre toute proposition de modification du questionnaire joint au courrier. Une liste des experts lui serait ensuite transmise et l'assurée disposerait alors d'un délai de 10 jours pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation de l'expert désigné et présenter des contre-propositions.

- e. Le 15 mars 2022, l'assurée a informé son assureur-accidents qu'elle choisissait le E_____.
- f. Par courriel du 20 juin 2022, l'assurance a transmis à l'assurée le nom de l'expert pressenti, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et la date envisagée, à savoir le 19 juillet 2022
- g. De son côté, le E_____ a convoqué l'assurée par courrier du 4 juillet 2022.
- h. Le 19 juillet 2022, l'assurée a été examinée par le Dr G_____, qui a rendu son rapport en date du 29 août 2022. En substance, selon ce médecin, l'assurée, dont l'état de santé était désormais stabilisé, était capable d'exercer à 100% une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 12 à 15%.
- i. L'assureur-accidents a considéré, par décision du 31 mars 2023, que dans la mesure où l'état définitif avait été atteint le 19 juillet 2022, il convenait de mettre un terme aux prestations de courte durée avec effet au 31 juillet 2022. Retenant une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée, l'assurance a procédé à une comparaison des revenus, qui a conduit à une invalidité de 32%. Partant, le droit à une rente de CHF 1'181.75 était reconnu à compter du 1^{er} août 2022. Le paiement de cette rente était toutefois suspendu jusqu'au 30 septembre 2025, afin de rembourser les prestations versées en trop, à hauteur de CHF 36'744.25. Par ailleurs, était reconnu à l'assurée le droit à une IPAI additionnelle de CHF 14'204.40, montant correspondant à l'augmentation à 55,8% du degré de l'atteinte à l'intégrité (jusqu'alors fixée à 42%). Le droit à une allocation pour impotent était nié.
- j. Par décision sur opposition du 12 septembre 2023, l'assureur-accidents a modifié sa décision du 31 mars 2023, notamment s'agissant du montant de la rente d'invalidité, arrêté à CHF 1'255.60. Suite à ces modifications, le montant des prestations versées en trop était ramené à CHF 36'145.95, ce qui entraînait toutefois toujours une suspension du versement de la rente jusqu'au 30 septembre 2025. Enfin, les traitements médicaux remboursés étaient énumérés.
- C. a. Le 16 octobre 2023, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif s'agissant de la demande en restitution et à l'annulation de la suspension du droit à la rente jusqu'au 30 septembre 2025. Quant au fond, la recourante a conclu à ce que lui soit reconnu le droit aux indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2023, le droit à une rente d'invalidité de 100% dès le 1^{er} avril 2023, le droit à une IPAI d'un taux supérieur à 55,8%, le droit à une allocation pour impotence faible et, dans l'hypothèse où une capacité de gain résiduelle devait être retenue, le droit à la prise en charge des traitements médicaux. La recourante reproche notamment à l'intimée de n'avoir pas respecté la procédure en matière de restitution. Elle soutient par ailleurs que le rapport d'expertise doit se voir nier toute valeur probante.
-

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 6 décembre 2023, a conclu, préalablement, à ce que la demande de restitution d'effet suspensif soit déclarée sans objet - vu la reprise prochaine du versement de la rente - et, sur le fond, à la confirmation de la décision attaquée. En substance, l'assurance intimée est d'avis que le rapport d'expertise revêt une pleine valeur probante.

c. Dans sa réplique du 12 février 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle fait grief à l'intimée d'avoir violé ses droits de participation, alléguant que le nom de l'expert ne lui a pas été transmis et qu'il ne lui a été que laissé le choix entre deux centres d'expertises. Pour le surplus, elle précise les motifs pour lesquels le rapport du 29 août 2022 n'a pas, selon elle, valeur probante.

d. Dans sa duplique du 18 mars 2024, l'intimée a persisté dans les termes de sa réponse. Elle considère avoir respecté la procédure en matière de désignation de l'expert.

e. A la demande de la Cour de céans, l'assurance intimée a transmis les pièces de son dossier en lien avec la nomination du Dr G_____, notamment le courriel du 20 juin 2022.

f. Par écritures des 7 novembre 2024 et 16 décembre 2024, la recourante, respectivement l'intimée, ont persisté dans leurs conclusions respectives concernant notamment le respect – ou non – de la procédure en matière de nomination du Dr G_____.

g. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision sur opposition du 12 septembre 2023 (art. 56 LPGA ; art. 62 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

2.

2.1 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.

2.2 Dans le sillage de la modification du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI) de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20), la LPGA a également connu plusieurs modifications – incluant l'art. 44 sur l'expertise – qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). Sur le plan de la procédure, les nouvelles dispositions y relatives sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours, dès l'entrée en vigueur du nouveau droit (ATF 129 V 113 consid. 2.2). Ceci concerne en particulier les dispositions du chapitre 4 de la LPGA (« Dispositions générales de procédure »), soit les art. 27-62 LPGA (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2).

Dans la mesure où l'expertise a été ordonnée postérieurement au 1^{er} janvier 2022, la procédure de nomination de l'expert est soumise aux nouvelles dispositions de la LPGA.

3.

3.1 Préalablement, la recourante conclut à la restitution de l'effet suspensif.

Cela étant, si l'intimée, dans la décision litigieuse, a effectivement suspendu le versement de la rente d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2025 et retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours, il s'avère qu'elle a accepté de reprendre le versement de la rente avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2023, si bien que la demande de restitution de l'effet suspensif est devenue sans objet.

3.2 Le litige porte, tout d'abord, sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur le respect de ses droits de participation lors de la nomination du Dr G_____ en qualité d'expert et la valeur probante à accorder au rapport de ce médecin. Il porte également sur le droit de l'intimée de suspendre le versement de la rente jusqu'au 30 septembre 2025. Sont aussi litigieuses les questions de l'IPAI et de l'étendue du traitement pris en charge. Enfin, la recourante réclame l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible.

4.

4.1 En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend notamment en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18ss LAA), l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA) et l'allocation pour impotent (Art. 26s LAA).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. En cas d'octroi d'une rente, les prestations pour soins et remboursement de frais au sens des art. 10 à 13 LAA sont accordées aux conditions prévues par l'art. 21 LAA.

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

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

Par ailleurs, 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, 1^{ère} phrase).

Enfin, en cas d'impotence au sens de l'art. 9 LPGA, l'assuré a droit à une allocation pour impotent (art. 26 LAA). Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA).

4.2 Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). A teneur de la disposition précitée, 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 (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA). Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi

la prise en charge du traitement médical et le versement d'indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

Le moment déterminant pour délimiter, du point de vue temporel, le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité est celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1).

5. La recourante invoque, tout d'abord, une violation de ses droits de participation lors de la nomination de l'expert et conteste la valeur probante du rapport de ce dernier.

6.

6.1 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 évaluer la capacité de travail, l'administration et, en cas de recours, le tribunal s'appuient sur des documents qui doivent être mis à disposition par des médecins et, le cas échéant, par d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

6.2

6.2.1 Selon l'art. 44 LPGA, dans sa teneur modifiée dans le cadre du Développement continu de l'AI et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (al. 4).

La communication du nom de l'expert doit notamment permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation (ATF 146 V 9 consid. 4.2).

Les droits de participation selon l'art. 44 LPGA doivent également être respectés lorsqu'une expertise est confiée à un centre d'expertise (ATF 132 V 376 consid. 6

et 7). Si, en raison de la situation particulière des centre d'expertise, l'assurance ne connaît pas à ce moment-là le nom des personnes chargées de l'expertise, elle doit en informer la personne assurée en lui précisant qu'elles lui seront communiquées ultérieurement directement par le centre d'expertise et qu'elle pourra alors faire valoir d'éventuelles objections auprès d'elle. Le centre d'expertise doit alors communiquer, en même temps que la convocation ou en temps utile avant d'entreprendre l'expertise, les noms des médecins spécialistes chargés du mandat d'expertise et leurs qualifications professionnelles. Si le centre d'expertise communique à la personne assurée le nom de tous les médecins travaillant pour lui en amont d'un examen médical, il lui donne ainsi la possibilité d'indiquer d'éventuels motifs de récusation contre certains médecins (arrêt du Tribunal fédéral I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 5.1).

6.2.2 Lorsque l'assureur ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà.

La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b ; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

Le juge des assurances peut examiner l'éventuelle violation du droit d'être entendu aussi bien sur contestation d'une partie que d'office (ATF 120 V 362 consid. 2a ; cf. aussi ZIMMERLI, Zum rechtlichen Gehör im sozialversicherungs-rechtlichen Verfahren, in Festschrift 75 Jahre EVG, Berne 1992, p. 326 ; ATAS/884/2019 consid. 4 ; ATAS/174/2018 consid. 14).

7.

7.1 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

7.2 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.

7.2.1 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).

7.2.2 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.2.3 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8.

8.1 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).

8.2 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V

210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9.

9.1 En l'espèce, suite à l'accident dont elle a été victime en date du 5 août 2000, la recourante reçoit, depuis le 25 février 2013, une rente d'invalidité de 25%. Une IPAI correspondant à 42,5% lui a également été versée.

Suite à une péjoration de son état de santé, la recourante a dû se faire poser des prothèse totales aux deux genoux. C'est dans ces circonstances que l'intimée a mandaté pour expertise le E_____, soit pour lui le Dr G_____. Selon son rapport du 29 août 2022, la recourante est incapable d'exercer à 100% son activité habituelle de vendeuse. Elle est, en revanche, capable de pratiquer à 100%, avec une diminution de rendement de 12 à 15% une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Se fondant sur ce rapport, l'intimée a mis un terme, avec effet rétroactif au 31 juillet 2022, au versement des indemnités journalières et augmenté à 32% la rente d'invalidité.

La recourante critique, d'une part, la procédure de nomination du Dr G_____, d'autre part, la valeur probante du rapport du 29 août 2022.

9.2 S'agissant, tout d'abord, de la procédure de désignation de l'expert, il ressort des pièces transmises par l'intimée que, par courrier du 2 mars 2022, cette dernière a informé la recourante de son intention de mettre en œuvre une expertise et lui a donné la possibilité de choisir entre deux centres : le E_____ et le F_____. A ce stade, le nom de l'expert n'était pas connu et n'a donc pas été transmis à la recourante. Cela étant, dans le courrier précité, l'intimée précisait qu'une fois la liste des experts transmise, la recourante disposerait d'un délai de dix jours pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation et pour présenter des contre-propositions.

Par courrier du 15 mars 2022, la recourante a choisi le E_____.

Par courriel du 20 juin 2022, l'intimée lui a alors communiqué le nom de l'expert pressenti, à savoir le Dr G_____, qui était disposé à l'examiner en date du 19 juillet 2022. L'assurée était invitée à confirmer que la date convenait, ce qu'elle a fait par courriel du 27 juin 2022. Le 29 juin 2022, l'assurée a une nouvelle fois confirmé sa présence, précisant accepter « la date, l'heure et le RV avec le Dr G_____ pour l'expertise fixée le mardi 19 juillet 2022 à 10H45 ».

Par la suite, par courrier du 4 juillet 2022, le E_____ a également informé la recourante de l'identité du médecin examinateur.

Force est de constater que le nom de l'expert a donc été transmis à deux reprises à l'assurée et ce, près d'un mois avant la date de l'expertise. L'assurée disposait dès lors de suffisamment de temps pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation, ce qu'elle n'a fait, ni avant, ni après l'expertise en question. Bien plus, elle a expressément accepté d'être examinée par le Dr G_____.

Dès lors que l'art 44 LPGGA ne prévoit pas de forme particulière pour la communication du nom de l'expert, ce dernier a été valablement transmis à la recourante par simple courriel du 20 juin 2022 puis, par le E_____ par courrier du 4 juillet 2022, de sorte que les droits de participation de la recourante ont été respectés.

Le grief de la violation du droit d'être entendue doit donc être écarté.

9.3 La recourante conteste ensuite la valeur probante du rapport du Dr G_____ du 29 août 2022.

9.3.1 Force est de constater que, sur le plan formel, le rapport précité répond aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions du Dr G_____, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

Sur le fond, le médecin précité a retenu les diagnostics suivants :

1) *Genou gauche* :

Status après ostéosynthèse par plaque de Liss d'une fracture comminutive du tiers distal de la diaphyse fémorale en août 2000 ;

Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche et arthroscopie du genou gauche en septembre 2002 ;

Instabilité résiduelle du genou gauche en 2002 ;

Status après ostéotomie de valgisation du fémur distal gauche en avril 2014 ;

Status après ablation du matériel de fixation du fémur distal gauche en juin 2020 ;

Status après prothèse totale de genou gauche en avril 2021.

2) *Genou droit* :

Gonarthrose tri-compartmentale droite en mars 2010 ;

Prothèse totale de genou droit en juin 2020.

3) *Coude droit* :

Status après résection de la tête radiale et mise en place d'une prothèse Silastic pour fracture comminutive de la tête radiale en août 2000 ;

Ablation de la prothèse Silastic de la tête radiale droite en avril 2001.

4) *Pied droit* :

Réduction et ostéosynthèse par vis d'une fracture enfoncement du premier cunéiforme du pied droit en août 2000 ;

Ablation du matériel d'ostéosynthèse du pied droit en octobre 2000 ;

Ablation de deux vis et biopsies osseuses au niveau du cunéiforme droit en février 2002 ;

Arthrose cunéométatarsienne du premier rayon en juillet 2002 ;

Status après arthrodèse cunéométatarsienne du premier rayon avec forage de bec en octobre 2003 ;

Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse et exostosectomie CMT 1 droite en janvier 2006 ;

Arthrose cunéo-métatarsienne des deuxième et troisième rayons droits en septembre 2009.

5) *Avant-bras gauche* :

Grefe de peau semi-épaisse pour plaie délabrée de la face dorsale de l'avant-bras gauche en août 2000.

6) *Bassin* :

Fracture du bassin type B.

7) *Colonne lombaire* :

Discarthrose L3-L4 et L4-L5 avec arthrose interfacettaire prédominante à droite en L3-L4 et surtout L4-L5. Sténose foraminale aux deux niveaux et Modic 1 à droite en L3-L4 et en L5-S1 à gauche.

8) *Troubles psychiques* :

Troubles anxio-dépressifs.

9) *Poids* :

Obésité.

Le Dr G_____ a considéré que les groupes de diagnostics 1 à 6 (genou gauche, genou droit, pied droit, coude droit, avant-bras gauche, bassin) étaient en lien de causalité probable avec l'accident assuré. Il en allait vraisemblablement de même du diagnostic 8 (troubles psychiques) mais ce point devait être confirmé par une évaluation psychiatrique. Quant aux diagnostics ou groupes de diagnostics 7 (colonne lombaire) et 9 (obésité), ils n'étaient qu'en lien de causalité possible avec l'accident assuré.

Les diagnostics et groupes de diagnostics 1 (genou gauche), 2 (genou droit) et 4 (pied droit), entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5kg, pas de marche prolongée ou de marche en terrain inégal, pas d'utilisation d'échelle, d'escabeau ou d'escaliers de manière répétitive, pas d'activité en position accroupie ou agenouillée, nécessité d'alternance des positions. Quant au groupe de diagnostics 3 (coude droit), il entraînait les limitations suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas d'utilisation du membre supérieur droit en flexion – extension et en force de manière répétitive.

Compte tenu des limitations qui précédaient, l'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée auxdites limitations, la capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 12 à 15%.

9.3.2 Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

La recourante se réfère principalement à une expertise réalisée par le Dr H_____ en date du 15 novembre 2010, ainsi qu'à l'avis du SMR du 7 novembre 2021 pour contester la valeur probante du rapport du Dr G_____.

Force est toutefois de constater que le rapport du Dr H_____ a été établi bien avant que la recourante ne bénéficie de la pose des deux prothèses de genou. Dès lors que la situation médicale a évolué, l'appréciation du Dr H_____ n'est plus d'actualité et n'est donc pas pertinente pour juger du bien-fondé des conclusions du Dr G_____.

Quant à l'avis du SMR du 7 novembre 2021, il a également été établi antérieurement à l'avis du Dr G_____ et il ne se prononce dès lors pas sur les conclusions de ce dernier médecin. Par ailleurs, dans l'avis en question, il est également question de douleurs lombaires, lesquelles empêcheraient la reprise d'une activité professionnelle. Or, la recourante souffre de nombreuses atteintes dégénératives au niveau lombaire, lesquelles n'ont pas été considérées comme étant en lien de causalité probable avec l'accident assuré. Partant, l'avis du SMR du 7 novembre 2021 ne permet pas non plus de remettre en question la valeur probante du rapport du Dr G_____.

9.3.3 En somme, il ressort de ce qui précède que la recourante n'a fait état d'aucun élément objectif précis qui justifierait, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan orthopédique.

Partant, il convient de retenir, au vu des explications circonstanciées et convaincantes du Dr G_____, que si l'activité habituelle de responsable du rayon parfumerie chez Sunstore est désormais contraindiquée, la recourante peut travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées précédemment, à un taux 100% mais avec une diminution de rendement de 12 à 15%. En d'autres termes, cela revient à retenir une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées.

Par ailleurs, la recourante n'a pas fourni le moindre élément qui permettrait de retenir que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ne serait pas probante.

9.4 Enfin, compte tenu des troubles psychiques évoqués par le Dr G_____, la recourante conclut à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Certes, dans son rapport du 29 août 2022, le médecin précité a retenu des troubles anxio-dépressifs, dont le lien avec l'accident assuré devait être confirmé par un psychiatre.

Force est cependant de constater que ces troubles semblent avoir été évoqués car la recourante présentait des angoisses « car elle tenait beaucoup à travailler, ce qui ne lui est plus possible » (rapport p. 15). Elle n'a toutefois pas de suivi psychiatrique (rapport p. 17).

Les quelques éléments du dossier montrent qu'en réalité, les atteintes psychiques évoquées (angoisses) semblent consécutives à l'incapacité d'exercer une activité professionnelle et non à l'origine d'une telle incapacité de travail. De plus, lesdites angoisses n'ont pas nécessité de suivi psychiatrique.

Pour tous ces motifs, une expertise psychiatrique n'apparaît pas nécessaire, aucun élément médical plaçant en faveur d'une atteinte psychique incapacitante.

9.5 Il ressort également des conclusions de la recourante que celle-ci conteste la date à laquelle il a été mis fin aux indemnités journalières, l'intimée la fixant au 31 juillet 2022, alors que la recourante la fixe au 31 mars 2022.

La date de fin du droit aux indemnités journalières n'est pas à la libre appréciation de l'assurance-accidents, mais ressort de l'art. 19 LAA. En effet, c'est avec la stabilisation de l'état de santé de l'assuré que le droit aux indemnités journalières cesse et que celui à une éventuelle rente d'invalidité naît.

Or, il ressort du rapport du Dr G_____ que l'état de santé de la recourante était stabilisé, à tout le moins lors de l'examen en juillet 2022. C'est donc à juste titre que l'assurance intimée a retenu la date du 31 juillet 2022 comme date de fin du droit aux indemnités journalières. C'est donc à également à juste titre qu'elle fait remonter le droit à une rente d'invalidité de 32% (et non plus de 25%) au 1^{er} août 2022.

La décision sur opposition querellée donc doit être confirmée sur ce point également.

9.6 Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées, avec une diminution de rendement de 12 à 15%. C'est également à juste titre que l'intimée a considéré que le droit aux indemnités journalières prenait fin, rétroactivement au 31 juillet 2022 et le droit à une rente d'invalidité de 32% prenait le relais dès le 1^{er} août 2022.

La comparaison des revenus, en tant que telle, n'étant pas contestée, il n'y a pas lieu d'y revenir.

- 10.** Reste cependant litigieuse, vu le dispositif de la décision sur opposition querellée et les conclusions des parties, la question de la suspension du versement des rentes d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2025, afin de rembourser un montant de
-

CHF 36'145.95 correspondant, selon l'intimée, au montant versé à tort jusqu'au 31 mars 2023.

Certes, l'intimée a procédé, avec effet rétroactif au 1^{er} août 2022, au versement de la rente d'invalidité de 32%. Il n'en demeure pas moins que la décision sur opposition querellée comporte, dans son dispositif, un point relatif à la suspension du versement de cette rente jusqu'au 30 septembre 2025.

Or, si la Cour de céans venait à confirmer la décision sur opposition querellée sur ce point, l'intimée pourrait à nouveau suspendre le versement de la rente jusqu'au 30 septembre 2025. Aussi, vu les conclusions de la recourante, il convient d'examiner le bien-fondé de cette suspension, laquelle est expliquée par une compensation entre les indemnités journalières prétendument versées à tort jusqu'au 31 mars 2023 et la rente d'invalidité due dès le 1^{er} août 2022.

11.

11.1 Aux termes de l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée.

Les indemnités journalières de l'assurance-accidents peuvent faire l'objet d'une telle procédure simplifiée (cf. art. 124 OLAA *a contrario*; SVR 2009 UV n° 21 p. 78 consid. 3.2 [arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2008 du 26 novembre 2008]).

Une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec la solution adoptée par l'assureur social et exprimé sa volonté que celui-ci statue sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (cf. ATF 134 V 145 consid. 5.2 ; 129 V 110 consid. 1.2.2 voir également DEFAGO GAUDIN, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 9 ad. art. 51 LPGA, n° 10).

11.2 Lorsque la prise de position de l'assureur prononcée en procédure simplifiée est entrée en force, elle ne peut être modifiée qu'aux conditions de la révision et de la reconsidération de l'art. 53 LPGA (voir DEFAGO GAUDIN, *op. cit.*, n° 10).

Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2).

Cela vaut aussi pour les prestations qui ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle, mais d'une décision implicite prise dans le cadre d'une

procédure simplifiée au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 3 et les références).

11.3

11.3.1 L'art. 25 al. 1, 1ère phrase, LPGA, auquel renvoie l'art. 1 al. 1 LAA, prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées.

L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 et les références; ATF 138 V 426 consid. 5.2.1 et les références; ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références).

En vertu de l'art. 25 al. 2 LPGA (dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021), le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant.

11.3.2 L'art. 3 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) précise que l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision (al. 1). L'assureur indique la possibilité d'une remise dans la décision en restitution (al. 2). L'assureur décide dans sa décision de renoncer à la restitution lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies (al. 3).

Au regard de l'art. 25 LPGA et de la jurisprudence, la procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes (PÉTREMAND, *in* Commentaire romand, *op. cit.*, n° 30 ad art. 25 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.2) :

- une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-ci ont été allouées sont réalisées ;
- une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations ; et, le cas échéant,
- une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 2^{ème} phrase LPGA.

L'opposition, ainsi que le recours de première instance, formés contre une décision en matière de restitution, ont un effet suspensif, ce qui fait obstacle à leur exécution immédiate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_130/2008 du 11 juillet 2008 consid. 3.2 et les références).

11.4 La LPGA ne contient pas de norme générale sur la compensation, hormis son art. 20 al. 2 qui interdit à un tiers ou une autorité à qui sont versées des prestations de les compenser avec des créances contre l'ayant droit. Ce mode d'extinction des créances est donc régi par les dispositions des lois spéciales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_804/2017 du 9 octobre 2018 consid. 3.1).

L'art. 50 LAA dispose que les créances découlant de la LAA et les créances en restitution de rentes et d'indemnités journalières de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire, de l'assurance-chômage et de l'assurance-maladie, ainsi que de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité peuvent être compensées avec des prestations échues.

La compensation ne doit toutefois pas entamer le minimum vital de l'assuré, tel que fixé par l'art. 93 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP - RS 281.1). Cette règle vaut pour toutes les institutions d'assurance sociale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_804/2017 du 9 octobre 2018 consid. 3.1 et les références).

Les créances ne peuvent en outre être compensées que si elles ne sont pas périmées au sens de l'art. 25 al. 2 LPGA (GEHRING, *op. cit.*, n. 20 ad art. 50 LAA).

Sur le plan procédural, l'extinction de la créance en restitution par voie de compensation ne peut intervenir qu'une fois qu'il a été statué définitivement sur la restitution et sur une éventuelle demande de remise de l'obligation de restituer. L'opposition et le recours formés contre une décision en matière de restitution ont un effet suspensif. Une compensation immédiate ferait perdre à l'assuré la possibilité de contester la restitution et, le cas échéant, de demander une remise de l'obligation de restituer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_804/2017 du 9 octobre 2018 consid. 3.2).

11.5 Notre Haute Cour s'est montrée stricte dans les exigences relatives aux décisions de compensation.

Elle a retenu que la décision d'un assureur-accidents niant le droit aux indemnités journalières déjà versées et les compensant avec l'IPAI restant due, était constatatoire en tant qu'elle portait sur l'absence de droit aux indemnités journalières. Or, il n'existait pas d'intérêt digne d'être protégé à rendre une décision constatatoire et l'assureur-accidents aurait dû réclamer la restitution des indemnités journalières. Sa décision devait dès lors être annulée, de sorte qu'il n'existait pas de créance sujette à compensation avec l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 7.3 et 7.4).

Dans un cas où l'assureur-accidents avait initialement presté, avant de rendre une décision refusant de prendre en charge les suites de l'accident en raison d'un défaut de couverture, le Tribunal fédéral a également considéré que sa décision avait un caractère purement constatatoire, puisqu'elle ne modifiait pas les droits de

l'assuré aux prestations déjà accordées. S'il entendait modifier la situation juridique découlant des décisions matérielles d'octroi des prestations, l'assureur-accidents aurait eu la faculté de réclamer la restitution des prestations déjà perçues et il n'y avait ainsi pas d'intérêt digne de protection à rendre une décision en constatation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 214/03 du 13 septembre 2004 consid. 2.3).

- 12.** En l'espèce, comme le relève à juste titre la recourante, la décision sur opposition querellée, en tant qu'elle prononce la suspension du versement de la rente d'invalidité pour cause de compensation, ne respecte pas la procédure en matière de restitution.

En effet, afin de pouvoir procéder à une compensation, l'assurance intimée doit avoir rendu, au préalable, une décision de révision ou de reconsidération et une décision de restitution, entrées en force.

Or, ni la décision du 31 mars 2023, ni la décision sur opposition du 12 décembre 2023 ne procèdent à une révision ou à une reconsidération des communications relatives au droit aux indemnités journalières pour la période du 1^{er} août 2022 au 31 mars 2023. De même, l'intimée n'a, à aucun moment, formellement demandé la restitution des prestations. En réalité, l'assurance intimée a rendu des décisions constatatoires portant sur l'absence de droit aux indemnités journalières. Ainsi, selon la jurisprudence fédérale, il n'existe pas de créance sujette à compensation, de sorte que l'intimée ne peut suspendre le versement de la rente d'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 7.3 et 7.4 et U 214/03 du 13 septembre 2004 consid. 2.3).

Par conséquent, dans de telles conditions, la compensation et, partant, la suspension du versement de la rente jusqu'au 30 septembre 2025 sont prématurées et la décision sur opposition querellée doit être annulée en tant qu'elle suspend le versement de la rente.

Certes, l'intimée a repris le versement de la rente, mais comme indiqué précédemment, la décision sur opposition querellée doit malgré tout être annulée sur ce point afin d'éviter de constituer une base juridique pour une nouvelle suspension.

- 13.** La recourante conteste également l'IPAI, considérant que celle-ci devrait être supérieure aux 55,8% retenus par le Dr G_____.

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, 1^{ère} 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]).

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 (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3).

13.3 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 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3).

Il ressort de la table 5 de la SUVA, traitant de l'atteinte à l'intégrité les taux suivants :

	arthrose moyenne	arthrose grave
arthrose du coude : résection de la tête radiale	5%	10%
arthrose fémoro-patellaire	5-10%	10-25%
arthrose fémoro-tibiale	5-15%	15-30%
arthrose du genou (pangonarthrose)	10-30%	30-40%

13.4 En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

La jurisprudence a reconnu la légalité de cette disposition réglementaire, également dans le cas où les atteintes à l'intégrité sont dues à différents accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6).

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230).

L'art. 36 al. 3 OLAA ne prévoit pas comment l'ensemble du dommage doit être déterminé. A l'ATF 116 V 156, le Tribunal fédéral des assurances a exposé comment l'atteinte à l'intégrité doit être évaluée lorsqu'un événement assuré a entraîné une ou plusieurs atteintes à l'intégrité. Il y a plusieurs atteintes à l'intégrité si les atteintes à la santé peuvent être constatées médicalement de manière évidente et si leurs effets peuvent être clairement distingués (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 109/2006 du 4 avril 2007, consid. 6). Dans le cas d'une pluralité d'atteintes à l'intégrité qui peuvent être distinguées clairement et qui ne s'influencent pas mutuellement, les atteintes doivent être en principe additionnées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_643/2022 du 7 juin 2023 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 8C_794/2010 du 9 décembre 2010, consid. 3.3). En revanche, lorsque plusieurs atteintes se superposent et s'influencent mutuellement, la valeur totale ne doit pas conduire à ce qu'une partie des atteintes soit indemnisée doublement, même si une augmentation est envisageable au cas où les atteintes se renforcent mutuellement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 8C_826/2012 du 28 mai 2013, consid. 3.2).

- 14.** En l'espèce, le Dr G_____ a retenu une atteinte à l'intégrité de 55,8% correspondant aux taux suivants :

localisation	diagnostic	table SUVA	taux brut	pondération
genou gauche	arthrose fémoro-tibiale grave	table 5	25%	25% (25% de 100%)
genou droit	arthrose fémoro-tibiale grave	table 5	25%	18.75% (25% de 75%)
avant-pied droit	arthrodèse du lisfranc	table 5	15%	8.45% (15% de 56.25%)

coude droit	résection de la tête radiale	table 5	7.5%	3.6% (7,5% de 47,81%)
-------------	------------------------------	---------	------	--------------------------

Il a expliqué que la détermination de l'intégrité globale devait se faire selon une pondération puis une comparaison avec les éléments de l'annexe 3 OLAA. Les valeurs du tableau ci-dessus étaient notamment calculées selon les lésions en tenant compte du solde d'intégrité corporelle. Ainsi, par exemple, l'atteinte du genou droit se faisait selon le solde de l'atteinte du genou gauche, soit 25% de 75%.

Le raisonnement du Dr G_____ n'est pas clair à plusieurs égards.

En effet, tout d'abord, ce médecin a retenu, à titre de diagnostics, une gonarthrose tricompartmentale du genou gauche et du genou droit (expertise p. 27 et 28). Toutefois, dans son appréciation de l'atteinte à l'intégrité, le médecin précité retient uniquement une arthrose fémoro-tibiale grave (expertise p. 32). Cette atteinte ne correspond donc pas à une gonarthrose tricompartmentale.

De toute évidence, il s'agit d'une erreur de plume.

Cela étant, en présence d'une pangonarthrose (arthrose tricompartmentale) grave, le taux est compris entre 30 et 40%, ce qui aurait pour conséquence une modification du taux de l'atteinte à l'intégrité. En revanche, si la gonarthrose tricompartmentale est moyenne, le taux selon la table 5 est compris entre 10 et 30% et, dans cette hypothèse, le taux de 25% retenu par le Dr G_____ respecte cette fourchette.

Il convient donc de demander des précisions sur ce point au Dr G_____. En effet, en fonction de la gravité de l'atteinte, le taux doit être modifié.

Par ailleurs, ce médecin a procédé à une pondération des atteintes de la manière suivante : il est tout d'abord parti d'un taux de 100%. Le pourcentage pour l'atteinte au genou gauche étant de 25% selon la table 5, il a appliqué ce taux à celui de 100% et a retenu une atteinte de 25%. L'expert a ensuite déduit ces 25% du taux de 100% ($100\% - 25\% = 75\%$) pour déterminer l'atteinte au genou droit et appliqué le taux issu de la table 5, de 25% également, aux 75%, ce qui a conduit à une atteinte de 18,75 % ($25\% \text{ de } 75\%$). Il a ensuite déduit ce taux de 18,75% du taux de 75% ($75\% - 18,75\% = 56,25\%$). Le Dr G_____ a alors retenu une atteinte pour le pied droit de 15% selon la table 5 et l'a appliquée aux 56,25% restants ($15\% \text{ de } 56,25\% = 8,45\%$) ce qui a conduit à une atteinte pondérée de 8,45%. Enfin, l'expert a déduit le taux de 8,45% au taux de 56,25% ($56,25\% - 8,45\% = 47,81\%$) et y a appliqué le taux relatif au coude droit de 7,5% selon la table 5.

La Cour de céans peine à comprendre cette pondération en l'absence d'explications circonstanciées. En effet, selon la jurisprudence, ce n'est qu'en cas d'atteintes qui s'influencent mutuellement qu'il convient de procéder à une

pondération. Dans le cas d'une pluralité d'atteintes à l'intégrité qui peuvent être distinguées clairement et qui ne s'influencent pas mutuellement, les atteintes doivent être en principe additionnées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_643/2022 du 7 juin 2023 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 8C_794/2010 du 9 décembre 2010, consid. 3.3).

Or, la recourante souffre de quatre atteintes différentes : au genou gauche, au genou droit, au pied droit et au coude droit. Ces quatre atteintes peuvent être distinguées clairement et, en l'absence d'explications, on ne peut considérer qu'elles s'influencent mutuellement.

Aussi, la Cour de céans renverra-t-elle la cause à l'intimée que celle-ci requiert des précisions du Dr G_____ au sujet de la nature de l'atteinte aux genoux, de l'influence mutuelle des atteintes entre elles et de la pondération à appliquer.

En fonction du résultat de cette instruction complémentaire, le taux de l'IPAI devra, le cas échéant, être augmenté.

- 15.** La recourante conclut également à une allocation pour impotent de degré faible, sans fournir le moindre argument à l'appui de sa demande. Cela étant, eu égard à son obligation d'appliquer le droit d'office, la Cour de céans examinera ce point.

15.1 A teneur de l'art. 26 LAA, en cas d'impotence au sens de l'art. 9 LPG, l'assuré a droit à une allocation pour impotent (art. 26 LAA). Ladite allocation est fixée selon le degré d'impotence.

La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 38 OLAA LAI).

L'art. 38 al. 2 OLAA prescrit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

L'art. 38 al. 3 OLAA stipule que l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie, ou
- b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente.

Enfin, selon l'art. 38 al. 4 OLAA, l'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ou
 - b. d'une surveillance personnelle permanente, ou
-

- c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité, ou
- d. lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers.

15.2 Selon la jurisprudence, les actes élémentaires de la vie quotidienne se répartissent en six domaines : 1. se vêtir et se dévêtir ; 2. se lever, s'asseoir et se coucher ; 3. manger ; 4. faire sa toilette (soins du corps) ; 5. aller aux toilettes ; 6. se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références).

L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 5.3 et les références).

L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir seul au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (ATF 121 V 88 consid. 3c et les références ; ATF 107 V 136 consid. 1b), lorsqu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou que, en raison de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière (ATF 106 V 153 consid. 2a et 2b), lorsque, même avec l'aide d'un tiers, il ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour lui (par ex. si l'assuré souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives, de sorte qu'il est condamné à vivre au lit et qu'il ne peut entretenir de contacts sociaux (ATF 117 V 146 consid. 3b ; CIIAI, ch. 8026).

15.3 L'évaluation de l'impotence et la classification en trois degrés selon l'art. 38 OLAA suit pratiquement entièrement la réglementation selon l'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; ATF 116 V 41 consid. 6b).

Toutefois, l'art. 38 OLAA ne connaît pas le droit à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (NABOLD, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Unfallversicherung – UVG, 2024, p. 171).

En matière d'assurance-invalidité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne a besoin d'aide pour au moins une des activités suivantes :

- structurer sa journée ;
 - faire face aux situations qui se présentent au quotidien (par ex. questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) ;
-

– tenir son ménage (ch. 2095 de la Circulaire sur l'impotence [CSI]).

Relèvent notamment de la tenue du ménage des tâches telles que nettoyer son logement et y faire de l'ordre, faire la lessive et préparer les repas, etc. Mais les prestations d'aide requises doivent toujours être évaluées sous l'angle du risque d'abandon : il faut donc toujours examiner si, sans l'aide en question, l'assuré devrait être placé dans une institution ou non. Si par exemple un assuré ne peut plus faire son repassage ou nettoyer ses fenêtres lui-même, il ne doit pas pour autant être placé dans une institution. De même, s'il ne peut pas régulièrement passer l'aspirateur ou faire de l'ordre, il n'existe pas encore de risque d'abandon. Des activités de ce type ne peuvent donc pas être prises en compte comme un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le fait que l'assuré doive faire des pauses pendant les tâches ménagères ou qu'il ne puisse réaliser certaines tâches spécifiques qu'à certains moments ou que certains jours ne suffit pas à reconnaître un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2098 CSI).

16. En l'espèce, selon le Dr G_____, la recourante a besoin d'aide pour les tâches ménagères habituelles, ce qui n'a pas été contesté par la recourante. Pour ce médecin, cela correspondrait à un degré d'impotence faible au sens de l'art. 38 al. 4 let. a OLAA.

Il ressort de ce qui précède, que la tenue du ménage ne fait pas partie des actes des actes de la vie quotidienne mais que cet aspect peut être pris en considération dans le besoin d'accompagnement.

Or, l'art. 38 OLAA, applicable en l'espèce, ne connaît pas le droit à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au contraire de l'art. 38 RAI, applicable en matière d'assurance-invalidité.

Partant, c'est à juste titre que l'assurance intimée a nié le droit de la recourante à une allocation pour impotent, même de degré faible.

17. Reste la question du traitement médical, la recourante concluant à sa prise en charge selon l'art. 21 LAA.

17.1 Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent donc selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3).

Ainsi :

- Avant stabilisation du cas, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 10 LAA. Dans cette éventualité, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (cf. ATAS/1059/2016 du
-

8 décembre 2016 consid. 11a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d).

- En revanche, après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait conformément à l'art. 21 LAA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne reçoit pas de rente LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.2 et 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.2).
- Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 *in fine*).

17.2 A teneur de l'art. 21 al. 1 LAA, Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants :

- a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ;
- b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ;
- c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ;
- d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration.

- 18.** En l'espèce, dans la décision du 31 mars 2023, l'assurance-accidents a considéré, au chiffre 7 du dispositif, que les frais de traitements médicaux nécessaires au maintien de l'état de santé étaient régis par les dispositions de l'art. 21 al. 1 LAA.

Dans la décision sur opposition querellée, l'assurance est revenue sur ce point et a considéré que les traitements médicaux remboursés étaient énumérés au considérant 5.26.

Force est toutefois de constater que la décision sur opposition querellée ne comporte pas de considérant 5.26. De plus, la raison pour laquelle le dispositif de la décision du 31 mars 2023 a été modifié dans la décision sur opposition du 12 septembre 2023 en ce qui concerne la prise en charge du traitement médical n'est pas claire.

Aussi, la décision sur opposition sera-t-elle annulée en tant qu'elle retient que les traitements médicaux remboursés sont énumérés au considérant 5.26. Il sera constaté, en lieu et place, que les frais des traitements médicaux sont pris en charge conformément à l'art. 21 LAA, comme cela ressortait initialement de la décision du 31 mars 2023. Retenir le contraire reviendrait à complexifier la situation en cas de traitement nécessaire, mais non mentionné par le Dr G_____.

19. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La décision sur opposition est annulée en tant qu'elle ordonne la suspension du versement de la rente jusqu'au 30 septembre 2025, en tant qu'elle confirme une IPAI de 55,8% et en tant qu'elle renvoie au considérant 5.26 en ce qui concerne la prise en charge des frais de traitement.

Elle est confirmée pour le surplus.

La Cour de céans constate que le taux de l'IPAI est de 55,8% au minimum, dont à déduire les 42% reconnus en 2013. La cause est toutefois renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, le taux de l'atteinte à l'intégrité devant, le cas échéant, être augmenté en fonction du résultat de cette instruction complémentaire.

Il est par ailleurs constaté que le traitement médical doit être pris en charge par l'intimée conformément à l'art. 21 LAA.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision sur opposition du 12 septembre 2023.

Préalablement :

2. Constate que la demande de restitution de l'effet suspensif est devenue sans objet.

Au fond :

3. Annule la décision sur opposition du 12 septembre 2023 en tant qu'elle suspend le versement de la rente jusqu'au 30 septembre 2025, en tant qu'elle retient une atteinte à l'intégrité de 55,8% et en tant qu'elle renvoie au considérant 5.26 en ce qui concerne la prise en charge des frais des traitements médicaux.
 4. La confirme pour le surplus.
 5. Dit que le droit à une IPAI d'au moins 55,8%, sous déduction des 42% déjà versés, est reconnu à la recourante, la cause étant toutefois renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision augmentant éventuellement le taux de l'IPAI.
 6. Dit que le traitement médical doit être pris en charge par l'intimée conformément à l'art. 21 LAA.
 7. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- valant participation à ses frais de défense.
 8. Dit que la procédure est gratuite.
 9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie
-

électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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