

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 janvier 2022

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Alain Ribordy, avocat à Fribourg,

et

Z._____**SA**_____, à [...], intimée, représentée par Me Michel D'Alessandri, avocat à Genève.

Art. 4, 6, 8 al. 1 LPGA ; 16 al. 1 et 2, 19 al. 1 et 3, 21 LAA ; 22 al. 2 et 4, 24 al. 2, 30 al. 1, 36 al. 1, 2 et 4 OLAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 30 mai 1989, a été employée à 100 % dès le 1^{er} juin 2012 en qualité de serveuse par l'Hôtel-restaurant de l'[...] (employeur : V._____) à [...] et, à ce titre, était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels par Z.____SA__ (ci-après : [...] ou l'intimée). Le salaire de base contractuel brut s'élevait à 3'900 fr. par mois. Une gratification sous la forme d'un 13^{ème} mois de salaire s'élevait également à 3'900 francs. Le salaire annuel brut perçu par l'assurée s'élevait ainsi à 50'700 francs.

Le 5 octobre 2012, elle a été victime d'un accident de la circulation comme passagère d'un véhicule conduit par L._____. Sur la route de [...] à [...], en raison d'une vitesse inadaptée, le véhicule s'est déporté sur la voie de circulation opposée peu avant un pont et a heurté frontalement un camion qui circulait normalement en sens inverse.

L'assurée a été hospitalisée à l'Hôpital P._____ ([...]) à [...] du 5 au 23 octobre 2012. Les diagnostics retenus étaient un polytrauma à la suite d'un accident de la circulation avec syndrome de stress post-traumatique sévère ; une fracture luxation ouverte de 2^e degré de la cheville gauche ; une luxation ouverte de 2^e degré métatarso-phalangienne gauche ; une fracture multi-fragmentaire cuboïde gauche ; un burst fracture corps vertébral lombaire III ; une lacération de la rate de degré 1 au pôle supérieur ; un subiléus postopératoire du 10 octobre 2012. Durant son hospitalisation, elle a subi un certain nombre d'opérations, soit notamment une décompression par laminotomie, la mise en place d'un fixateur externe et le débridement de la cheville gauche ainsi qu'une ostéosynthèse de la fracture.

L'assurée a séjourné auprès de la Clinique G._____ ([...]) du 28 novembre 2012 au 8 février 2013. Le diagnostic principal était une thérapie physique et fonctionnelle pour limitation fonctionnelle du membre inférieur gauche et du rachis. L'assurée a ensuite tenté une reprise de son activité professionnelle à 50% le 2 avril 2013. Elle a toutefois souffert

d'enflures de la cheville gauche et a de ce fait été remise en incapacité totale de travail du 12 avril au 15 mai 2013, date à laquelle le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin adjoint auprès du service d'orthopédie du Centre hospitalier N._____, ([...]), a préconisé une nouvelle tentative de reprise d'activité professionnelle à 50 %.

Le 5 juin 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. A cette occasion, l'employeur a confirmé que le revenu mensuel brut de son employée s'élevait à 3'900 francs. Il a résilié le contrat de travail avec effet au 31 août 2013.

Le 16 décembre 2013, le Dr K._____ a établi un rapport médical précisant que la patiente était en fin de rééducation. Les plaintes d'alors de l'assurée concernaient un dos raide le matin avec des douleurs modérées à la mise en route et une tendance à des douleurs lombaires hautes si elle faisait trop d'activité physique. Au niveau de la cheville gauche, l'assurée avait également une raideur persistante et une certaine gêne à la mise en route. Le périmètre de marche sans douleur était de 30 minutes et si elle forçait, les douleurs augmentaient dans la région de la cheville. Elle avait bien récupéré depuis l'ablation du matériel et connaissait un déficit de flexion plantaire à gauche de 15°. Une flexion dorsale de 7° était possible contre environ 15° de l'autre côté. La sous-astragalienne était souple et la torsion du pied, si elle était modérée, était peu douloureuse. Les cicatrices étaient examinables et l'assurée n'avait plus d'hypoesthésie ni de dysesthésie au bord externe du pied, ce qu'elle avait au début de traitement. Radiologiquement, sur une cheville de face et de profil, l'aspect était satisfaisant. La situation commençait à se stabiliser. Elle était considérée comme apte à travailler dans une activité adaptée à compter du 1^{er} septembre 2013.

L'assurée a effectué un second séjour auprès de la Clinique G._____ du 28 janvier 2014 au 18 février 2014. Les médecins ont attesté les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : le port de charges lourdes, les marches prolongées, les marches sur terrain irrégulier, la

station debout prolongée, les montées et descentes d'escalier ou d'échelle. Selon leur avis, la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles ; une poursuite de la physiothérapie dans le but d'améliorer les fonctions articulaire et musculaire pourrait améliorer les fonctions fonctionnelles. La stabilisation médicale dépendait de la décision quant à une intervention chirurgicale sur la cheville.

Le 4 septembre 2014, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-chef de l'unité orthopédique du Centre hospitalier N._____, a établi un rapport dont il ressort que, sur le plan de la symptomatologie, la patiente n'avait que très peu de douleurs au quotidien. Elle était capable de marcher plus de deux heures. Il existait une enflure vespérale. L'assurée avait beaucoup progressé en physiothérapie mais avait stagné un peu en raison de sa grossesse. Elle ne pouvait pas courir. Compte tenu de l'anamnèse, de la clinique et du bilan radiologique, l'idée d'une reprise chirurgicale de la cheville gauche n'entraîne pas en considération selon le spécialiste. En effet, pour autant qu'il existât un petit cal vicieux du péroné distal, il n'était pas certain que sa correction apporterait une amélioration. Ce spécialiste ne voulait pas prendre le risque de rendre la patiente symptomatique au quotidien (douleurs) et préférait nettement lui voir garder un petit handicap sportif et de mobilité. La physiothérapie serait probablement nécessaire à long terme pour un entretien optimal. Pour ce qui concernait l'avenir, la patiente avait été informée qu'elle présentait des risques d'arthrose post-traumatique symptomatique à la hauteur de la calcanéocuboïdienne d'abord et de la cheville ensuite.

Le 31 octobre 2014, Z.____SA__ a informé l'assurée que la mise en œuvre d'une expertise orthopédique était nécessaire et a proposé de la confier alternativement au Dr X.____ ou au Dr D.____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique. Par décision du 4 juin 2015, Z.____SA__ a confié le mandat d'expertise au Dr X.____. Par arrêt du 12 janvier 2016, confirmé par le Tribunal fédéral le 9 août 2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a rejeté le recours

interjeté par J._____ contre la décision du 4 juin 2015 au motif qu'il n'existait aucun motif de récusation à l'encontre du Dr X._____. Par message du 31 octobre 2016, le Dr X._____ a refusé d'œuvrer en qualité d'expert vu l'attitude procédurière de l'assurée invoquant la confiance minimale qui devait se trouver à la base de la relation expert-assuré.

Le 31 août 2017, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a adressé à Z.____SA__ un premier rapport d'expertise daté du 12 mai 2017 et non signé. Le 19 septembre 2017, il a établi un second rapport d'expertise qui n'a été communiqué dans un premier temps qu'à Me Alain Ribordy, conseil de l'assurée, lequel l'a transmis à Z.____SA__ le 20 décembre 2017. L'expert a considéré que les douleurs et œdème de la cheville gauche, le status post fracture-luxation Weber 1, le Burst fracture de L3, la lacération de la rate, la neuropathie, les atteintes partielles des rameaux sensitifs du nerf sural gauche, le status post débridement, le subiléus postopératoire, le status après décompression L2-L3, le status après « second look » biopsie de la cheville du gros orteil, le status après complément de stabilisation, le status après ostéosynthèse de la cheville par plaque et vis, le status après greffe de peau, le status après ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) d'une vis péronéo-tibiale et le status après AMO de la cheville gauche en juin 2013 au Centre hospitalier N._____ étaient en relation de causalité naturelle certaine avec l'accident survenu le 5 octobre 2012. L'assurée n'était plus apte à exercer son activité habituelle. Les limitations en raison des séquelles de l'accident qui influençaient l'activité habituelle étaient des troubles dégénératifs ainsi qu'une ankylose de la cheville empêchant tout port de charge, toute marche de plus de quelques minutes, toute pratique des escaliers. De plus, la position à genoux ou accroupie était impossible. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire en alternant la position assise et la position debout, pas plus de 30 minutes par position, en proscrivant la marche, le port de charge, la pratique des escaliers, des échelles, des échafaudages ainsi que des escabeaux, une reprise à 50% était envisageable, éventuellement en qualité de réceptionniste ou dans un travail de bureau léger. En ce qui concernait le traitement médical, l'assurée devrait bénéficier à vie d'un traitement médical car les lésions

allaient forcément se dégrader avec le temps et probablement d'interventions dans le futur ainsi que de soins de type physiothérapie, balnéothérapie, ostéopathie et bénéficier à vie de chaussures orthopédiques munies de support qui devraient être changées régulièrement. Il n'existait pas de mesures médicales de nature à améliorer notablement l'état de santé ou qui empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. L'évolution future prévisible de l'état de santé était pessimiste, avec une aggravation probable des troubles dégénératifs ainsi que des douleurs. L'atteinte à l'intégrité, pour la cheville et le genou, s'élevait à 45%.

Le 30 octobre 2017, les Drs Q. _____ et S. _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique, plus particulièrement en chirurgie du rachis, ont rendu leur rapport d'expertise. Celle-ci portait uniquement sur la problématique des atteintes de la colonne vertébrale et avait été établie à la suite de deux consultations en date des 29 août 2017 et 13 septembre 2017. Les experts avaient retenu les diagnostics de (1) status post spondylodèse L2-L4 par voie postérieure + corpectomie L3 par voie latérale avec cage expandible pour une fracture Burst L3 et de (2) discopathie débutante C6-C7 avec protrusion discale paramédiane gauche et uncarthrose débutante. Le diagnostic n°1, soit lombaire, était en relation de causalité naturelle certaine avec l'accident. Le diagnostic n°2, soit cervical, n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. Il existait une maladie intercurrente qui s'était déclarée après l'accident, soit une dégénérescence du disque C6-C7. En ce qui concernait le rachis lombaire, les séquelles minimales qui persistaient étaient tout à fait compatibles avec une activité professionnelle complète. L'activité habituelle n'était plus envisageable selon la patiente, raison pour laquelle elle souhaitait changer d'emploi. Une reprise à 100% était tout à fait envisageable, toutefois avec une réduction de rendement estimée à 20%, à évaluer selon le type de travail réalisé. Les limitations étaient liées à la douleur lombaire qui s'installait lors du maintien d'une position assise, statique, durant longtemps. Au vu des limitations, dans un contexte adapté, l'assurée pourrait travailler avec un rendement de 80%. Une activité adaptée serait par exemple une activité indépendante de type

stylisme ongulaire ou la production d'objets décoratifs. Dans un contexte d'un emploi adapté, une reprise à 100% pourrait même être envisagée. Selon les experts, le traitement médical était terminé en ce qui concernait le rachis, mais une poursuite de la physiothérapie et des exercices à domicile étaient fortement conseillée. L'assurée n'avait pas besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité de travail résiduelle. L'évolution de la colonne lombaire était plutôt stable. Dans le futur, elle pourrait toutefois présenter des épisodes de blocage musculaire aigu avec une limitation des activités. Concernant la hernie cervicale, elle pourrait un jour se manifester cliniquement avec des radiculopathies dans le membre supérieur gauche. On ne pouvait donc pas exclure que d'éventuels autres traitements thérapeutiques soient nécessaires à ce niveau. En ce qui concernait le diagnostic cervical, selon les documents à disposition, les experts constataient que la patiente avait commencé à présenter des cervicalgies qui irradiaient au niveau du crâne depuis le mois de novembre 2015, c'est-à-dire environ trois ans après l'accident survenu le 5 octobre 2012. Les examens radiologiques effectués montraient une dégénérescence initiale du disque C6-C7 avec une protrusion discale du côté gauche actuellement asymptomatique. Ces douleurs ne pouvaient actuellement pas être corrélées à cette protrusion discale mais pouvaient être expliquées par une décompensation musculaire globale du rachis cervical. Il n'existait pas d'arguments pour mettre en corrélation cette discopathie avec l'accident survenu le 5 octobre 2012. L'apparition des symptômes trois ans après l'accident faisait également plutôt suspecter une origine dégénérative. Il n'était pas préconisé de traitement chirurgical à ce niveau.

Ces expertises ont été soumises pour appréciation au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de Z.____SA__. Ce praticien a constaté que le rapport d'expertise du Dr T.____ n'était pas compréhensible, ni concluant sur le plan médical, les conclusions n'étant pas motivées, lacunaires et confuses. Plusieurs éléments étaient contradictoires et incohérents et le rapport comportait des erreurs de diagnostics. Quant à celui des Drs Q.____ et S.____, il était concluant. Les troubles

cervicaux n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident (absence de contemporanéité entre les troubles apparus en 2015 et l'accident survenu en 2012 et absence de lésion structurelle du rachis cervical imputable à l'accident).

A la suite de plusieurs échanges entre les parties, Z. ____SA__ a décidé, le 9 juillet 2018, de mettre en œuvre une nouvelle expertise confiée au Dr D. _____. L'assurée a recouru contre cette décision incidente et lors de l'audience qui s'est tenue le 19 mars 2019, les parties ont abouti à une conciliation, lors de laquelle il a été convenu de mettre en œuvre une expertise orthopédique confiée au Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

B. Le Dr F. _____ a rendu son rapport d'expertise le 31 mai 2019. Il a recueilli l'anamnèse et les plaintes lors de la consultation, établi le status, notamment sur le plan orthopédique, procédé à un bilan radiologique puis à une appréciation du cas et posé les diagnostics suivants :

- ankylose douloureuse de l'articulation sus et soustaliennne gauche après fracture/luxation ouverte de la cheville gauche et cal vicieux résiduel du péroné ;
- ankylose douloureuse du Chopart gauche après fracture comminutive intra-articulaire du cuboïde gauche ;
- ankylose douloureuse de l'arrière-pied et du médio-pied gauche, interférant avec l'amplitude du pas à gauche, l'attaque, le déroulement et la phase de propulsion du pas à gauche ;
- ankylose modérément douloureuse du gros orteil gauche après luxation ouverte de la 1^{ère} MTP [métatarso-phalangienne] gauche ;
- ankylose modérée des orteils 2 à 4 gauches ;
- laminectomie et spondylodèse L2-L3 par double abord pour fracture de L3 type Burst ;
- important status cicatriciel de la cheville et du pied gauche avec prise de greffe à la cuisse droite ;

- dilacération de la rate guérie sans séquelle ;
- discectomie et spondylodèse C6-C7 pour hernie discale C6-C7.

Il ressort notamment de l'anamnèse figurant dans le rapport d'expertise du Dr F. _____ que le cas était resté relativement stable jusqu'en mai 2018 où subitement les nuchalgies s'étaient péjorées, avec surtout une irradiation dans le bras gauche et une faiblesse de ce dernier. L'assurée avait consulté le Dr Q. _____ et une IRM [imagerie par résonance magnétique] avait confirmé l'augmentation de la hernie discale C6-C7 connue, avec compression radiculaire gauche massive. Une discectomie par abord antérieur gauche C6-C7 avec mise en place d'une cage avait été pratiquée le 31 août 2018. Le cas a été pris en charge par l'assurance-maladie.

Le Dr F. _____ a en outre apprécié la situation en ces termes :

« **Concernant le rachis**, l'évolution [est] relativement satisfaisante, avec des douleurs qui diminuent mais avec une raideur résiduelle.

Concernant la cheville gauche, l'évolution se fera vers une cheville qui restera ankylosée et douloureuse, gênante à la marche. [...] [...], poursuite de la rééducation par physiothérapie, balnéothérapie, puis en 2017 introduction d'ergothérapie, thérapies qui [améliorent la situation] vis-à-vis des dysesthésies / paresthésies du nerf sural gauche, plus modestement du nerf fémoro-cutané gauche.

Le cas est considéré comme stabilisé à l'été 2018. Poursuite toutefois de l'entretien de la mobilité de [l]a cheville gauche [de l'expertisée] par de la physiothérapie une fois par semaine et une auto-rééducation à domicile.

A noter, en mai 2018, l'apparition d'une cervico-brachialgie gauche subite sur une hernie discale C6-C7, nécessitant une prise en charge chirurgicale le 31 août 2018 avec discectomie et spondylodèse par voie antérieure, d'évolution favorable avec disparition des troubles neurologiques, bonne récupération de la mobilité et importante diminution des douleurs.

[...]

Je ne constate aucun déficit fonctionnel concernant les membres supérieurs.

Concernant les membres inférieurs, je constate une mobilité des hanches sans particularité avec une discrète amyotrophie de la cuisse et du mollet à gauche, deux genoux parfaitement secs et stables des deux côtés, avec une mobilité complète et indolore des deux côtés, des interlignes fémoro-tibial strictement indolores des deux côtés.

Concernant la cheville et le pied gauche, il y a nettement une atteinte de la cheville et du pied gauche, avec un important status cicatriciel à gauche [...], une perturbation de la statique de l'arrière-pied gauche et de l'empreinte podoscopique gauche, une cheville gauche globalement sensible, douloureuse dans la région cicatriciel sous-malléolaire interne et externe, une importante tuméfaction et remaniement cicatriciel de toute la cheville gauche et enfin une fonction nettement diminuée à la fois de la sustalienne et de la soustalienne activement et passivement à gauche. Il y a une douleur à la palpation du médio-pied gauche et une restriction de la mobilité. Au niveau de l'avant-pied à gauche il y a une diminution de la mobilité du gros orteil, particulièrement en flexion/extension et une diminution de l'extension plantaire des orteils 2 à 4 à gauche, essentiellement le 2^{ème} orteil. Il y a une perturbation de la marche [...]. Il y a une amyotrophie de la cuisse gauche, de même que du mollet gauche [...].

Le bilan radiologique du pied et de la cheville à gauche [...] montre une arthrose de la sustalienne et de la soustalienne avec un important cal vicieux du péroné et une arthrose du Chopart, quelques troubles dégénératifs de la base du gros orteil gauche.

Sur le plan fonctionnel, je constate clairement un déficit peu douloureux de la mobilité de la nuque en flexion, un léger déficit de la mobilité pratiquement indolore du rachis lombaire, d'importantes séquelles fonctionnelles de l'arrière-pied et du médio-pied à gauche associées à des troubles de la statique et de la mobilité.

En date de l'expertise, il n'y a plus de traitement chirurgical simple pouvant améliorer la fonction des articulations précitées. Il reste la nécessité d'une prise en charge physiothérapeutique d'entretien de la mobilité de la musculature intrinsèque et extrinsèque de la cheville et du pied gauche et une antalgie à la demande.

Il n'y a plus de traitement particulier pour le rachis lombaire, si ce n'est un auto-entretien de la musculature. Concernant le rachis cervical, il n'y a plus de traitement particulier, le cas est stabilisé. »

En ce qui concernait l'interaction des diagnostics, le Dr F. _____ a retenu ce qui suit :

« En date de l'expertise, il n'y a pas d'équin qui entraîne une attitude en recurvatum du genou gauche. A noter que l'assurée présente un gastrocnémien relativement court à droite, puisque la flexion dorsale de la cheville est à 5° à droite genou tendu.

Au vu de la bonne statique de la spondylodèse et d'une souplesse résiduelle du rachis lombaire, il n'y a pas d'incidence de la

spondylodèse L3 sur le plan de la démarche. Il en est de même pour la spondylodèse C6-C7 qui est en position parfaitement anatomique et physiologique et qui ne restreint que la flexion et modérément l'extension du rachis cervical.

La lacération de la rate a guéri sans séquelle.

Les multiples contusions, le status cicatriciel comprenant la prise de greffe à la cuisse droite n'ont pas d'incidence fonctionnelle. Le préjudice esthétique et moral ne relève pas de l'expert orthopédique LAA.

Les discrets troubles neurologiques sensitifs résiduels n'ont pas d'incidence fonctionnelle. »

Concernant la causalité naturelle, l'expert a écrit ce qui suit :

« La fracture/luxation de la cheville gauche, la fracture du médio-pied gauche, la fracture du gros orteil gauche, la raideur du gros orteil gauche, la raideur des orteils 2 à 4 gauches sont en relation de causalité naturelle hautement probable à certaine avec l'accident survenu le 5 octobre 2012.

[...]

La spondylodèse et la fracture de L3 sont en relation de causalité naturelle hautement probable à certaine avec l'accident survenu le 5 octobre 2012.

[...]

La lacération de la rate qui a guéri sans séquelles est en relation de causalité naturelle hautement probable à certaines avec l'accident survenu le 5 octobre 2018. [...]

Le status cicatriciel du rachis lombaire, de la cuisse droite, de la cheville gauche et du pied gauche sont en relation de causalité naturelle hautement probable à certaine avec l'accident survenu le 5 octobre 2012.

[...]

La spondylodèse C6-C7 n'est de relation de causalité naturelle que possible avec l'accident survenu le 5 octobre 2012. [...] »

S'agissant de l'étiologie de la hernie discale C6-C7, et à la suite d'une discussion étayée, le Dr F. _____ a notamment conclu en ces termes :

« En résumé et en conclusion, de façon probable à hautement probable, je retiendrais un diagnostic d'entorse cervicale, au vu du mécanisme lésionnel et de la cinétique de l'accident, de l'absence

de lésion visualisée sur l'intégralité du bilan radiologique cervical d'octobre 2012, de l'absence de plaintes ou de douleurs cervicales dans l'intégralité des documents à disposition à part celle mise en évidence, après recherches, dans l'audition des faits de la gendarmerie du 15 octobre 2012. L'absence complète de notion de cervicalgies ou de fracture cervicale dans l'intégralité des documents médicaux à disposition avant l'IRM cervicale du 19 novembre 2015, le niveau lésionnel, l'âge et le sexe, des lésions dégénératives du niveau C6-C7 mis en évidence en 2015, me font dire que sur le plan de la causalité naturelle qui régit la LAA, la causalité naturelle n'est que possible avec l'événement du 5 octobre 2012. »

Pour aucun des diagnostics, le statu quo ante vel sine n'était atteint. L'expert a précisé que l'ankylose de la cheville gauche allait évoluer et nécessiterait probablement une prise en charge chirurgicale par prothèse totale de cheville gauche ou arthrodeuse et que concernant le gros orteil gauche, une arthrose risquait de se développer, entraînant une raideur de la dorsiflexion et une gêne au passage du pas. Cette évolution était toutefois peu probable mais non exclue.

En ce qui concernait la capacité de travail, elle était définitivement nulle dans toute activité debout, ou seulement occasionnellement assise. Vis-à-vis de la cheville gauche et du pied gauche, seule une activité essentiellement assise, avec déplacements occasionnels et port de charge occasionnel d'un maximum de 5 kilos devait être envisagée. Une activité de bureau était donc idéale. Dans ce type d'activité, la capacité de travail était de 70% en raison de la gêne au déplacement et de la nécessité de se lever occasionnellement pour mobiliser le rachis lombaire. La capacité de 70% dans l'activité ne tenait pas compte de la problématique cervicale qui n'était pas en relation avec l'accident survenu le 5 octobre 2012. La capacité de travail était donc définitivement nulle dans l'ancienne activité de serveuse en restauration.

A la question de savoir si un traitement économique et adéquat susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident entrainé en ligne de compte, le Dr F. _____ a répondu ce qui suit :

« [Un] traitement médical comprenant anti-inflammatoires, anti-douleurs, physiothérapie et une auto-rééducation permettront de

maintenir la mobilité articulaire de l'arrière-pied gauche, du médio-pied gauche et de l'avant-pied gauche.

Un chaussage adapté comprenant un lit plantaire intégré et une barre de déroulement, pour un meilleur maintien de la cheville lors de la marche. Ce moyen ne permettra toutefois pas d'augmenter la fonction de la cheville gauche et du pied gauche et par la même la capacité de travail. Il faut toutefois relever que ce chaussage entraîne une importante restriction dans le choix du chaussage.

A terme, lorsque l'ankylose douloureuse de l'arrière-pied gauche sera trop importante, une prothèse partielle versus arthrodèse devra être envisagée.

Concernant le rachis, ponctuellement, de la physiothérapie et des anti-inflammatoires pourront être nécessaires. En cas d'apparition de discopathies sous et sus-jacentes dues à l'enraidissement du segment arthrodèse, évolution probable mais non exclue, et en cas d'échec de traitements conservateurs, un complément de spondylodèse pourrait être envisagé.

Enfin, concernant la luxation ouverte du gros orteil gauche, en cas d'évolution vers une arthrose invalidante, une arthrodèse pourrait être envisagée, mais avec prudence au vu de la raideur déjà présente de l'arrière-pied et du médio-pied gauche. »

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), l'expert a mentionné ce qui suit :

« Concernant le rachis, il s'agit d'une spondylodèse L2-L3 avec des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées aux efforts, soit environ deux croix, ceci correspondant à une AIC [atteinte à l'intégrité corporelle] entre 5 % et 10%. Si l'on tient compte des déficits sensitifs liés à la lombotomie, je fixerais cette valeur à 10%.

Concernant l'atteinte de la cheville gauche et du médio-pied gauche et de l'avant-pied gauche, je retiendrais une arthrose moyenne de la sustalienne, soit 15% selon les tables LAA, associée à une arthrose débutante du Chopart. L'arthrose moyenne du Chopart est considérée de 5 % à 10%, je retiendrais 5 % pour l'arthrose actuelle du Chopart, soit une AIC totale de 20% pour le pied gauche.

En date de l'expertise, la seule restriction du gros orteil en dorsiflexion ne justifie pas une AIC. En cas d'évolution vers une arthrose de la 1^{ère} MP [métatarso-phalangienne], soit de la base du gros orteil, l'arthrodèse, rend une articulation bloquée, mais indolente. L'AIC correspondant à une arthrodèse de la base du gros orteil est nulle. Je rappelle que la perte totale du gros orteil, soit l'amputation au niveau de la MP, correspond à une AIC de 5%

L'AIC totale correspond donc à 20% pour la cheville gauche et le pied gauche et à 10% pour le rachis, soit une AIC totale de 30%. Concernant la dégradation future de la cheville gauche, je rappellerais qu'une arthroplastie avec bons résultats de la fonction

de la sustalienne correspond à une AIC de 10% à 15%. Concernant l'état cicatriciel qui n'entraîne pas de gêne fonctionnelle, je rappellerais que le préjudice esthétique ne relève pas de l'expert orthopédique en LAA. La gêne ou l'impossibilité de pratiquer des activités sportives ne relève également pas de l'expert orthopédique en LAA. »

Afin de procéder au calcul de la rente d'invalidité, Z.____SA____ a interpellé, le 20 juin 2019, l'ex-employeur de l'assurée s'agissant du salaire que cette dernière aurait pu réaliser sans l'accident survenu le 5 octobre 2012. V._____ a ainsi répondu ce qui suit :

« Sans accident, J._____ aurait perçu de son ancien employeur les revenus annuels suivants à 100%, y compris 13ème salaire :

- 2013 : CHF 50'700.-, soit CHF 3'900.- par mois versé 13 fois
- 2014 : CHF 51'220.-, soit CHF 3'940.- par mois versé 13 fois
- 2015 : CHF 51'740.-, soit CHF 3'980.- par mois versé 13 fois
- 2016 : CHF 52'250.-, soit CHF 4'020.- par mois versé 13 fois
- 2017 : CHF 52'780.-, soit CHF 4'060.- par mois versé 13 fois
- 2018 : CHF 53'300.-, soit CHF 4'100.- par mois versé 13 fois
- 2019 : CHF 53'300.-, soit CHF 4'100.- par mois versé 13 fois »

Le 8 août 2019, le Dr F._____ a répondu aux questions complémentaires de Z.____SA____ et de l'assurée. En substance, l'expert a confirmé les termes et conclusions de son rapport d'expertise du 31 mai 2019.

Par décision du 14 novembre 2019, Z.____SA____ a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2019 ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement à la même date, sous réserve de l'art. 21 LAA. Elle a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité transitoire de 1'243 fr. 65 basée sur un taux de 35% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%. Selon les conclusions de l'expert F._____, il n'y avait plus de traitement médical susceptible d'influencer la capacité de travail, si bien qu'un tel traitement était à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Le 28 novembre 2019, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée. Elle a conclu au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux (sous réserve de l'art. 21 LAA)

jusqu'au 31 mars 2020 ; à l'octroi d'une rente d'invalidité transitoire de 1'674 fr. 40 basée sur un taux de 42% dès le 1^{er} juin 2020 ; à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50% et d'une indemnité de dépens pour la procédure d'opposition. En substance, l'assurée n'a pas contesté la capacité de travail résiduelle de 70 % dans une activité adaptée retenue par l'expert F._____, ceci uniquement pour les atteintes à la cheville/pied gauche et au rachis lombaire et sans tenir compte des atteintes au rachis cervical, pour lesquelles le lien de causalité avec l'accident n'était que plausible. Elle a soutenu que son gain assuré s'élevait à 59'800 fr., le revenu d'invalidé de 34'696 fr. 25 n'étant pas contesté, ce qui équivalait à un taux d'invalidité de 42%. Le début du droit à la rente devait être fixé au 1^{er} avril 2020, car il y avait lieu de tenir compte d'un délai d'adaptation de 5 mois pour trouver un emploi adapté. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 50%, ce pour tenir compte de l'aggravation prévisible tant au niveau de la cheville que du rachis. Quant aux frais de traitement, ils devaient être pris en charge pour maintenir sa capacité résiduelle de gain et/ou empêcher de notables détérioration de l'état de santé.

Par décision sur opposition du 6 mai 2020, l'instance compétente de Z.____SA__ a rejeté l'opposition de l'assurée.

C. Le 28 mai 2020, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, en concluant (1) au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux jusqu'au 31 mai 2020, ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge du traitement médical, comprenant anti-inflammatoires, antidouleurs, physiothérapie, auto-rééducation et chaussage adapté ; (2) au versement d'une rente d'invalidité mensuelle transitoire de 1'674 fr. 40 par mois basée sur un taux de 42% dès le 1^{er} juin 2020 ; (3) à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50% ; (4) ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité de dépens de 1'500 fr. pour la procédure d'opposition.

Par réponse du 1^{er} juillet 2020, Z.____SA__ a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 2 septembre 2020, la recourante s'est plainte des accusations portées par l'intimée quant à son comportement procédurier qu'elle a jugé infondées ainsi que de la violation de son droit d'être entendue. Elle a soutenu que la jurisprudence visant à accorder un délai approprié lors de la suppression d'indemnités journalières maladie serait applicable en assurance-accidents et que les conditions de l'art. 19 al. 1 LAA n'étaient pas remplies dans la mesure où si l'état médical était certes stabilisé, les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité n'avaient pas été menées à terme. Quant au traitement médical, elle a rappelé que la médication et la physiothérapie étaient des traitements dont l'assurée pouvait avoir durablement besoin pour maintenir sa capacité de gain. Si les autres traitements n'étaient pas nécessaires actuellement, ils devraient être envisagés ultérieurement compte tenu de l'aggravation probable des différents articulations atteintes et devraient être pris en charge en application de l'art. 21 al. 1 let b LAA et 11 OLAA. Le chaussage adapté était un moyen auxiliaire destiné à faciliter la marche (art. 11 LAA). Finalement, elle a précisé avoir repris une activité professionnelle le 1^{er} mai 2020. Pour le surplus, la recourante a maintenu ses allégations concernant le gain assuré, le degré d'invalidité, le calcul de la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

En duplique du 24 septembre 2020, Z.____SA__ a maintenu ses conclusions.

Par déterminations du 28 octobre 2020, la recourante a invoqué la cohérence du système de sécurité sociale entre l'assuré soumis à la LAA et les autres assurés en ce qui concernait le délai d'adaptation. Elle a précisé qu'elle avait repris une activité professionnelle de déléguée commerciale depuis le 1^{er} mai 2020 pour un salaire brut moyen de 914 fr. 45 pour un temps de travail d'environ 49 heures par mois. En ce qui concernait l'IPAI, elle a maintenu sa requête tendant à obtenir des renseignements médicaux complémentaires.

Z.____SA__ a maintenu sa position le 10 novembre 2020.

Par déterminations spontanées du 25 novembre 2020, la recourante a réitéré sa conclusion tendant à l'octroi de dépens indépendamment du sort de la cause en raison de la témérité de la partie intimée, soutenant qu'elle ferait valoir des arguments contraires dans ses écritures dans la mesure où après avoir argué du fait que la recourante n'avait pas repris d'activité, elle constatait ensuite que celle-ci était irrelevante dès lors qu'elle ne contesterait pas le revenu d'invalidé.

Le 5 mai 2021, la recourante a modifié ses conclusions 4 à 6 comme il suit :

- « 4. Z.____SA__ est tenue de prendre en charge le traitement médical décrit en p. 33 du rapport d'expertise du Dr F.____ du 31 mai 2019.
- 5. Z.____SA__ est tenue de prendre en charge le devis de FBG11 Centre Orthopédique [...] SA du 6 janvier 2021, d'un montant de Fr. 850.15.
- 6. Z.____SA__ est tenue de verser à la recourante une indemnité de dépens de Fr. 1'500.- pour la procédure d'opposition. »

Le 20 mai 2021, Z.____SA__ a soutenu que les chaussures orthopédiques ou supports plantaires ne sauraient être en l'état pris en charge. En effet, l'expert F.____ avait retenu que s'agissant du pied gauche, les supports plantaires devraient être envisagés d'ici dix à vingt ans, à raison d'une à deux paires par année.

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) Préalablement, la recourante invoque la violation de son droit d'être entendue en soutenant que l'intimée n'a pas examiné les arguments développés dans ses écritures et en particulier dans son opposition, notamment en ce qui concernait le calcul du gain assuré et du revenu sans invalidité, le début du droit à la rente et l'IPAI.

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; et les références citées).

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V

557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Dans sa décision sur opposition, la caisse intimée a motivé les motifs sur lesquels elle a fondé sa décision en ce qui concernait notamment le revenu sans invalidité, le gain assuré, le calcul de la rente, le début de la rente, les frais médicaux, l'indemnité journalière et l'IPAI. Elle n'a pas omis de se prononcer sur les allégués de la recourante qui présentaient une certaine pertinence et a permis à l'assurée d'attaquer la décision en connaissance de cause. L'intimée n'avait pas l'obligation de discuter tous les arguments invoqués par la recourante. On ne voit dès lors pas en quoi l'intimée aurait violé le droit d'être entendue de la recourante. Il en va de même des écritures de l'intimée ultérieure au recours. Le fait que celle-ci développe sa motivation ou revienne sur certaines affirmations au vu des arguments de la partie recourante ne constitue ni une violation du droit d'être entendu ni un procédé téméraire justifiant l'octroi de dépens. Partant, les conclusions de la recourante, visant à l'octroi de dépens pour violation du droit d'être entendu ou pour témérité, nonobstant l'issue de la procédure, sont rejetées.

3. a) Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du chiffre 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification, les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies

professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 citées).

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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

4. a) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (1^{ère} phrase); le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (2^e phrase). La « naissance du droit à la rente » correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à un droit à la rente, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente (Thomas Flückiger, *in* Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Bâle 2019, n° 7 *ad* art. 19 LAA, avec référence à l'ATF 143 V 148 consid. 5.3.1). Il résulte ainsi de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.2).

A côté des rentes permanentes, il est possible d'allouer une rente transitoire. Celle-ci permet à l'assureur-accidents, lorsqu'il n'est pas encore en mesure de fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, parce que l'assurance-invalidité n'a pas encore pris de décision concernant la réadaptation, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre le résultat d'une éventuelle réadaptation (art. 19 al. 3 LAA et 30 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

b) 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).

c) 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_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

f/aa) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle

le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

5. 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, 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'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). 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, première phrase, LAA).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. 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, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

6. Sont litigieuses en l'espèce les questions du versement, par Z.____SA__, d'indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical postérieurement au 31 octobre 2019 ; du degré d'invalidité ; de la prise en charge des frais médicaux après la fixation de la rente et du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

7. a) Par décision du 14 novembre 2019, confirmée par décision sur opposition du 6 mai 2020, la partie intimée a mis un terme à la prise en charge des indemnités journalières et des frais de traitement avec effet au 31 octobre 2019 et alloué à la recourante une rente d'invalidité transitoire dès le 1^{er} novembre 2019. Celle-ci conclut notamment au versement des indemnités journalières et prise en charge des frais médicaux jusqu'au 31 mai 2020, mais avec la poursuite de la prise en charge d'un traitement médical comprenant anti-inflammatoires, antidouleurs, physiothérapie, auto-rééducation et chaussage adapté au-delà de cette date.

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, 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). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1 ; TFA U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 ; U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3; 133 V 57 consid. 6.6.2; 128 V 169 consid, 1 ; 116 V 44 consid. 2c). 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 le traitement médical et les indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

b) En l'espèce, le rapport d'expertise du Dr F. _____ du 31 mai 2019 et ses compléments du 8 août 2019 sont fondés sur un examen complet des rapports médicaux, y compris radiologiques, sur un examen clinique, prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante et sont établis en pleine connaissance de l'anamnèse qui a été dûment recueillie. En outre, la description des atteintes médicales et leur interaction sont claires et les conclusions de l'expert sont motivées. Cette expertise a au surplus été mise en œuvre d'entente entre les parties et en application de l'art. 44 LPGA, à savoir avec une pleine participation et droit d'être entendu de la recourante qui a par ailleurs pu faire valoir des remarques et observations à son encontre. Aucun indice concret ou rapport médical ultérieur ne permet de douter du bien-fondé de l'expertise et de ses compléments, si bien qu'ils remplissent l'ensemble des réquisits jurisprudentiels permettant de leur accorder pleine valeur probante. La capacité de travail de l'assurée de 70 % dans une activité adaptée n'est au demeurant pas contestée.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé de la recourante, le cas a été considéré comme stabilisé, selon l'expert, en été 2018. La stabilisation de l'état de santé n'est pas non plus contestée par la recourante, qui soutient toutefois qu'il appartiendrait à l'assureur-accidents, en application d'une jurisprudence constante, d'accorder à l'assurée un délai de 3 à 5 mois pour changer de profession, délai prolongé de deux mois supplémentaires pour tenir compte des circonstances particulières liées au Covid-19, à savoir jusqu'au 1^{er} juin 2020.

En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (art. 6, 2^e phrase, LPGA ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n.

213). A cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier ; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 ; 114 V 281 consid. 5b *in fine*).

Le Tribunal fédéral a toutefois retenu que cette jurisprudence développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes, pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit dans l'assurance-accidents à l'art. 19 LAA (Margit Moser-Szeless, *in Dupont/Moser-Szeless* [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 38 ad art. 6 LPG). Autrement dit, dès lors que l'état de santé de l'assuré est stabilisé, au sens de l'art. 19 al. 1, 1^{ère} 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. L'assureur-accidents doit 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).

Il s'ensuit que c'est à bon droit que Z.____SA__ a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2019, début du droit à la rente d'invalidité provisoire, ce qui a en outre largement permis à l'assurée de s'adapter aux nouvelles circonstances depuis la stabilisation de son état de santé en été 2018, voire depuis l'expertise du Dr F._____ en mai 2019.

8. a) Par déterminations du 2 septembre 2020, la recourante a allégué que la médication et la physiothérapie préconisées par l'expert F._____ étaient typiquement des traitements médicaux dont l'assurée pouvait avoir durablement besoin pour pouvoir maintenir sa capacité de gain selon l'art. 21 let. c LAA. Elle a également souligné que les autres traitements décrits n'étaient pas nécessaires en l'état, mais qu'ils devraient être envisagés ultérieurement, compte tenu de l'aggravation probable des différentes articulations atteintes et, par conséquent, pris en charge en application des art. 21 al. 1 let. b LAA et 11 OLAA. Quant au chaussage adapté, s'il ne constituait pas un traitement médical à proprement parler, il s'agissait tout de même d'un moyen auxiliaire destiné à faciliter la marche (art. 11 LAA) et, à terme, à éviter une dégradation de son état de santé.

Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3), le moment déterminant étant lorsque l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé, ce qui est le cas, pour l'assurée, en été 2018. Tous les médecins consultés ont par ailleurs considéré qu'il n'existait pas, pour les différentes atteintes, de mesures médicales de nature à améliorer notablement l'état de santé ou qui empêcherait que celui-ci ne subisse une notable détérioration. La recourante se prévaut essentiellement de l'art. 21 LAA pour justifier la prise en charge de ses traitement médicaux après la fixation de la rente. On peut toutefois se demander si cette question litigieuse peut faire l'objet de la présente procédure dans la mesure où le droit éventuel à un traitement médical au sens de l'art. 21 LAA ne peut être examiné que lorsque la rente a été fixée, soit lorsque la décision d'octroi de la rente d'invalidité est entrée en force ; à défaut le droit éventuel à un traitement médical doit être examiné non pas au regard des conditions énoncées à l'art. 21 al. 1 LAA, mais à la lumière de celles prévues par l'art. 10 al. 1 LAA (TFA U 252/01 du 17 juin 2002 consid. 2a) ; ceci d'autant plus que la décision litigieuse réserve expressément l'application de l'art. 21 LAA. Compte tenu des questions soumises au Dr F._____ et par économie de

procédure, il convient toutefois d'examiner en l'occurrence si des mesures médicales sont de nature à améliorer ou à récupérer la capacité de gain de la recourante après la fixation de la rente.

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

- a) en cas de maladie professionnelle ;
- b) en cas de *rechute* ou de *séquelles tardives*. Il faut alors que les mesures médicales soient propres à améliorer de manière notable la capacité de gain ou à empêcher une diminution notable de celle-ci. 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. La réapparition de douleurs prévisibles et occasionnées par un état stabilisé n'est pas une rechute. 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 ;
- c) lorsque l'assuré a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ;
- d) lorsque l'assuré 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. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité totale de gain (cf. également Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, nn. 211 et 212 p. 910).

Pour ce qui concerne la période postérieure à la fixation de la rente, l'art. 21 al. 1 let. a (maladie professionnelle) et let. b (rechute ou séquelles tardives) LAA n'entrent pas en considération en l'occurrence. L'art. 21 al. 1 let. d n'entre également pas en considération puisque cette disposition vise les bénéficiaires de rentes entièrement invalides, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 140 V 130 consid. 2.3). Quant à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain. L'expert F. _____ a relevé qu'à la date de l'expertise au mois de mai 2019, il n'y avait plus de traitement chirurgical simple pouvant améliorer la fonction des articulations ; il restait la nécessité d'une prise en charge physiothérapeutique d'entretien de la mobilité de la musculature intrinsèque et extrinsèque de la cheville et du pied gauche et une antalgie à la demande. Il n'y avait plus de traitement particulier pour le rachis lombaire, si ce n'était un auto-entretien de la musculature. Concernant le rachis cervical, il n'y avait plus de traitement particulier, le cas étant stabilisé.

b) A la question de savoir si un traitement économique et adéquat était susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident, le Dr F. _____, pour les différents diagnostics retenus, a indiqué des probabilités quant à d'éventuelles mesures thérapeutiques ou prises en charge chirurgicales, mais n'a pas mentionné que l'assurée aurait besoin de manière durable d'un traitement médical après la fixation de la rente pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Ces considérations rejoignent les appréciations de l'expert Q. _____ et du Dr H. _____. Ainsi, il n'y a désormais plus de traitement médical nécessaire à la conservation de la capacité de gain, étant relevé que les mesures préconisées par le Dr F. _____ permettent pour l'essentiel de soulager momentanément une symptomatologie occasionnée par un état de santé demeuré par ailleurs stabilisé, ce qui suffit pour nier le droit à la prise en charge du traitement après la fixation de la rente. En ce qui concerne un chaussage adapté, l'expert F. _____ a retenu que s'agissant du pied

gauche, des supports plantaires devraient être envisagés d'ici dix à vingt ans, à raison d'une à deux paires par année. De tels supports plantaires ne sauraient donc en l'état être pris en charge par l'intimée.

Ainsi, aucune mesure médicale n'est de nature à améliorer notablement l'état de santé de l'assurée ou n'est de nature à empêcher qu'elle ne subisse une notable détérioration. Il apparaît, par conséquent, qu'il n'y a pas lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assurée, étant précisé que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité n'ont pas encore été menées à terme, ce qui justifie l'octroi d'une rente d'invalidité transitoire. L'assurée ne saurait dès lors, après fixation de la rente, se voir reconnaître un droit aux prestations pour soins et remboursement de frais, si bien que le traitement médical requis par la recourante doit être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, sous réserve d'une rechute éventuelle (ATF 140 V 130 consid. 2.2).

Il s'ensuit que c'est à bon droit que Z.____SA__ a mis un terme à la prise en charge du traitement médical avec effet au 31 octobre 2019.

La recourante indique par ailleurs qu'elle a repris, depuis le 1^{er} mai 2020, une activité professionnelle en qualité de déléguée commerciale, pour un temps de travail d'environ 49 heures par mois et pour un salaire mensuel brut moyen de 914 fr. 45. Elle utiliserait ainsi sa capacité résiduelle de travail de 50%. Outre le fait que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée pour les seuls troubles en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu le 5 octobre 2012 est de 70%, aucun rapport médical n'atteste que cette activité nécessiterait par hypothèse le maintien de mesures médicales pour préserver sa capacité résiduelle de gain.

9. Par décision du 14 novembre 2019, confirmée par décision sur opposition du 6 mai 2020, Z.____SA__ a alloué à l'assurée une rente d'invalidité transitoire de 1'243 fr. 65 basée sur un taux de 35%. La

recourante conclut au versement d'une rente provisoire d'invalidité de 1'674 fr. 40 fondée sur un taux d'invalidité de 42%. Elle ne conteste pas le salaire d'invalidé de 34'696 fr. 25. Elle conteste en revanche le gain assuré qui s'élèverait à 59'800 fr. au regard d'une déclaration de l'ancien employeur du 26 mars 2015, à teneur de laquelle il augmentait de 100 fr. par année les employés qui travaillaient pour lui au restaurant dans le cas où ceux-ci lui donnaient entière satisfaction, ce qui avait été le cas avec la recourante pendant la période où elle avait travaillé pour lui.

Les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou de plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. Si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (art. 22 al. 4 OLAA). La jurisprudence du Tribunal fédéral retient ainsi, dans la mesure où ils tiennent mieux compte des différentes catégories d'activité, que les statistiques salariales, les salaires fixés par la convention collective de travail applicable, sont mieux à même de respecter le principe selon lequel le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. En principe, les données concrètes recueillies auprès de l'ancien employeur sur le revenu hypothétique sans invalidité au moment déterminant prennent le pas sur l'indexation de salaire antérieure (TF 8C_61/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.4).

A teneur de la convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés, du 1^{er} janvier 2017, les salaires minimums bruts pour les collaborateurs à plein temps qui ont atteint l'âge de 18 ans révolus sont classés en fonction de la formation des collaborateurs. Pour les collaborateurs sans apprentissage (ce qui est le cas de l'assurée), dès le 1^{er} janvier 2017, le salaire mensuel brut minimum s'élève à 3'417 francs. Pour les collaborateurs sans apprentissage mais ayant achevé avec succès une formation, le salaire mensuel brut minimum s'élève à 3'618 francs. Du 1^{er} janvier 2005 (3'150 fr.) au 31 décembre 2020 (3'417 fr.), le salaire mensuel brut minimum a progressé de 267 fr., à savoir en moyenne de 17.fr. 80 par année. Du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre

2020, le salaire mensuel brut minimum a progressé de 3'400 fr. à 3'417 fr., à savoir de 17 fr. sur une période de 8 ans, soit 2 fr. 10 par année.

La recourante a été engagée le 1^{er} juin 2012 en qualité de serveuse et l'accident est survenu le 5 octobre 2012. On ignore en l'occurrence si elle aurait continué à « donner entière satisfaction ». En effet, depuis la date de son engagement le 1^{er} juin 2012 jusqu'à la date de résiliation de son contrat de travail avec effet au 31 août 2013, la recourante a perçu un salaire mensuel brut de 3'900 fr. sur toute la période, ce qui démontre qu'elle n'a jamais bénéficié d'une augmentation de 100 fr. par année, alors même que son contrat de travail a duré plus d'un an.

Afin de procéder au calcul de la rente d'invalidité, l'intimée a interpellé l'ancien employeur de la recourante s'agissant du salaire que cette dernière aurait pu réaliser sans l'accident survenu le 5 octobre 2012. Il résulte de la réponse de l'ex-employeur du mois de juin 2019 que sans accident, la recourante aurait perçu, en 2019, le revenu mensuel de 4'100 fr. versé 13 fois, soit un revenu annuel brut de 53'300 fr., montant retenu par l'intimée au titre de revenu sans invalidité. Seule l'attestation du mois de juin 2019, à teneur de laquelle l'assurée aurait perçu des augmentations de 40 fr. par année de 2013 à 2018, comprend des données concrètes au moment déterminant (soit d'octobre 2018 à octobre 2019) conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 126 V 9 consid. 2b). L'augmentation de 40 fr. par année prise en compte par Z.____SA__ est d'ailleurs supérieure aux augmentations de salaire prévues par la convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés. Il apparaît ainsi que l'augmentation de salaire de 40 fr. telle que prise en compte par l'intimée sur la base de la déclaration concrète de l'ancien employeur au moment déterminant est conforme au droit.

La recourante, qui se fonde également sur un courrier de V._____ du 29 juillet 2020, soutient, quant à la divergence entre les réponses de l'ex-employeur en 2015 et en 2019, que celui-ci ayant mis fin à son exploitation depuis plusieurs années, il aurait probablement oublié le

contenu de son attestation du 26 mars 2015 et que l'intimée aurait dû interroger l'ex-employeur pour lever cette contradiction. Dûment interrogé par le conseil de la recourante, celui-ci a toutefois indiqué que « [s]es autres employés [avaient] reçu une augmentation d'environ 1% » et a déclaré ne pas avoir augmenté ses employés en 2013, étant précisé qu'il avait cessé l'exploitation de son restaurant le 31 décembre 2015. L'ancien employeur a ainsi déclaré ne pas pouvoir confirmer qu'il aurait augmenté le salaire de l'assurée chaque année de 100 fr. par mois, mais a indiqué que le salaire de la recourante aurait évolué au minimum de 1% par année et éventuellement de 100 fr. par mois.

Selon la vraisemblance prépondérante, on peut dès lors retenir au titre de revenu sans invalidité un montant annuel brut de 53'300 francs. Le revenu avec invalidité de 34'696 fr. 25 n'étant pas contesté par la recourante, le calcul de la rente d'invalidité au 31 octobre 2018, aboutissant au taux d'invalidité exprimé en pourcent, est le suivant : $(53'300 \text{ fr. [revenu sans invalidité]} - 34'696 \text{ fr. 25 [revenu avec invalidité]} / 53'300 \text{ fr. [revenu sans invalidité]}) \times 100 = 35\%$. L'assurée a ainsi droit au versement d'une rente transitoire fondée sur un taux d'invalidité de 35%, ce qui correspond à une rente mensuelle de 1'243 fr. 65.

La recourante soutient également qu'il conviendrait de tenir compte de la naissance de son enfant en 2014, ce qui lui aurait donné droit à une allocation familiale de 245 fr. par mois, en application de l'art. 2 al. 1 de la loi du 26 septembre 1990 sur les allocations familiales du Canton de [...], puisque l'employeur avait son établissement dans ce canton. Ce montant devrait ainsi être rajouté au salaire sans invalidité en application de l'art. 22 al. 2 lit. b OLAA.

L'art. 22 al. 2 lit. b OLAA prévoit qu'est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, compte tenu des dérogations suivantes, à savoir que font également partie du gain assuré les allocations familiales qui, au titre d'allocation pour enfants, d'allocation formation ou d'allocation de ménage, sont versées conformément aux usages locaux ou professionnels. Toutefois, lorsque le droit à la rente naît

plus de 5 ans après l'accident, comme en l'espèce, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente (soit du 31 octobre 2018 au 31 octobre 2019), s'il n'avait pas été victime de l'accident, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle (art. 24 al. 2 OLAA). L'art. 24 al. 2 OLAA n'a en revanche pas pour objectif de prendre en compte d'autres changements intervenus dans les conditions de revenus après l'accident ou qui auraient pu se produire si celui-ci n'avait pas eu lieu ; le rapport de travail qui existait au moment de l'événement accidentel assuré reste déterminant pour fixer le gain assuré avec pour conséquence qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération des allocations pour enfant dont le droit naît après la survenance du cas d'assurance (ATF 127 V p. 165 consid. 3 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 186, p. 964).

En l'espèce, l'accident est survenu le 5 octobre 2012 et l'enfant est né en 2014. Partant, il n'y a pas lieu de prendre en compte, dans le revenu sans invalidité, les allocations familiales qu'aurait perçues la recourante depuis 2014.

10. La recourante conteste le degré de l'atteinte à l'intégrité de 30% tel que retenu par Z.____SA__ et conclut à ce qu'il soit fixé à 50%. Elle rappelle que le taux global de 50 % est justifié par 20 % pour l'état actuel de la cheville, 15 % pour l'aggravation prévisible, 10 % pour l'état actuel du rachis, 5 % pour l'aggravation prévisible. Elle ajoute que si le Tribunal ne devait pas retenir ces montants, il lui appartiendrait de solliciter des renseignements médicaux complémentaires.

Une révision du droit à l'indemnité n'est possible qu'exceptionnellement, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA) (RAMA 1998 n° U 320 consid. 3b).

Il est tout d'abord rappelé que la spondylodèse C6-C7 n'est pas en relation de causalité naturelle sous l'angle de la vraisemblance

prépondérante avec l'accident survenu le 5 octobre 2012. En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité des seules troubles en relation de causalité avec l'accident, l'expert retient, concernant le rachis, qu'il s'agit d'une spondylodèse L2-L3 avec des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées aux efforts, ce qui correspond à une atteinte à l'intégrité comprise entre 5% et 10%. Si l'on tient compte des déficits sensitifs liés à la lombotomie, l'expert F._____ fixe la valeur à 10%. Concernant l'atteinte à la cheville gauche, du médio-pied gauche et de l'avant-pied gauche, il retient une arthrose moyenne de la sustalienne, soit 15% selon les tables LAA, associée à une arthrose débutante du chopart. L'arthrose moyenne du chopart est considérée de 5% à 10%. Il retient 5% pour l'arthrose du chopart, soit une atteinte à l'intégrité de 20% pour le pied gauche. L'atteinte à l'intégrité totale correspond donc à 20% pour la cheville gauche et le pied gauche et à 10% pour le rachis, soit un total de 30%. Concernant la dégradation future de la cheville gauche, une arthroplastie avec des bons résultats de la fonction de la sus-talienne correspond à une atteinte à l'intégrité de 10% à 15%. Il apparaît ainsi que l'expert a d'ores et déjà tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité, et qu'une éventuelle dégradation future de la cheville gauche n'est pas établie.

La recourante soutient que l'atteinte à l'intégrité pour la cheville, pied et avant-pied gauche devrait s'élever à 35%. Or le taux de 40% correspond à celui attribué à la perte totale d'une jambe au niveau du genou selon l'annexe 3 de l'OLAA. A l'instar de l'intimée, il faut constater que la situation de la recourante est notablement plus favorable qu'une telle amputation et ne justifie en aucun cas un taux de 35%. Selon la recourante, cette appréciation ne tiendrait pas compte de l'aggravation prévisible de la cheville débouchant sur une arthroplastie, laquelle consiste à poser une prothèse comme en cas d'amputation. Or, à teneur de l'annexe 3 à l'OLAA, la perte d'un pied correspond à une atteinte à l'intégrité de 30% et il est constant qu'une arthroplastie, soit la pose d'une prothèse, est autrement plus favorable que la perte totale d'un pied. Il en est de même du rachis pour lequel l'expert a déjà retenu le taux le plus élevé (10%) au regard des tables de la Caisse nationale suisse

d'assurance en cas d'accidents. En particulier en ce qui concerne le rachis lombaire, l'expert mentionne qu'une aggravation est possible comme toujours lors d'un enraidissement d'un segment du rachis qui entraîne une majoration des contraintes discales dans les zones sus et sous-jacente. L'expert ne retient toutefois pas qu'une telle aggravation serait probable ou certaine. Il apparaît ainsi que l'expert a d'ores et déjà tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité et qu'une éventuelle dégradation future de la cheville gauche et du rachis n'est pas établie sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Au demeurant, la recourante n'apporte aucun élément de fait probant, de nature médicale, propre à contester les conclusions de l'expert. Partant, c'est à juste titre que Z.____SA__ a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un degré d'atteinte de 30%.

11. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 6 mai 2020 par Z.____SA__ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alain Ribordy (pour la recourante),
- Me Michel D'Alessandri (pour l'intimée),
- 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 :