

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/187/2019

ATAS/1198/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 décembre 2020**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par  
l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE, Teresa SOARES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1975, séparée, d'origine algérienne mais ayant acquis la nationalité suisse en 2015, a travaillé en qualité d'agent d'exploitation auprès de la succursale genevoise de la compagnie aérienne B\_\_\_\_\_. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).
2. Par l'intermédiaire de son employeur, l'assurée a annoncé à la CNA que, le 4 octobre 2014, elle était tombée dans les escaliers en sortant de son domicile.
3. Du 4 au 6 octobre 2014, l'assurée a séjourné aux HUG, où une fracture de la cheville droite tri-malléolaire (type Weber C) lui a été diagnostiquée. L'assurée a ensuite été transférée à la Clinique de la Colline, où elle a été opérée à deux reprises, les 7 et 14 octobre 2014, par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, pour une fracture du pilon tibial droit (mise en place d'un fixateur externe, puis ostéosynthèse du pilon tibial). L'assurée a regagné son domicile le 11 octobre 2014.
4. Le 8 octobre 2014, la Bâloise assurance a informé la CNA que, depuis le 1<sup>er</sup> août 2014, l'assurée était déjà en incapacité de travail à 50%, pour cause de maladie.
5. À l'occasion d'un entretien avec un collaborateur de la CNA, le 28 octobre 2014, l'assurée a précisé qu'alors qu'elle avait quitté son appartement (situé au 9<sup>ème</sup> étage) et empruntait les escaliers pour se rendre au rez-de chaussée de son immeuble, elle avait raté une marche entre le 9<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> étage, avait chuté en avant et s'était fracturée la cheville droite. Son mari l'avait conduite aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). S'agissant de ses antécédents médicaux, l'assurée a fait état d'une dépression en cours, pour laquelle elle était soignée par la doctresse D\_\_\_\_\_ et prenait un traitement (Cipralax).
6. Dans un bref rapport adressé à la CNA et daté du 28 octobre 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, du département de chirurgie des HUG, a confirmé que l'assurée avait souffert d'une torsion de la cheville droite en chutant dans les escaliers. Il avait constaté une tuméfaction importante de la cheville droite et une douleur à la palpation. Un arrêt de travail à 100 % avait été prescrit à l'assurée, dès le 4 octobre 2014.
7. La CNA a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.
8. Dans un premier temps, l'évolution de l'état de santé a été bonne (cf. rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2015). En février 2015, il a toutefois été mis en évidence une lésion de stress de la partie dorsale de l'os cuboïde, se manifestant par un œdème touchant le versant dorsal de l'os cuboïde, l'os cunéiforme latéral et la base

---

du 3<sup>ème</sup> métatarsien (cf. bilan d'imagerie par résonance magnétique du Dr F\_\_\_\_\_ du 4 février 2015).

9. Dans un rapport daté du 11 août 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une bonne évolution, pratiquement sept mois après le traitement de la fracture de stress du cuboïde, du 3<sup>ème</sup> cunéiforme et de la base du 3<sup>ème</sup> métatarsien. L'assurée devait désormais commencer à se déplacer sans cannes.
10. Après que le Dr C\_\_\_\_\_ a autorisé une reprise du travail à temps partiel, l'assurée a recommencé à travailler à 40 % du 21 septembre 2015 jusqu'au 6 avril 2016, en se voyant confier des tâches administratives.
11. Dans un rapport du 26 novembre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une péjoration des douleurs et préconisé une scintigraphie osseuse (Spect-CT) afin de mieux visualiser si les fractures de stress – dont l'évolution était inhabituelle – avaient cicatrisé.
12. Dans un bilan de scintigraphie osseuse du 11 décembre 2015, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, a conclu à une évolution défavorable de la fracture de l'angle antéro-dorsal du cuboïde droit, avec évolution vers une fracture complète pseudarthrosée, compliquée de remaniements arthrosiques post-traumatiques évolutifs de l'articulation entre le cuboïde et les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> métatarsiens, ainsi qu'à des remaniements arthrosiques modérément évolutifs de l'articulation tibio-talienne.
13. L'assurée a été réopérée par le Dr C\_\_\_\_\_ le 7 avril 2016, pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une résection d'ostéophytes post-traumatiques au niveau des articulations cuboïdo-métatarsiennes. Une nouvelle incapacité totale de travail a été attestée.
14. Dans un rapport daté du 18 mai 2016, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre-conseil auprès de la CNA, a relevé que, depuis la fracture du pilon tibial et de la diaphyse distale du péroné, en octobre 2014, l'évolution semblait avoir été compliquée, malgré un bon pronostic initial retenu par le docteur I\_\_\_\_\_ en 2015, lequel ne s'était pas vraiment confirmé par la suite. Par le passé, l'assurée avait été suivie par la Dresse D\_\_\_\_\_ et le traitement avait pris fin en novembre 2014. Il ressortait toutefois du dossier que l'assurée continuait de prendre un traitement de Fluoxétine. Il existait à son sens une antériorité de syndrome dépressif, même si celui-ci avait pris fin environ une année avant l'accident. La causalité naturelle ne pouvait être retenue dans cette situation. En revanche, les aspects psychologiques pouvaient expliquer, au moins en partie, une évolution négative, avec la persistance d'une symptomatologie douloureuse, qui faisait craindre un processus d'invalidation progressif. Il paraissait probable que les multiples interventions médicales n'amèneraient qu'un renforcement des plaintes de l'assurée.
15. Le 6 juin 2016, l'assurée a été examinée une première fois par le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de

la CNA. Ce médecin a jugé l'évolution défavorable, vu l'apparition d'une pseudarthrose du cuboïde, apparemment liée à une fracture de stress. La situation lui paraissant insuffisamment stabilisée pour permettre un bilan assécurologique final, il préconisait un séjour auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR).

16. L'assurée a séjourné à la CRR du 13 juillet au 17 août 2016. À l'issue du séjour, les docteurs J\_\_\_\_\_, chef de clinique, et K\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont relevé une amélioration de la qualité de la marche et une diminution des troubles de la sensibilité du pied. L'assurée sous-estimait le niveau d'activité qu'elle pouvait réaliser. Selon les médecins, la situation n'était pas encore complètement stabilisée, mais le pronostic de réinsertion dans l'activité paraissait favorable. À la sortie de la CRR, il était prévu une reprise à 50 % dès le 22 août 2016, dans une activité de type administratif.
17. Le 22 août 2016, l'assurée a repris un travail de bureau à 50 % auprès de son employeur. Répondant à un questionnaire de la CNA, l'employeur a précisé, le 20 septembre 2016, qu'il lui était possible de proposer à l'assurée une activité de bureau à 100 %, si son état de santé physique le permettait. Par ailleurs, il a indiqué que l'assurée avait été absente pour cause de maladie à 100 % du 17 juin au 31 juillet 2014, puis à 50 % du 1<sup>er</sup> août au 3 octobre 2014, avant de subir son accident, le 4 octobre 2014.
18. Dans un rapport du 7 septembre 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que si une méthode de désensibilisation avait permis d'obtenir des résultats encourageants au niveau des deux cicatrices internes et externes, l'assurée présentait des douleurs mécaniques handicapantes dès 20 à 30 minutes de marche. Une amélioration pouvait être attendue dans l'année suivant l'intervention. Dans l'intervalle, une infiltration serait pratiquée.
19. Dans un rapport subséquent, daté du 10 janvier 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une arthrose post-traumatique du Lisfranc latéral. Une augmentation de la capacité de travail au-delà de 50 % lui paraissait possible, pour autant qu'il s'agisse d'une activité de bureau. Il préconisait une intervention chirurgicale (ostéotomie de valgisation du calcanéum).
20. Cette opération a eu lieu le 20 février 2017. Dans un rapport d'hospitalisation du 23 février 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution postopératoire favorable.
21. Dans une appréciation datée du 16 août 2017 et signée par le Service médical des agences de la CNA, il a été relevé que, selon le Dr C\_\_\_\_\_ et compte tenu du fait que l'ostéomie était désormais consolidée, il était tout à fait possible de proposer à l'assurée une activité dans un poste adapté, sans marche prolongée. L'assurée pourrait réaliser une activité purement bureautique à 50 %, puis à 100 %, environ un mois après le début de la reprise thérapeutique. Pendant cette période, un rendement de 100 % ne serait pas exigé. La reprise du travail était acceptée par le chirurgien, et l'assurée serait convoquée un mois après la reprise thérapeutique.

22. Après que la CNA a invité l'assurée à reprendre le travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, l'employeur a informé la CNA, le 5 septembre 2017, que la reprise n'avait finalement pas eu lieu ; l'assurée estimait ne pas pouvoir reprendre le travail et le Dr C\_\_\_\_\_ lui avait prescrit un arrêt de travail à 100 % dès le 21 août 2017.
23. Dans un rapport du 26 septembre 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ estimant qu'il y avait une discrédance entre les résultats de l'électromyographie et l'examen clinique, a référé derechef l'assurée à la doctoresse L\_\_\_\_\_. Le Dr C\_\_\_\_\_ se disait frappé par l'impact des douleurs sur le plan psychologique, l'assurée montrant des signes de souffrance psychique évidents. L'assurée paraissait ne plus avoir de ressources pour affronter cette problématique et n'avait jamais été mise en contact avec un psychologue ou un psychiatre qui pourrait l'aider à apprendre à vivre avec. Il ne voyait pas quelle solution supplémentaire la médecine somatique pourrait offrir à l'assurée à ce stade.
24. Le 27 septembre 2017, la CNA a reçu un rapport (daté du 27 juillet 2017) établi par la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, pharmacologie et toxicologie clinique auprès du Centre de la douleur des HUG. Après avoir subi une fracture tri-malléolaire de la cheville, ayant nécessité quatre opérations, l'assurée avait d'abord souffert de douleurs de la cheville droite, puis également au niveau de la face latérale du pied et du talon. Ces douleurs persistaient depuis lors et étaient handicapantes. Une prise en charge multidisciplinaire à Sion avait permis d'augmenter le périmètre de marche à environ 20 minutes, lequel avait ensuite régressé à 5 minutes environ, depuis l'ostéomie de valgisation pratiquée en 2017. Récemment, de nouvelles douleurs s'étaient manifestées lors de la marche au niveau de l'extrémité distale du 4<sup>ème</sup> métatarse. Lorsque l'assurée sortait de chez elle, elle marchait avec deux cannes. S'agissant de l'anamnèse psycho-sociale, l'intéressée avait travaillé jusqu'en février 2017 comme assistante d'exploitation des opérations au sol, à l'aéroport de Genève. Depuis septembre 2015, elle avait repris son travail à 50 %, grâce à un aménagement de poste, qui lui permettait d'effectuer un travail administratif en position assise. Actuellement, les douleurs limitaient toute vie sociale et rendaient tout déplacement compliqué. L'assurée disait se sentir très souvent épuisée, quelquefois découragée et triste. Elle avait pris de la fluoxétine avant son accident et avait été suivie chez un psychiatre, d'où elle ressortait très déprimée, de sorte qu'elle avait stoppé ce suivi. Les scores d'anxiété et de dépression étaient compatibles avec un épisode anxio-dépressif. Malgré les douleurs et leurs répercussions sur son humeur, l'assurée avait eu la volonté de suivre un régime, pour perdre plus de 10 kg. D'un point de vue psychique, l'assurée avait donné l'impression, lors de la première consultation, d'être épuisée face à la persistance des douleurs et de leurs limitations. Avec le psychiatre du Centre de la douleur, l'assurée avait évoqué une détresse psychique, en lien avec ses douleurs et l'inactivité qu'elles entraînaient. Elle parlait d'une vie chargée d'expériences traumatiques et répétait qu'elle n'était pas intéressée par une approche psychothérapeutique, visant à revisiter certains aspects de son passé. En revanche,

elle s'était dite intéressée par un suivi psychothérapeutique visant à l'aider à affronter ses difficultés, raison pour laquelle deux psychiatres lui avaient été suggérés. L'assurée était également intéressée à participer à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale destiné aux patients souffrant de douleurs chroniques.

25. L'assurée a été réexaminée le 9 octobre 2017 par le Dr I\_\_\_\_\_, lequel a retenu les diagnostics suivants : status après fracture tri-malléolaire de la cheville droite, le 4 octobre 2014 ; lésion de stress ou fracture passée inaperçue au niveau de la partie distale du cunéiforme latéral, et au niveau de la base des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens, avec arthrose ; allodynie de la cicatrice dorsale du pied ; arthrose débutante post-traumatique sur le Lisfranc externe. Dans son appréciation, le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé qu'après avoir travaillé comme agente administrative pour une compagnie aérienne, puis déclaré un événement traumatique en octobre 2014, l'assurée avait souffert de lésions, traitées par chirurgie. L'évolution s'était révélée défavorable, avec une persistance de la douleur au niveau du pied, handicapante pour les activités professionnelles. Subjectivement, l'assurée déplorait des douleurs handicapantes, empêchant toute reprise du travail, même à titre thérapeutique. Objectivement, le médecin d'arrondissement constatait une hypersensibilité de la région dorsale du pied et de sa partie externe, compatible avec une lésion de type allodynique. Il soulignait toutefois que la trophicité musculaire du triceps et du membre inférieur droit était conservée. L'utilisation du membre inférieur droit restait satisfaisante et l'atteinte nerveuse du nerf sural droit, évoquée par le Dr M\_\_\_\_\_, n'était pas au premier plan de la symptomatologie actuelle. Le dernier bilan par scintigraphie osseuse évoquait la possibilité d'une arthrose du Lisfranc externe, ce qui avait déjà été évoqué en 2015, sur la base d'une radiographie. Il n'y avait que très peu de modifications des aspects radiologiques entre 2015 et 2017. La symptomatologie clinique actuelle prédominante était celle d'une douleur de type allodynique des parties molles. Il convenait toutefois d'interroger le radiologue pour savoir si les anomalies constatées sur la scintigraphie osseuse s'expliquaient, à tout le moins partiellement, par la lésion cutanée et des parties molles de la région dorsale du pied. Par ailleurs, il invitait le Dr C\_\_\_\_\_ à indiquer si une intervention chirurgicale pourrait améliorer la situation ou si un complément de scanner devait être effectué. Il proposait de refaire un point de la situation, dès qu'il aurait reçu les avis des Drs L\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. En l'absence de chirurgie du pied droit, il proposait une reprise thérapeutique dans l'ancienne activité. Cette reprise thérapeutique pouvait être proposée à 50 %, pour ensuite être augmentée ensuite en fonction de la tolérance. L'absence d'amyotrophie du membre inférieur droit plaidait en faveur de capacités physiques subsistantes, lesquelles étaient probablement sous-estimées par l'assurée.
26. Dans un rapport du 30 octobre 2017, la Dresse L\_\_\_\_\_ a conseillé un suivi psychiatrique auprès de la doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a instauré un traitement médicamenteux.

27. Dans un rapport daté du 17 janvier 2018 et adressé à la CNA, la Dresse N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait des complications de sa fracture tri-malléolaire à la cheville droite, en 2014. Elle souffrait de douleurs lors de la marche, d'une allodynie de la cicatrice dorsale du pied, et, en lien avec la baisse de ses capacités fonctionnelles depuis la dernière opération intervenue au début d'année 2017, d'un épisode dépressif moyen (F32.1). La symptomatologie observée était une thymie basse, avec concordance affective – l'assurée pleurait souvent –, une aboulie, une anhédonie importante, une perte d'espoir, un important retrait social, une hypersomnie et des douleurs constantes. Il avait été proposé à l'intéressée un traitement psychothérapeutique et psychiatrique.
28. Le 7 février 2018, le Dr H\_\_\_\_\_ a procédé à une nouvelle appréciation psychiatrique. Malgré les nouveaux éléments versés au dossier, notamment ceux ressortant du rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_ – qui évoquait une dépression consécutive aux douleurs de la jambe –, il maintenait qu'il n'y avait pas de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques. Par ailleurs, le Dr H\_\_\_\_\_ disait s'interroger sur la durée des consultations facturées par la Dresse N\_\_\_\_\_ (à savoir 14 x 5 minutes par séance, ce qui ne correspondait pas à 1h00, mais à 1h10).
29. Par courrier du 14 février 2018, la CNA, se ralliant à l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, a refusé de prendre en charge les troubles psychiques de l'assurée.
30. Dans un rapport daté du 19 février 2018, la Dresse L\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assurée présentait des douleurs chroniques mixtes post-traumatiques à la cheville droite et des douleurs nociceptives de l'épaule gauche, suite à une surcharge. Les séances d'ergothérapie, la pose du Tens et l'application de Neurodol avaient permis de diminuer l'allodynie de la face interne de la jambe et de la cheville droite. Une injection faite par le Dr C\_\_\_\_\_ avait permis de faire disparaître les douleurs au niveau de la cheville, mais pas celles du talon. Une deuxième injection avait permis de faire disparaître les douleurs au niveau de la cicatrice de la malléole externe et du talon. Deux récentes injections n'avaient pas permis d'améliorer la symptomatologie, et il persistait actuellement des douleurs à la charge, une allodynie et des dysesthésies au toucher, au niveau de la malléole interne. L'assurée suivait des séances de physiothérapie pour ses douleurs de l'épaule gauche, lesquelles étaient partiellement soulagées par les massages et l'ibuprofène. Elle devait également suivre un programme pour renforcer sa musculature du pied droit. Enfin, l'assurée était suivie par une psychiatre, la Dresse N\_\_\_\_\_, laquelle avait modifié le traitement en raison d'une intolérance (introduction de la fluoxétine à la place de la duloxétine). L'assurée avait repris quelques activités quotidiennes qui lui permettaient de se « décentrer », telle que la peinture, et elle projetait d'aller prochainement au cinéma.
31. Le 7 février 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a exposé qu'une infiltration avait permis de faire disparaître la douleur localisée au niveau du territoire sensitif du nerf sural, de sorte qu'une résection chirurgicale du nerf sural était envisagée.

32. Dans un rapport d'examen électroneuromyographique du 28 février 2018, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie auprès du service de neurologie des HUG, a indiqué qu'il suspectait une lésion axonale du nerf sural droit. Cependant le pronostic restait en théorie plutôt favorable, puisque l'on s'attendait spontanément à une réduction progressive des douleurs neuropathiques, grâce à la réinnervation. Il lui paraissait prématuré de pratiquer une neurotomie du nerf sural droit.
33. Le 20 mars 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné l'assurée. L'examen clinique était identique à celui d'octobre 2017 et témoignait d'une douleur persistante. Ce médecin réservait ses conclusions, dans l'attente de renseignements complémentaires.
34. Dans une brève attestation datée du 22 mars 2018 et adressée à la CNA, le docteur P\_\_\_\_\_, rhumatologue, a indiqué avoir prescrit à l'assurée, en novembre 2017, 9 séances de physiothérapie pour le traitement de son épaule gauche. Cette épaule était douloureuse, en raison d'une surcharge mécanique provoquée par l'utilisation chronique de cannes anglaises, depuis l'accident du 4 octobre 2014.
35. Le 28 mars 2018, la CNA a reçu un certificat d'arrêt de travail signé par le Dr C\_\_\_\_\_, valable dès le 21 mars 2018.
36. Dans une appréciation datée du 19 juin 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assurée, après avoir déclaré un traumatisme sérieux de la cheville droite, en octobre 2014, avait subi une intervention chirurgicale importante (mise en place d'un fixateur externe, puis chirurgie adaptée), puis été réopérée et suivie par le Dr C\_\_\_\_\_. Bientôt quatre ans après l'accident, l'évolution était défavorable, vu l'apparition d'une allodynie de la cicatrice dorsale du pied, d'une arthrose débutante post-traumatique du Lisfranc – dans le contexte d'une fracture des os du tarse – et la persistance d'une gêne fonctionnelle, respectivement d'une symptomatologie neurologique qui handicapait l'assurée. Malgré des prises en charge nombreuses, notamment par les Drs C\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, la situation était désormais chronique et l'on ne pouvait plus s'attendre à une amélioration sensible, malgré les efforts du corps médical. Vu l'absence de réponse thérapeutique aux différentes thérapies, le Dr I\_\_\_\_\_ proposait de clôturer administrativement le cas afin de permettre à l'assurée de « revenir à [une] activité adaptée à [sa] situation médicale complexe ». Vu la description du poste de travail établie par le case manager en 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ estimait que la reprise de l'ancienne activité n'était plus possible. Pour toute activité ultérieure, il convenait d'éviter les travaux en terrain instable, le port de charges moyennes à lourdes, la marche sur terrain plat ou irrégulier, ainsi que les stations debout ou de longue durée, de même que les montées et descentes répétées d'escaliers ou d'échelles. L'activité professionnelle ultérieure à conseiller était une activité sédentaire permettant l'alternance occasionnelle de position assise et debout, en plus de déplacements sur de courtes distances. Moyennant le respect de ces limitations, une activité complète était attendue. Pour le reste, le Dr I\_\_\_\_\_ préconisait de poursuivre les traitements proposés par le Centre de la douleur.

---

37. Le 30 juillet 2018, l'employeur de l'assurée a confirmé à la CNA l'existence d'un poste de travail adapté (emploi 40 heures par semaine auprès de la billetterie d'Air B\_\_\_\_\_, en Ville de Genève), que l'assurée pourrait exercer pour un revenu égal (CHF 5'200.- brut par mois) à celui perçu avant l'accident. L'employeur a versé au dossier une description du poste de travail, précisant que l'activité consistait à vendre des billets d'avion électroniques à travers un système informatisé, ainsi qu'à effectuer des réservations de place et des changements de billets.

38. Dans une brève appréciation datée du 13 août 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a estimé que le poste proposé par l'entreprise à l'assurée dès le mois de septembre 2018 était tout à fait exigible, et que l'exigibilité fixée le 19 juin 2018 restait d'actualité.

Le médecin d'arrondissement évaluait l'atteinte à l'intégrité à 20 %, en se fondant sur la table 5 du barème d'indemnisation de la CNA. Il retenait une arthrose de l'articulation du Lisfranc à son taux le plus élevé et précisait tenir compte des lésions actuellement constatées, avec une évolution défavorable. L'allodynie était comprise dans l'évaluation de l'indemnité.

39. À l'occasion d'entretiens téléphoniques avec une gestionnaire de la CNA, le 17 août 2018, l'assurée s'est dite déçue de ne pas s'être vue proposer par son employeur une activité d'agent d'exploitation. De son point de vue, l'activité proposée était un poste « qui ressembl[ait] à ceux de la chaîne Migros ». Par ailleurs, selon son mari, le poste proposé était beaucoup moins intéressant que celui qu'elle avait occupé lors de sa reprise.

40. Interrogé au sujet du poste adapté proposé par l'employeur, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu le 11 septembre 2018, par l'intermédiaire de son secrétariat, que ce poste était compatible avec l'état de santé.

41. Par courrier du 14 septembre 2018, la CNA a informé le mandataire de l'assurée qu'il jugeait cette dernière apte à reprendre le travail au 1<sup>er</sup> octobre 2018 et mettait fin au versement des indemnités journalières, avec effet au 30 septembre 2018.

42. Par courrier du 26 septembre 2018, le mandataire de l'assurée a requis le prononcé d'une décision formelle et produit un certificat d'arrêt de travail pour cause d'accident, signé par le Dr C\_\_\_\_\_ et valable du 23 septembre au 22 octobre 2018.

43. Par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2018, la CNA a accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % (CHF 25'200.-) et lui a dénié tout droit à une rente. Il ressortait des investigations de la CNA que, malgré ses séquelles accidentelles, l'assurée était en mesure d'exercer une activité permettant d'éviter les travaux sur terrain instable, le port de charges moyennes à lourdes, les marches sur terrain plat / irrégulier et sur de longues distances, ainsi que les stations debout ou de longue durée et les montées et descentes répétées d'échelles / d'escaliers. L'activité professionnelle à conseiller était donc une activité sédentaire, permettant d'alterner occasionnellement les positions assise et debout et limiter les déplacements à de courtes distances. En respectant ces limitations, une activité complète était attendue. L'employeur avait proposé un poste à l'assurée et le service médical

---

estimait qu'elle était apte à l'exercer à temps plein. Cet avis était confirmé par le Dr C\_\_\_\_\_. Comme l'activité proposée permettrait à l'assurée de réaliser un salaire identique à celui qu'elle aurait obtenu sans accident, il n'y avait pas de perte de gain, ce qui excluait le droit à une rente. Dans l'hypothèse où l'état de santé exigeait une reprise du traitement médical (en rapport avec l'accident), l'assurée pourrait l'annoncer à la CNA.

44. Lors d'un entretien téléphonique avec la gestionnaire de la CNA, le 2 octobre 2018, une représentante de l'employeur a indiqué que l'assurée souhaitait reprendre son activité habituelle, mais en choisissant ses activités et sans déplacement. Ce poste nécessitait toutefois que l'assurée accomplisse l'entier de l'activité. Dans ces conditions, l'employeur ne pouvait accepter cette proposition. L'assurée n'était pas intéressée par le poste adapté que l'employeur lui proposait, lequel avait pourtant été approuvé par le Dr C\_\_\_\_\_ ainsi que le médecin d'arrondissement.
45. Le 11 octobre 2018, le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecine physique et réadaptation à l'Hôpital de la Tour, a prolongé l'arrêt de travail à 100 % du 23 octobre au 4 novembre 2018, puis à 60 % du 5 novembre au 5 décembre 2018, pour cause d'accident.
46. Le 1<sup>er</sup> novembre 2018, la CNA, se référant au certificat médical susmentionné, a indiqué au Dr Q\_\_\_\_\_ qu'il n'avait pas précisé si le certificat concernait un arrêt pour maladie ou accident. Par ailleurs, la CNA attirait son attention sur le fait qu'elle avait mis fin au versement de l'indemnité journalière.
47. À l'occasion d'un entretien téléphonique avec un gestionnaire de la CNA, le 1<sup>er</sup> novembre 2018, l'assistante du Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que le mari de l'assurée s'était présenté pour demander un certificat d'incapacité de travail dès le 23 octobre 2018, tout en précisant que son épouse reprendrait une activité à 40 %, dès le 5 novembre 2018.
48. Le 31 octobre 2018, par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a formé opposition contre la décision du 1<sup>er</sup> octobre 2018, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux indemnités journalières ainsi qu'aux prestations d'accident « jusqu'à disparition complète des conséquences de son accident ». Subsidiairement, elle a requis la « révision » du degré d'invalidité et de la rente d'invalidité.

Se référant aux rapports de ses médecins, elle a soutenu ne pas pouvoir reprendre une activité professionnelle, contrairement à ce qu'avait retenu la CNA. Par ailleurs, elle a fait valoir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et son trouble anxiodépressif, les critères jurisprudentiels topiques étant remplis. Enfin, elle a reproché à la CNA d'avoir nié son droit à une rente d'invalidité en se fondant sur des critères médico-théoriques. À l'appui de son opposition, l'assurée a joint, notamment :

- un rapport daté du 24 septembre 2018, dans lequel le Dr M\_\_\_\_\_ retenait les diagnostics de douleurs neurogènes chroniques irritatives du pied droit, ainsi

que de suspicion d'irritation / lésion du nerf sensitif profond et de la plante du pied droit. Sur le plan neurologique, il existait une douleur neurogène permanente au niveau du pied droit, dans le contexte d'un status post lésion osseuse traitée et d'une lésion nerveuse périphérique concernant le nerf sural droit. La capacité de travail de l'assurée était actuellement nulle et nécessitait un arrêt de travail. Depuis 2017, le Dr M\_\_\_\_\_ avait pratiqué deux électroneuromyographies, et l'assurée l'avait consulté le 24 septembre 2018. S'agissant des limitations, l'intéressée présentait, dans le cadre d'une atteinte nerveuse périphérique, des douleurs irritatives, résistantes au traitement antalgique, mais également une intolérance à certains antalgiques (Lyrica). L'assurée ne pouvait pas exercer de profession où elle devait se déplacer, marcher et rester debout de façon prolongée, sans utiliser sa canne anglaise. On pouvait également s'attendre à des difficultés de concentration, en raison d'effets secondaires du Tramal. Les douleurs neurogènes et inflammatoires du pied étaient des conséquences directes de l'accident et le syndrome anxiodépressif était une complication liée au traitement antalgique et psychique. À son sens, la symptomatologie était liée à l'accident et à ses conséquences. S'agissant du pronostic, l'évolution d'une douleur liée à une lésion nerveuse était imprévisible ;

- un rapport établi par la Dresse L\_\_\_\_\_ le 15 octobre 2018. L'assurée faisait état d'une persistance de douleurs post-traumatiques et post-chirurgicales au niveau de la cheville droite, mais également d'omalgies du côté gauche, liées à la marche avec des cannes. Toutes les activités de la vie quotidienne étaient limitées par les douleurs, de même que le sommeil. La patiente prenait un traitement à base de Tramadol (50 mg 2 à 3 fois par jour), Fluoxétine (20 mg), Tesmesta et Xanax au besoin. L'assurée se disait choquée et démoralisée par la décision de la CNA, qui ne prenait à son sens pas en compte sa situation actuelle et les limites imposées par ses douleurs. Du point de vue de la thymie, la Dresse L\_\_\_\_\_ conseillait à l'assurée de consulter le docteur R\_\_\_\_\_, psychiatre, au vu du lien étroit entre la douleur et l'humeur.
49. Dans un bref rapport daté du 23 novembre 2018, le Dr Q\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail qu'il avait attestée était justifiée par un accident. Actuellement, la situation ne lui paraissait pas encore stabilisée et il disait ne pas saisir complètement « le sens de l'aptitude à reprendre l'activité qui lui a[vait] été proposée le 1<sup>er</sup> octobre 2018 ». L'assurée souffrait de douleurs neuropathiques, qui impactaient sérieusement la capacité de concentration, l'humeur et la mobilité.
50. Par décision du 29 novembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition. S'agissant des troubles psychiques, le psychiatre-conseil de la CNA, le Dr H\_\_\_\_\_, avait estimé dans deux appréciations distinctes que les problèmes psychiques de l'assurée n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. Aucun élément du dossier ne contredisait explicitement la position de ce psychiatre. Même si la causalité naturelle des troubles avait été donnée, la responsabilité de

---

l'assureur-accident n'aurait pas été engagée, à défaut de lien de causalité adéquate. En effet, la chute dans les escaliers qu'avait subie l'assurée devait être classée dans les accidents moyens, à la limite du cas de peu de gravité. Il n'y avait pas de circonstances dramatiques et la chute n'avait pas eu de caractère particulièrement impressionnant. Il n'y avait pas eu d'erreur dans le traitement, entraînant une aggravation notable des séquelles accidentelles. Le traitement médical n'avait pas été anormalement long, et le processus de guérison n'avait pas été entravé par de grosses difficultés ou des complications importantes. La durée de l'incapacité de travail pour les séquelles physiques ne pouvait être considérée comme particulièrement longue, dans la mesure où l'assurée avait eu l'occasion de reprendre à plusieurs reprises une activité à temps partiel pour son employeur. Le seul critère qui pouvait éventuellement être jugé rempli – mais sans l'être avec une intensité suffisante – était celui des douleurs, ce qui ne permettait pas d'admettre une relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles de la sphère psychique. L'assurée demandait que les indemnités journalières lui soient versées au-delà du 30 septembre 2018, au motif qu'elle n'avait pas recouvré une entière capacité de travail à cette date, joignant à l'appui de son opposition un rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ établi en octobre 2018 et faisant état de douleurs chroniques. Si des incapacités de travail avaient certes été attestées pour octobre et novembre 2018, le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ témoignait d'un lien étroit entre l'humeur et le ressenti des douleurs, et préconisait un soutien psychologique. Or, les troubles psychiques n'étaient pas à charge de la CNA. Enfin, il ressortait du dossier qu'il n'y avait plus à attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé et de la capacité de gain pour les seules séquelles accidentelles. De nouvelles interventions chirurgicales avaient été déconseillées par le corps médical. La stabilisation de l'état de santé étant acquise, c'était à juste titre que la CNA avait mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2018 et qu'elle avait examiné le droit à une rente d'invalidité. S'agissant enfin de la rente, la CNA rappelait que dans le nouveau poste proposé par l'employeur – dont l'adéquation avait été confirmée par les Drs I\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ –, l'assurée pourrait prétendre au même salaire qu'avant son accident, pour un taux d'occupation équivalent (100 %). S'il était compréhensible que l'assurée soit déçue de ne pas pouvoir reprendre son ancienne activité, il lui appartenait de diminuer le dommage, si bien que l'on pouvait attendre d'elle qu'elle accepte la proposition de son employeur. C'est partant à bon droit que la CNA lui avait refusé une rente d'invalidité.

51. En janvier 2019, la CNA a reçu un nouveau certificat d'arrêt de travail à 100 % signé par le Dr Q\_\_\_\_\_, valable du 7 janvier au 10 février 2019.
52. Par acte du 14 janvier 2019, l'assurée, représentée par son mandataire, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que la décision sur opposition du 29 novembre 2018 soit annulée et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux

---

indemnités journalières et aux prestations accident « jusqu'à disparition complète des conséquences de son accident ». Subsidiairement, elle a demandé que le degré d'invalidité et l'atteinte à son intégrité physique soient « révisés » et qu'une rente d'invalidité lui soit accordée.

La CNA avait retenu à tort que son état de santé lui permettrait actuellement de reprendre une activité professionnelle. S'appuyant sur les avis exprimés par les Drs L\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, la recourante déplorait souffrir de difficultés de concentration lors de son travail, majorées notamment par l'utilisation de son traitement antalgique, avec des effets secondaires qui « pourraient gêner une activité nécessitant une concentration et ainsi éviter (recte : provoquer) des fautes professionnelles ». Ses douleurs neurogènes du pied et ses douleurs inflammatoires nociceptives, ainsi que les complications liées à son traitement antalgique et psychique, en lien avec son syndrome anxiodépressif, étaient des conséquences directes de son accident. Actuellement, elle nécessitait un arrêt de travail à 100 %, et son état de santé lui empêchait de reprendre une quelconque activité professionnelle.

Par ailleurs, c'était également à tort que la CNA avait dénié tout lien de causalité entre ses troubles psychogènes et l'accident. S'agissant des critères jurisprudentiels topiques, elle estimait qu'étaient réunis ceux de la durée anormalement longue du traitement médical, de la persistance des douleurs physiques et des erreurs dans le traitement médical, entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, mais également ceux des difficultés étant apparues au cours de la guérison et des complications importantes ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques. En conséquence, il convenait d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et le syndrome anxiodépressif.

S'agissant enfin du degré d'invalidité, la recourante relevait qu'en procédant à une simple évaluation médico-théorique de sa capacité de travail, et en déduisant abstraitement son degré d'invalidité de cette capacité de travail, la CNA avait substitué « son intuition subjective à l'état de fait réel » et était tombée dans l'arbitraire. La recourante en concluait que la CNA, « en ne procédant pas à des investigations supplémentaires compte tenu des avis des spécialistes, eu égard à la capacité de travail et en ignorant les griefs pertinents invoqués par les parties, [avait] violé le droit fédéral [et] de ce fait rendu une décision arbitraire [...] ».

53. Dans sa réponse du 14 mars 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. La conclusion de la recourante tendant à faire « réviser » l'atteinte à l'intégrité était irrecevable, dans la mesure où sa décision du 1<sup>er</sup> octobre 2018 était entrée en force sur ce point, lequel n'avait pas été attaqué au stade de l'opposition. Par ailleurs, l'intimée se référait à sa décision sur opposition, observant que le mémoire de recours reprenait mot pour mot l'argumentation développée dans l'opposition, à laquelle elle avait déjà répondu. Pour le reste, la CNA avait invité le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie auprès du Centre de compétences de

---

médecine des assurances de la CNA, à se déterminer sur les rapports des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. Conformément à l'avis du Dr S\_\_\_\_\_, aucun élément médical objectif ne justifiait de remettre en cause l'appréciation établie par le Dr I\_\_\_\_\_ en juin 2018, qui tenait compte du syndrome douloureux de l'assurée. Le nouveau poste proposé par l'employeur, à la billetterie de l'agence de B\_\_\_\_\_, avait été jugé conforme aux limitations fonctionnelles et exigible à 100 % dès le mois de septembre 2018, pour un salaire identique à celui perçu avant l'accident. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à mettre fin au versement d'indemnités journalières au 30 septembre 2018 et à refuser d'accorder à la recourante une rente d'invalidité, faute de perte de gain imputable à l'accident. La décision attaquée ne prêtait pas le flanc à la critique.

L'intimé a joint l'appréciation rédigée le 22 février 2019 par le Dr S\_\_\_\_\_. Après avoir résumé les éléments figurant au dossier et notamment l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ (à teneur duquel une amélioration sensible ne pouvait être attendue et une profession sédentaire adaptée était pleinement exigible), le Dr S\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr M\_\_\_\_\_ se limitait à répéter les constatations qu'il avait faites en 2017, sans motiver l'incapacité de travail. De son côté, la Dresse L\_\_\_\_\_ confirmait un diagnostic déjà connu (douleurs neurogènes sur affection du nerf sural droit avec allodynie), sans se prononcer sur la capacité de travail. Le Dr S\_\_\_\_\_ soulignait que le dosage très modéré des médicaments (Tramadol et fluoxétine) n'était pas susceptible de diminuer le rendement de la recourante. Le Dr I\_\_\_\_\_ ayant tenu compte de toutes les données médicales, ses conclusions de juin 2018 pouvaient être maintenues.

54. La recourante a répliqué le 11 avril 2019. Dans son appréciation du 19 juin 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ avait constaté « une persistance d'une gêne fonctionnelle et une symptomatologie neurologique qui la handicap[ait] en particulier pour une allodynie persistante », ainsi qu'une « situation médicale complexe ». Le Dr I\_\_\_\_\_ était parvenu à la conclusion qu'« [...] en respectant ces limitations, une activité complète était attendue ». La recourante en déduisait que, contrairement à ce que soutenait l'intimée, le Dr I\_\_\_\_\_ n'avait jamais attesté d'une exigibilité complète dans une activité sédentaire. Il avait tout au plus effectué une évaluation médico-théorique de sa capacité de travail, sans préciser depuis quand une activité adaptée serait exigible. En outre, ce médecin d'arrondissement, spécialisé en chirurgie orthopédique, ne semblait pas avoir tenu compte de ses limitations fonctionnelles neurologiques, psychiques, ainsi que de ses douleurs. Aussi contestait-elle la valeur probante de l'appréciation établie par le Dr I\_\_\_\_\_. Quant au rapport du Dr S\_\_\_\_\_, il ne tenait pas compte de toutes les atteintes attestées par ses médecins, de ses limitations fonctionnelles, de ses douleurs neurogènes et de son traitement. Enfin, elle était suivie par la doctoresse T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle lui avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. La recourante maintenait qu'il existait une relation de causalité naturelle et adéquate entre les

---

troubles psychiques et l'accident, les critères jurisprudentiels étant remplis. Enfin, elle réaffirmait que l'intimée avait versé dans l'arbitraire en procédant à une simple évaluation médico-théorique de sa capacité de travail et de gain.

La recourante a produit un rapport établi par la Dresse T\_\_\_\_\_ le 18 mars 2019. Cette psychiatre a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 26 octobre 2018. Elle retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.2) et de modification durable de la personnalité, sans précision (F62.9). L'assurée, dont la capacité de travail était nulle dans toute profession, présentait une « symptomatologie dépressive aussi invalidante comme sa symptomatologie neurologique avec une douleur permanente au niveau du pied droit ». Le traitement était composé de Fluctine (20 mg/), Xanax (0.5 mg max. 2x / j), Stilnox (6.25 mg/ nuit) et Nexium (40 mg / j), en raison de brûlures d'estomac. À son sens, les limitations (douleurs neurogènes du pied droit, difficultés à marcher, syndrome anxiodépressif, troubles de la concentration liés à la prise de Tramal) étaient liées à l'accident. Elle jugeait le pronostic « plutôt pas bon et pas complètement prévisible [...] ».

55. Dans sa duplique du 17 mai 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. En contestant la valeur probante de l'appréciation établie par le Dr I\_\_\_\_\_ en juin 2018, la recourante ignorait l'évaluation effectuée par ce même médecin en août 2018, suite à un entretien intervenu à l'agence le 23 juillet 2018 et à la présentation d'un poste de travail adapté le 30 juillet 2018. Quant à l'absence de prise en considération des limitations fonctionnelles neurologiques et psychiques, le Dr S\_\_\_\_\_, neurologue, avait estimé que les conclusions du médecin d'arrondissement pouvaient être maintenues. La recourante contestait ensuite l'appréciation rendue par le Dr S\_\_\_\_\_ en février 2019, arguant qu'elle n'indiquerait pas ses limitations fonctionnelles, eu égard à ses douleurs neurogènes, et minimiserait son traitement. Or, ce spécialiste s'était prononcé sur l'exigibilité aux plans cognitifs et physiques, et il avait considéré que le dosage journalier très modéré des médicaments (Tramadol 2 x 50 mg et fluoxétine 1 x 20 mg) n'était pas susceptible d'entraîner une diminution de rendement. Dans son rapport de septembre 2018, le Dr M\_\_\_\_\_ n'avait fait référence qu'au Tramal pour alléguer des difficultés de concentration, à l'instar de la Dresse T\_\_\_\_\_. De son côté, la Dresse L\_\_\_\_\_ avait évoqué, dans son rapport d'octobre 2018, le Tramadol et le fluoxétine, comme le Dr S\_\_\_\_\_, ajoutant du lorazépam (Temesta) et alprazolam (Xanax) « au besoin ». S'agissant enfin du lien de causalité allégué entre les troubles psychiques et l'accident, l'intimée estimait que seul un critère jurisprudentiel – celui des douleurs physiques persistantes – sur les quatre requis était réalisé, sans l'être de manière marquée, de sorte que l'accident n'était pas la cause adéquate des troubles psychiques. S'agissant plus particulièrement du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, elle relevait que même si l'assurée avait subi quatre interventions chirurgicales, les hospitalisations avaient été de courte durée ; en-dehors des interventions, les traitements s'étaient résumés à

des infiltrations, de la physiothérapie, des médicaments et l'utilisation de cannes anglaises, ce qui ne constituait pas des traitements particulièrement pénibles et invasifs, selon la jurisprudence. Par ailleurs, il ne ressortait pas du dossier que le traitement aurait été entaché d'une erreur médicale, ni que serait réalisé le critère des difficultés apparues en cours de guérison ou des complications importantes, qui supposait des motifs particuliers ayant entravé la guérison. S'agissant enfin du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail résultant des lésions physiques, l'intimée rappelait que la recourante avait eu l'occasion de reprendre une activité de bureau à temps partiel, notamment du 21 septembre 2015 au 6 avril 2016, soit jusqu'à sa 3<sup>ème</sup> opération, puis de septembre 2016 à février 2017, jusqu'à sa 4<sup>ème</sup> opération.

L'intimée a joint à sa duplique une nouvelle appréciation établie le 17 mai 2019 par le Dr S\_\_\_\_\_. Ce médecin relevait que les troubles de la concentration étaient très fréquents dans les épisodes dépressifs, notamment les épisodes moyens et sévères. Tous les médicaments prescrits par la Dresse T\_\_\_\_\_ étaient des traitements contre la dépression (Fluctine, Xanax et Stilnox) qui perturbaient encore davantage les fonctions cognitives, notamment attentionnelles. En outre, l'administration de benzodiazépines (alprazolam) et autres hypnotiques (zolpidem), chez des sujets présentant un état dépressif sévère, exigeait des précautions appropriées, au vu du risque accru de suicide ou de tentatives de suicide, mais également du risque de toxicité, dû à une interaction métabolique entre la fluoxétine et l'aprazolam. Le Dr S\_\_\_\_\_ rappelait encore que, contrairement aux antidépresseurs tricycliques, la fluoxétine n'avait pas d'effet antalgique. S'agissant du traitement antalgique par Tramadol, l'on était en présence d'un dosage modéré, voire bas, puisque la dose habituelle était de 100 mg deux fois par jour, selon le Compendium suisse des médicaments ; il était donc improbable que la prise de Tramadol à raison de 100 à 150 mg par jour soit un élément nécessaire et suffisant pour expliquer les troubles de la concentration de l'assurée.

56. La chambre de céans a entendu les parties en audience le 10 février 2020. Les parties se sont exprimées comme suit :

La recourante :

« [...] Pour répondre à votre question, il est exact que mon employeur m'avait proposé un poste à plein temps comme employée de la billetterie de l'agence B\_\_\_\_\_, avec un salaire identique à celui que je touchais avant l'accident. Je précise que j'ai effectivement repris le travail à la date prévue, mais je n'y suis restée qu'une demi-journée. Mes douleurs au pied étaient telles que je n'arrivais pas à me concentrer, de sorte que c'est mon employeur lui-même qui m'a invitée à rentrer chez moi. C'est dans ce contexte que "nous" (mon mari et moi) avons repris contact avec le secrétariat du Dr C\_\_\_\_\_ pour qu'il me délivre un nouveau certificat d'incapacité de travail, ce qu'il a fait, à 100%, pour une durée d'un mois à mon souvenir. Par la suite, mais à la même époque, soit après la décision de la CNA du 1<sup>er</sup> octobre 2018, j'ai repris contact avec la Dresse L\_\_\_\_\_, laquelle m'a

adressé chez un neurologue, le Dr M\_\_\_\_\_, ainsi qu'auprès d'un psychiatre, le Dr U\_\_\_\_\_. Or, je ne souhaitais pas me rendre à la consultation de ce psychiatre, parce qu'il était aux HUG et que je ne supporte plus cet endroit. La Dresse L\_\_\_\_\_ m'avait alors proposé le Dr R\_\_\_\_\_, mais il n'était pas disponible. C'est ainsi qu'elle m'a adressée à la Dresse T\_\_\_\_\_. Pour être précise, j'ai tout de même vu le Dr U\_\_\_\_\_ une fois, mais je n'y suis pas retournée pour les raisons que j'ai exposées.

Vous me faites remarquer que dans le rapport, que j'ai produit en procédure, de la Dresse T\_\_\_\_\_, cette dernière dit assurer mon suivi depuis le 26 octobre 2018 pour un trouble dépressif récurrent, suite à un accident du 4 octobre 2014. Elle n'évoque en revanche pas du tout le fait qu'à l'époque de l'accident, j'étais déjà en incapacité de travail à 50%, pour un motif psychique : vous me demandez si j'ai parlé de cet aspect à cette psychiatre. Je vous réponds négativement, car elle ne m'a pas posé de question à ce sujet; pour ma part, je n'ai pas songé non plus à lui en parler, parce que pour moi ce problème était réglé, puisqu'entretemps je me sentais mieux. Je précise à cet égard qu'à l'époque où je me trouvais en incapacité de travail à 50%, cela tenait aux relations difficiles que j'entretenais avec mes parents en particulier. Toutefois, avec l'accident que j'ai subi (4 octobre 2014), mes parents se sont montrés beaucoup plus empathiques à mon égard et nos relations se sont améliorées, raison pour laquelle je vous ai dit que pour moi, la situation était réglée.

Je souhaite évoquer des documents nouveaux dans le contexte suivant : du moment que la CNA refusait de prendre en charge les suites de mon accident dès le mois d'octobre 2018, nous avons approché l'assurance perte de gain maladie, soit la Bâloise, qui m'a prise en charge depuis le mois d'octobre 2018, après toutefois avoir mis un certain temps avant d'accepter cette prise en charge (de mémoire vers avril 2019). Dans le cadre de son instruction, la Bâloise a mis sur pied une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au Dr V\_\_\_\_\_, dont mon conseil a reçu le rapport (daté du 28 décembre 2019) vendredi dernier seulement. Je verse donc une copie de ce document à la procédure et mon conseil en remet séance tenante une copie à la partie intimée. D'après ce que je comprends de ce rapport, l'expert a reconnu mon incapacité totale de travail, ceci en lien avec l'accident du 4 octobre 2014 et semble considérer que l'évolution de mon état de santé serait défavorable ».

La représentante de l'intimée :

« Je viens de parcourir très rapidement cette expertise, et en particulier les conclusions figurant à la page 22 dont la lecture ne me paraît pas compatible avec ce que vient de dire la recourante. Il ne ressort en particulier pas de ces conclusions qu'il existerait un lien de causalité entre l'accident d'octobre 2014 et le trouble psychique dont elle est atteinte, mais ceci, sous réserve de ce que je pourrais encore tirer d'une étude beaucoup plus attentive de ce rapport. Je rappelle aussi qu'en page 19 de son rapport, le Dr V\_\_\_\_\_ observe qu'il n'a pas eu de documents à disposition sur le plan médical pour la période précédant l'accident du 4 octobre 2014 ».

La recourante :

« Pour répondre à votre question, je n'ai plus tenté de reprendre mon activité professionnelle depuis la tentative du 1<sup>er</sup> octobre 2018 évoquée précédemment. Je voudrais encore préciser au sujet de cette reprise de travail dans un poste adapté que d'une part c'est à mon initiative que j'avais souhaité à l'époque reprendre mon travail, ce que j'ai fait à l'aéroport, le 1<sup>er</sup> octobre 2018, ceci dans le cadre de mon ancienne activité, mais seulement par rapport à l'aspect administratif de cette activité, en ce sens que je ne me rendais pas à l'embarquement. Mais ceci n'a duré effectivement qu'une demi-journée. En revanche, la proposition de poste adapté à la billetterie à l'agence du centre-ville supposait une formation sur un logiciel que je ne connaissais pas et qui aurait impliqué que je retourne en Algérie pour me familiariser avec cet outil. D'autre part, mon activité m'aurait mise en contact direct avec la clientèle exigeante que je connaissais trop bien dans mes anciennes fonctions, puisque je les fréquentais à l'aéroport, de sorte que je n'ai pas compris le sens de la proposition que me faisait B\_\_\_\_\_. Ces problèmes que j'évoque tiennent au fait que depuis l'accident, mes troubles de concentration sont tels que je ne vois déjà pas comment j'aurais pu apprendre et mémoriser les éléments nécessaires au maniement de ce logiciel. Quant à la clientèle, j'observe que celle-ci est à peu près gérable à l'aéroport, où nous ne sommes confrontés qu'à des problèmes relatifs à l'embarquement, tandis qu'à l'agence, c'est bien différent, puisque cette clientèle exigeante ne respecte pas grand-chose, ne veut pas comprendre que si par exemple on veut changer de billet cela a un coût, ce qui crée régulièrement de très nombreuses tensions. Or dans mon état je ne vois comment j'aurais pu m'en sortir ».

L'intimée :

« J'ai le sentiment que les objections de la recourante ne datent (pas) de l'époque mais d'aujourd'hui, puisque selon ce qui figure au dossier, le poste proposé ne lui convenait pas, parce qu'il était moins intéressant que le précédent, selon ce que rapporte la pièce 454 notamment ».

La recourante :

« Je n'ai jamais prétendu que le poste à l'agence du Centre-ville ne m'intéressait pas. Ce qui me posait problème, c'était véritablement ce que je viens de dire, soit la difficulté d'apprentissage qu'impliquait ce changement ».

À l'issue de l'audience, un délai a été accordé à l'intimée pour se déterminer sur l'expertise et sur le procès-verbal d'audience.

57. Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 28 décembre 2019, produit par la recourante lors de l'audience du 10 février 2020, le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Au sujet de la dépression, l'expert a relevé qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait pas être posé, puisqu'il ne ressortait pas de l'anamnèse au moins deux épisodes de dépression clairement circonscrits d'une

---

durée minimale de deux semaines ; il s'agissait d'un seul épisode ayant débuté dans les suites de l'accident du 4 octobre 2014. Plus particulièrement, il n'y avait pas de document médical, antérieur à l'accident du 4 octobre 2014, qui faisait état d'un diagnostic ou de la description de la symptomatologie qui aurait pu prévaloir à l'époque. Le discours de l'assurée était, en outre, insuffisamment précis pour en tirer des conclusions diagnostiques rétrospectives ; il avait pu s'agir d'un épisode dépressif, d'un trouble de l'adaptation, d'un trouble anxieux et dépressif ou de symptômes dépressifs disparates, réduits et aspécifiques. En tout état de cause, l'épisode dépressif sévère et le syndrome douloureux somatoforme persistant engendraient des limitations psychiques (réduction prononcée de l'énergie, diminution marquée de la confiance en soi, diminution moyenne de l'aptitude à penser, aboulie, ralentissement idéomoteur léger et douleurs intenses). Les différents rapports médicaux faisaient état d'une allodynie, c'est-à-dire d'une douleur déclenchée par un stimulus normalement indolore ; cela signifiait que les douleurs de l'assurée ne s'expliquaient pas entièrement par une atteinte somatique. En raison de leur nature et de leur intensité, les limitations psychiques étaient à l'origine d'une totale incapacité de travail dans toute profession, y compris dans l'activité antérieure. À ce propos, l'expert relevait qu'une reprise du travail à 40 %, le 5 novembre 2018, avait échoué après une demi-journée en raison des douleurs. En raison de la dépression résistante, l'expert suggérait de prescrire un autre antidépresseur ou un antidépresseur d'une classe différente. En cas de non réponse, il suggérait la combinaison de deux antidépresseurs de classes différentes. S'agissant du pronostic, il était possible qu'avec la révision du traitement antidépresseur, l'assurée puisse récupérer progressivement une capacité de travail à long terme (deuxième semestre de l'année 2020), mais il n'existait pas de certitude à ce propos, vu que la symptomatologie dépressive était avant tout induite par les douleurs chroniques. À son sens, la situation était du ressort de l'assurance-invalidité.

58. Par écriture du 27 mars 2020, l'intimée a fait valoir que, dans le rapport d'expertise, il était mentionné « une incapacité de travail de 50 % [...] attestée pendant quelques semaines, voire quelques mois avant l'accident du 4 octobre 2014, car [l'assurée] était un peu déprimée », sans que l'expert n'ait à sa disposition des documents médicaux se rapportant à la période en question. Le Dr V\_\_\_\_\_ avait retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère et de syndrome douloureux somatoforme persistant, relevant notamment que les douleurs n'étaient pas entièrement expliquées par une atteinte somatique, qu'elles étaient accompagnées d'un sentiment de détresse et qu'elles étaient influencées par des problèmes psycho-sociaux, à savoir la tension avec les parents en 2014, le décès du père à la fin de l'année 2017, la séparation avec son mari en été 2019 et le licenciement en automne 2019. Invitée à se déterminer sur l'expertise, la docteure W\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et en neurologie auprès du Centre de compétence de la CNA, avait estimé, le 19 mars 2020, que si l'accident n'était pas propre en tant que tel à justifier un trouble psychique de longue durée, ses

conséquences étaient toutefois de nature à justifier la persistance d'une symptomatologie dépressive préexistante, laquelle augmentait la probabilité de développer un trouble douloureux somatoforme. La Dresse W\_\_\_\_\_ avait donc conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, à une causalité naturelle partielle entre l'accident d'octobre 2014 et le trouble psychique. De son côté, l'intimée relevait que la question n'avait pas à être instruite plus avant, dès lors que l'accident ne pouvait être considéré comme la cause adéquate des troubles psychiques. L'examen de la causalité adéquate était une question de droit dont la réponse incombait non pas au psychiatre mais à l'administration, respectivement au juge en cas de recours. Or, comme elle l'avait déjà exposé, l'accident était de gravité moyenne, à la limite inférieure, et au regard du dossier, l'on n'était pas en présence d'un cumul d'au moins quatre critères parmi les sept consacrés par la jurisprudence, ni d'un critère qui se serait manifesté avec une intensité particulière. Pour le reste, en ce qui concernait les troubles de la concentration évoqués par la recourante, l'intimée se référait à l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_. Elle maintenait ses conclusions tendant au rejet du recours.

L'intimée a joint à son écriture l'appréciation établie le 19 mars 2020 par la Dresse W\_\_\_\_\_. En substance, cette dernière a exposé que, sous l'angle de la psychiatrie des assurances, l'accident en tant que tel (chute dans les escaliers) était impropre à justifier un trouble psychique de longue durée. Toutefois, les conséquences de l'accident, avec douleurs persistantes, opérations multiples et limitations fonctionnelles somatiques, étaient de nature à justifier la persistance d'une symptomatologie dépressive préexistante. La symptomatologie dépressive existant au moment de l'accident était également de nature à augmenter la probabilité de développer un trouble douloureux somatoforme. En conclusion, la Dresse W\_\_\_\_\_ estimait que l'accident, assorti des conséquences somatiques évoquées, faisait partie intégrante du développement du problème de santé psychique existant ; il existait, au degré de la vraisemblance prépondérante, une causalité naturelle partielle, puisque l'accident d'octobre 2014, assorti de douleurs somatiques et de limitations physiques, avait maintenu sur le long terme une symptomatologie dépressive préexistante, qui, au moment de l'accident, causait encore une incapacité de travail de 50 %. Invitée à faire part d'éventuelles remarques concernant l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_, la Dresse W\_\_\_\_\_ a relevé que le rapport ne mentionnait pas les documents relatifs au trouble dépressif, qui existait déjà avant l'accident et causait encore, au moment de l'accident, des limitations fonctionnelles, dans le sens d'une incapacité de travail de 50 %. L'expert ne mentionnait pas davantage le rapport psychiatrique du Dr N\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2018, si bien que l'expertise ne reposait pas sur un dossier complet. Les diagnostics posés n'avaient pas été justifiés selon les critères de la CIM-10 et demeuraient incompréhensibles, notamment en ce qui concernait la gravité du trouble dépressif. L'expert n'avait pas non plus pris position quant à la causalité du trouble psychique, ni évoqué d'éventuelles incohérences. Du point de vue de la psychiatrie des assurances, le rapport suffisait pour se prononcer sur la causalité

naturelle partielle, mais pas pour déterminer le degré de gravité du trouble psychique en lien avec l'accident.

59. Par écriture du 13 mai 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions, tout en exposant que l'assurance-invalidité avait récemment rendu un préavis d'octroi de rente en sa faveur. Cette assurance lui avait reconnu une incapacité de travail de 100 % dès le 4 octobre 2014, de 60 % dès le 21 septembre 2015, de 100 % dès le 7 avril 2016, de 50 % dès le 22 août 2016, puis de 100 % dès le 20 février 2017. Elle relevait par ailleurs qu'en vertu du principe d'uniformité de la notion d'invalidité, il convenait d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, les différentes assurances sociales aboutissent à des appréciations divergentes du taux d'invalidité.
60. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 60 ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Toutefois, la chambre de céans n'entrera pas en matière sur la conclusion de la recourante tendant à faire « réviser [...] l'atteinte à [l']intégrité physique ».

En effet, l'intéressée, bien que représentée, n'a pas contesté en procédure d'opposition l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % qui lui a été accordée dans la décision du 1<sup>er</sup> octobre 2018 (son opposition étant dépourvue de toute motivation et de toute conclusion à cet égard). La décision de l'assureur est donc entrée en force sur ce point (ATF 119 V 350 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_817/2017 du 31 août 2018 consid. 5). À titre superfétatoire, on relèvera encore que le mémoire de recours est exempt de tout développement – et donc de tout grief intelligible – concernant cette indemnité.

5. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et de gain.

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).
- b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). 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. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).
- c. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4).

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

Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical 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. À teneur de cette disposition, 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).

Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA

---

n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accidents sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4).

8. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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).

9. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pourcent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (arrêts 8C\_628/2015 du 6 avril 2016 consid. 5.3.5 et 8C\_211/2013 du 3 octobre 2013 consid. 4.1 in SVR 2014 UV n° 1 p. 1; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, n. 35

s. ad art. 28a LAI). L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 ; 9C\_225/2016 du 14 juillet 2016 consid. 6.2.2-6.2.3, 9C\_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.1).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

---

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

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).

11. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

12. En l'espèce, la décision sur opposition du 29 novembre 2018, confirmant une décision initiale datée du 1<sup>er</sup> octobre 2018, repose notamment sur les rapports établis par les Drs I \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_. L'intimée y retient que l'assurée pourrait exercer à plein temps à un poste adapté à son état de santé – tel que celui proposé par l'ex-employeur –, lequel lui permettrait de réaliser un salaire identique à celui

obtenu avant l'accident. En conséquence, l'assurée ne subit pas de perte de gain et ne peut prétendre à une rente. Par ailleurs, l'intimée refuse toute prise en charge des troubles psychiques de l'assurée, au motif que ceux-ci ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, les quatre critères jurisprudentiels requis en cas d'accident de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité, n'étant pas remplis (hormis celui des douleurs persistantes). Enfin, l'intimée confirme mettre fin aux indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2018, considérant que, pour les séquelles accidentelles, l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé ; elle relève au surplus que, même si l'assurée continue à se prévaloir d'une incapacité de travail, elle n'a pas à prendre en charge ses troubles psychiques.

De son côté, la recourante requiert que les indemnités journalières continuent à lui être versées « jusqu'à disparition complète des conséquences de son accident », subsidiairement qu'une rente d'invalidité lui soit accordée. S'appuyant sur les avis de ses médecins, elle soutient ne pas être en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle, déplorant notamment que ses douleurs neurogènes du pied et ses difficultés de concentration « pourraient gêner une activité nécessitant une concentration et ainsi éviter (recte : provoquer) des fautes professionnelles ». Par ailleurs, elle estime qu'un lien de causalité entre l'accident et ses troubles psychiques doit être admis, les critères jurisprudentiels topiques étant réalisés. Enfin, elle allègue que l'intimée a versé dans l'arbitraire en déduisant son degré d'invalidité d'une capacité de travail « médico-théorique » attestée par le médecin d'arrondissement.

13. Il convient en premier lieu de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident de 2014 et les troubles psychiques invoqués par la recourante (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère), tels qu'ils ressortent, entre autres, des rapports établis par les Drs T\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_

a. En l'occurrence, il ressort du dossier que, le 4 octobre 2014, la recourante a raté une marche alors qu'elle descendait les escaliers de son immeuble, ce qui lui a occasionné une fracture tri-malléolaire de la cheville droite (type Weber C). Après avoir été transportée par son mari aux HUG, où elle a brièvement séjourné, elle été transférée à la Clinique de la Colline et s'est faite opérer à deux reprises par le Dr C\_\_\_\_\_ (mise en place d'un fixateur externe, puis ostéosynthèse du pilon tibial). L'assurée a regagné son domicile le 11 octobre 2014. Par la suite, l'assurée a été réopérée en avril 2016, puis en février 2017.

Au regard de son déroulement et de ses conséquences, la gravité de l'accident peut être qualifiée de moyenne, à la limite inférieure (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_610/2012 du 25 juin 2013 consid. 3.1). Dans un tel cas de figure, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un

---

des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.3 et la référence).

b. Considérées objectivement, les circonstances de l'accident ne peuvent être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. La lésion dont il est question, à savoir une fracture de la cheville, n'est pas propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le critère de la gravité des lésions physiques n'est pas réalisé.

c. En ce qui concerne le traitement médical, on rappellera que l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt 8C\_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré deux ans (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). En l'espèce, l'assurée a certes subi plusieurs interventions chirurgicales en 2014, 2016 et 2017. Il convient cependant de relever que le traitement médical n'a consisté qu'en des mesures conservatrices (séances de physiothérapie, antalgiques, infiltrations, utilisation de cannes anglaises), ce qui ne saurait être considéré comme un traitement pénible et invasif sur une longue durée (voir a contrario, pour un cas où ce critère a été admis, l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.2). Par ailleurs, aucune pièce au dossier ne fait état d'une hospitalisation de longue durée. On ne peut dès lors pas parler d'une durée anormalement longue du traitement médical.

d. Par ailleurs, la recourante n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical, entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. La recourante ne fait état d'aucun élément factuel concret qui serait propre à prouver une telle erreur. Les rapports établis à la suite des diverses interventions chirurgicales ne contiennent pas non plus d'éléments en ce sens (cf. rapport d'hospitalisation du 11 novembre 2014 ; rapports du Dr C \_\_\_\_\_ des 16 décembre 2014, 7 septembre 2016 et 23 février 2017).

e. S'agissant du critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs, ni même de rétablir une capacité de travail entière (cf. arrêt 8C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 5.4 et les références). En l'espèce, il convient de relever qu'après une évolution initialement favorable, suite aux deux premières interventions chirurgicales effectuées en octobre 2014, il a été mis en évidence, en février 2015, une fracture de stress du cuboïde, du 3<sup>ème</sup> cunéiforme et de la base du 3<sup>ème</sup> métatarsien. En décembre 2015, une scintigraphie osseuse a montré une

---

évolution défavorable de la fracture du cuboïde droit (évolution vers une fracture complète et remaniements arthrosiques post-traumatiques). La recourante a été réopérée en avril 2016 (ablation du matériel d'ostéosynthèse et résection d'ostéophytes post-traumatiques), puis en février 2017 (ostéotomie de valgisation du calcanéum). Dans la mesure où la guérison a été entravée par la découverte d'une fracture de stress, dont l'évolution a été jugée défavorable, le critère des difficultés apparues au cours de la guérison est rempli. Il n'a toutefois pas revêtu une intensité particulière.

f. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assurée. Ainsi, il n'est pas rempli lorsqu'un assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.3, 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3 et 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'occurrence, la recourante a présenté une incapacité de travail, entrecoupée de reprises à temps partiel : elle a pu reprendre son activité lucrative (aménagée) à 40 % de fin septembre 2015 à début avril 2016, puis à 50 % de septembre 2016 à février 2017, c'est-à-dire jusqu'à ses troisièmes et quatrièmes opérations. Par la suite, le Dr I\_\_\_\_\_ a préconisé une reprise du travail à titre thérapeutique (d'abord à 50 %, avant d'être augmentée) dans son rapport d'octobre 2017, soit trois ans après l'accident et sept mois environ après la dernière opération chirurgicale. Dans son rapport de juin 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé qu'une activité professionnelle était exigible à temps plein, moyennant le respect de certaines limitations. Pour le reste, il faut souligner qu'antérieurement à l'accident du 4 octobre 2014, la recourante était déjà en incapacité de travail pour des raisons psychiques (notamment à 100 % du 17 juin au 31 juillet 2014, puis à 50% du 1<sup>er</sup> août au 3 octobre 2014). Dans ces conditions, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne peut être retenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_810/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3).

g. S'agissant enfin du critère de la persistance des douleurs physiques, il peut être admis, comme l'admet l'intimée. Il n'a toutefois pas non plus revêtu une intensité particulière. D'une part, les douleurs n'ont pas empêché l'assurée de reprendre une activité professionnelle à temps partiel, pendant les deux périodes précédemment mentionnées. D'autre part, le critère des douleurs physiques doit être relativisé, dans la mesure où les troubles psychiques exerçaient déjà une influence notable sur l'état de santé de l'assurée antérieurement à l'accident, comme en témoignent les incapacités de travail attestées à l'époque (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.5 ; 8C\_810/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.4).

h. En fin de compte, seuls deux critères sur les quatre requis sont réalisés en l'espèce. Aucun d'entre eux ne l'est d'une manière marquée. Cela est insuffisant pour

que l'accident du 4 octobre 2014 soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques de la recourante. L'intimée ne répond donc pas de ces troubles, indépendamment du fait que la Dresse W\_\_\_\_\_ ait considéré qu'il existait un lien de causalité naturelle partiel entre l'accident et les troubles psychiques. En effet, l'existence d'un lien de causalité adéquate est une question de droit, qui doit être tranchée à l'aune d'une appréciation juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2014 du 19 février 2015 consid. 3.1).

14. La recourante requiert que les indemnités journalières continuent à lui être versées « jusqu'à disparition complète des conséquences de son accident ».

a. Dans son rapport du juin 2018 – auquel l'intimée s'est ralliée –, le Dr I\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que, bientôt quatre ans après l'accident, l'assurée souffrait encore d'une allodynie du pied, d'une arthrose post-traumatique du Lisfranc, d'une gêne fonctionnelle et d'une symptomatologie neurologique handicapante. Bien que l'assurée avait été prise en charge par de nombreux médecins, notamment les Drs C\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, la situation revêtait un caractère chronique, et l'on ne pouvait plus s'attendre à une amélioration sensible de l'état de santé. Par ailleurs, le Dr I\_\_\_\_\_ jugeait exigible, à plein temps, une activité sédentaire, permettant de limiter les déplacements, d'alterner les positions et d'éviter les stations debout prolongées, de même que les travaux sur terrain instable et le port de charges moyennes à lourdes. Il a donc proposé de « clôturer » le cas, ce que l'intimée a fait en mettant un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2018.

b. La chambre de céans constate que, même si le Dr Q\_\_\_\_\_ a évoqué un état de santé non stabilisé dans un bref rapport daté du 23 novembre 2018, aucun des médecins consultés par la recourante n'a rendu vraisemblable que de nouveaux traitements étaient susceptibles de jouer un rôle, a fortiori sensible, sur la capacité de travail et de gain. En particulier, le Dr O\_\_\_\_\_ n'a pas recommandé de nouvelle intervention chirurgicale. Il ressort ainsi du dossier que l'assurée souffre encore de douleurs neurogènes et d'une allodynie du pied droit, en dépit de quatre interventions chirurgicales et de la médication qui lui a été prescrite. Aussi, vu l'absence de traitement susceptible d'améliorer la capacité de travail et de gain ou d'empêcher une notable diminution de celle-ci, l'intimée pouvait légitimement considérer que l'état de santé était stabilisé au 30 septembre 2018, soit environ 19 mois après la dernière intervention chirurgicale. C'est dès lors à bon droit qu'elle a mis un terme, dès cette date, au versement des indemnités journalières.

15. À ce stade, il convient de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, au regard de ses seuls troubles somatiques. La décision attaquée, fondée sur les rapports établis par le Dr I\_\_\_\_\_ en octobre 2017, mars et juin 2018, la juge entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle que celle proposée par l'ex-employeur.

---

a. D'emblée, il convient de relever que la reconnaissance par l'assurance-invalidité d'un degré d'invalidité de 100 % (cf. préavis de décision du 15 avril 2020) n'a pas d'incidence sur la présente cause. En effet, comme cela vient d'être exposé, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références). Or, l'accident n'est pas en relation de causalité adéquate avec les troubles psychiques, pour lesquels une totale incapacité de travail a été attestée. Aussi, l'intimée ne répond-elle que des troubles dont l'assurée souffre au niveau de la cheville, contrairement à l'assurance-invalidité. De surcroît, on rappellera que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3).

b. Ensuite, la chambre de céans constate que les rapports du Dr I\_\_\_\_\_, malgré leur caractère succinct, ont été établis en pleine connaissance du dossier, relatent les plaintes de l'assurée et reposent sur des examens cliniques complets. Leurs conclusions, attestant d'une pleine capacité de travail dans toute activité permettant essentiellement de limiter les déplacements, d'alterner les positions et d'éviter le port de charges moyennes à lourdes, ainsi que les stations debout et les montées-descentes d'escaliers, sont motivées et exemptes de contradictions, de sorte qu'ils satisfont aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

De ces rapports, il ressort que l'assurée présente une allodynie du pied droit, ainsi qu'une arthrose du Lisfranc externe. Le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé que la trophicité musculaire du membre inférieur droit était conservée et que les diamètres musculaires étaient symétriques, tant au niveau des mollets que des chevilles. En outre, ce médecin a indiqué que si la marche sans béquilles était limitée à environ 5 minutes, l'assurée était capable de marcher avec ses béquilles sur une distance d'un kilomètre. Il a précisé que les douleurs étaient partiellement soulagées par l'utilisation de patchs (Neurodol). Dans ce contexte, on ne voit pas que la recourante, qui est encore jeune (NDR : elle était âgée de 42 ans au moment de l'examen pratiqué par le Dr I\_\_\_\_\_ en octobre 2017), soit empêchée d'exercer une activité sédentaire de type administratif, permettant d'épargner son pied droit. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre notamment le secteur des services, il faut plutôt admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées à ses problèmes de cheville. Le fait que l'ex-employeur ait concrètement proposé à la recourante un poste de travail adapté à son état de santé (agent de vente auprès de la billetterie de B\_\_\_\_\_) en témoigne.

c. Les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ rejoignent dans une large mesure celles des médecins de la CRR, lesquels ont préconisé, en septembre 2016 déjà, la reprise d'une activité professionnelle de type administratif à 50 %, tout en précisant que la situation n'était alors pas encore complètement stabilisée. Par ailleurs, les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ coïncident avec le point de vue exprimé par le

---

chirurgien de l'assurée, le Dr C \_\_\_\_\_, lequel a considéré, en septembre 2018, que le poste proposé par l'ex-employeur était adapté à son état de santé.

d. S'agissant des rapports invoqués par la recourante, émanant notamment des Drs T \_\_\_\_\_, V \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, ils ne permettent pas de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement. La Dresse T \_\_\_\_\_, qui a été consultée dès le mois d'octobre 2018 – donc postérieurement à la décision initiale de la CNA – a certes conclu à une capacité de travail nulle, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, conclusion à laquelle le Dr V \_\_\_\_\_ s'est rallié (en retenant des diagnostics psychiatriques légèrement différents). Toutefois, on relèvera, une fois encore, que la chute dans les escaliers subie par l'assurée n'a entraîné qu'une fracture de tri-malléolaire de la cheville droite. En l'absence d'une relation de causalité adéquate avec l'accident du 4 octobre 2014, l'intimée ne répond pas des troubles psychiques qui, selon les Drs T \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_, limiteraient la capacité de travail. Quant aux Drs M \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, leurs rapports ne revêtent pas une portée déterminante, dans la mesure où ils ne se prononcent pas spécifiquement sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité sédentaire adaptée, telle que préconisée par le Dr I \_\_\_\_\_. Quoiqu'il en soit, ces médecins ne mettent pas en évidence d'élément objectivement vérifiable, qui aurait été ignoré et serait suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions du Dr I \_\_\_\_\_, de sorte que leur point de vue ne saurait prévaloir sur celui du médecin d'arrondissement (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). S'agissant enfin des troubles de la concentration invoqués par la recourante, le Dr S \_\_\_\_\_ a exposé que le faible dosage du Tramal ne permettait de toute évidence pas d'expliquer les troubles allégués et que par ailleurs, des troubles de la concentration étaient très fréquemment associés à la dépression – dont l'intimée ne répond pas –, respectivement aux médicaments prescrits contre celle-ci. La chambre de céans fait siennes ces explications.

e. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans se rallie aux conclusions du Dr I \_\_\_\_\_, lesquelles rejoignent l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ et celui des médecins de la CRR. Il en résulte, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail entière, sous l'angle somatique, dans un poste adapté à l'état de santé de l'assurée – tel que celui proposé par l'ex-employeur – depuis le mois de septembre 2018, soit depuis que le Dr C \_\_\_\_\_ a jugé ce poste compatible avec l'état de santé.

16. Au regard des seules atteintes somatiques et compte tenu de l'exigibilité du poste adapté proposé par l'employeur, pour un salaire identique à celui que percevait l'assurée avant l'accident (CHF 5'200.- bruts par mois), il convient d'admettre, avec l'intimée, que l'assurée présente un degré d'invalidité nul, donc inférieur à 10 % et partant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA).

17. La documentation versée au dossier permettant de statuer en connaissance de cause sur le litige, il est inutile d'administrer d'autres preuves, par appréciation anticipée.
18. Mal fondé, le recours est rejeté.
19. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable, dans le sens des considérants.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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