

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3987/2024

ATAS/869/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 novembre 2025

Chambre 9

En la cause

A_____
représentée par Me Butrint AJREDINI, avocat

recourante

contre

VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, juges assesseurs

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1964, travaillait depuis le 1^{er} juin 2021 en qualité d'employée à temps partiel à la vente sur les marchés pour B_____. Par l'intermédiaire de son employeur, elle était assurée à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la VAUDOISE GÉNÉRALE, Compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assurance).

L'intéressée pratiquait également la vente sur les marchés pour un autre employeur et était employée au sein du Groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (ci-après : GIAP). Depuis 2017, elle exerçait également en tant qu'indépendante dans un cabinet de thérapie énergétique.

b. Le 3 novembre 2021, elle a été victime d'un accident non professionnel, une nacelle élévatrice l'ayant percutée et ayant roulé sur son pied gauche. Elle a été en incapacité totale de travail depuis cette date.

c. L'intéressée a séjourné au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après : HUG) du 3 au 14 novembre 2021, où un traitement conservateur a été mis en place.

d. Une radiographie et un scanner du pied réalisés après l'accident ont mis en évidence une fracture intra-articulaire peu déplacée de la malléole interne gauche, de multiples fractures non déplacées des os naviculaire, cunéiforme latéral et troisième métatarse, sans signe de luxation du Lisfranc, ainsi qu'un arrachement antéro-latéral du tibia. Une radiographie du poignet gauche a conclu à l'absence de fracture aigüe décelable, mais à une rhizarthrose de grade III et à une déminéralisation osseuse, tandis qu'une radiographie du genou gauche est revenue dans la norme.

e. Par déclaration d'accident du 24 janvier 2022, son employeur a informé l'assurance qu'elle s'était blessée au pied et à la cheville gauche.

f. L'assurance a pris en charge le cas, remboursé les frais de traitement et indemnisé l'incapacité de travail.

B. a. Le 28 mars 2022, le docteur C_____, médecin traitant de l'assurée et spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué que l'assurée avait débuté un traitement pour soigner un état dépressif post-traumatique consécutif à l'accident qui avait bouleversé sa vie personnelle et professionnelle. En raison d'un état anxiodépressif avec trouble du sommeil, il avait mis en route un traitement. Au contrôle du 14 février 2022, son état psychique s'était bien amélioré et elle poursuivait son traitement.

b. Dans un rapport de consultation ambulatoire initiale du 16 mai 2022, les médecins des HUG en chirurgie du pied ont retenu une probable étiologie d'algoneurodystrophie de la cheville et du pied gauches et ont adressé l'assurée aux spécialistes de l'antalgie afin de mieux gérer les douleurs.

c. Une échographie de l'épaule droite du 21 juin 2022 a fait état de signes radiologiques compatibles en premier lieu avec une enthésopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs et d'une minime omarthrose débutante.

d. L'assurance a mis en œuvre une expertise médicale auprès de la docteure D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport d'expertise du 23 novembre 2022, l'experte a diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (43.21) depuis novembre 2021. Ce trouble psychiatrique était dû de façon certaine à l'accident du 3 novembre 2021. Il était typiquement réactionnel à un événement extérieur et stressant, secondaire à l'accident. La symptomatologie dépressive était stabilisée, aucun symptôme du registre dépressif n'étant présent lors de l'examen et l'échelle de dépression de Hamilton revenant avec un score non significatif (trois points). Les troubles de l'adaptation, avec un traitement bien conduit, ne permettaient en outre pas de justifier une mise en incapacité de travail sur la durée. Aucun diagnostic d'état de stress post-traumatique ne pouvait être retenu au jour de l'examen, ni un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assurée avait des traits de la personnalité insécure. Les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation au rythme de travail n'étaient pas limitées pour des motifs strictement psychiatriques et aucune autre limitation fonctionnelle n'était retenue par l'experte. La capacité de travail de l'assurée était entière, sans limitation de rendement, dans toute activité.

e. L'assurance a mis en œuvre une seconde expertise médicale auprès du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport d'expertise du 24 mars 2023, après avoir expertisé l'assurée et fait procéder à une scintigraphie osseuse ainsi qu'à un Spect-CT-scan le 27 février 2023, le médecin a retenu que, selon les images recueillies, il n'existait aucun argument pour un syndrome douloureux régional complexe, pas d'anomalie scintigraphique en regard de la malléole interne, du cuboïde et du naviculaire du pied gauche, et pas de signe de pseudarthrose, ni de cal vicieux du tarse gauche. Dans ce contexte, on ne comprenait pas objectivement les raisons de la démarche actuelle de l'assurée et de ses plaintes somatiques. Des facteurs psycho-sociaux étaient suspectés. Les troubles suivants avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée : troubles algiques perdurants de la cheville et du pied gauches entraînant une démarche en suspension du talon gauche associée à une ostéopénie de décharge sans corrélation objective l'expliquant, rhizarthrose bilatérale préexistante, tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, préexistante. Des hypodysesthésies modérées associées à une dermite ocre dans la région de la malléole interne post-écrasement traumatique étaient diagnostiquées sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan de l'assurance-accidents, les limitations fonctionnelles étaient la position verticale et en charge sur une longue

durée, le déplacement sur des sols irréguliers et le port de charges de manière répétitive de plus de 5 kg. Dans une activité respectant ces limitations, telle que l'ancienne activité de secrétaire ou d'assistante de direction, la capacité de travail de l'assurée était entière sans baisse de rendement, dès fin 2022, au plus tard début 2023.

f. Par décision du 27 juin 2023, l'assurance a informé l'assurée que son droit aux indemnités journalières prenait fin au 31 décembre 2022. Elle a toutefois mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2023, afin de permettre à l'assurée de changer d'orientation professionnelle. Elle a également refusé de verser une rente d'invalidité, la comparaison des revenus ne faisant pas apparaître de perte économique. La prise en charge des frais médicaux dès le 1^{er} janvier 2023 était de la compétence de l'assurance-maladie.

g. Le 30 août 2024, l'assurée a formé opposition à cette décision.

Elle a notamment produit :

- Un rapport médical du 8 août 2023 établi par la docteure F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel l'assurée se plaignait de symptômes rattachables à un état de stress post-traumatique depuis l'accident et d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère qui nécessitaient un traitement. Les problématiques psychiatriques étaient secondaires à l'accident et aux conséquences physiques et économiques en découlant ;
- Des notes de suite des HUG des 27 juin et 24 août 2023.

h. Par décision sur opposition du 23 octobre 2024, l'assurance a maintenu sa position. Lors de son examen d'expertise du 21 février 2023, le Dr E_____ était parvenu à la conclusion qu'en l'absence de lésion traumatique objectivable significative expliquant les troubles subjectifs, il n'y avait pas de traitement susceptible d'améliorer notablement l'état actuel. Dans ces conditions, il estimait que l'état était stabilisé vraisemblablement à fin 2022 après la tentative de perfusion de Kétamine qui n'avait pas apporté l'amélioration espérée. Les pièces produites par l'assurée, en particulier les notes de suite des HUG des 27 juin et 24 août 2023, ne permettaient pas de retenir qu'un traitement médical ait pu notablement améliorer la situation. De la même façon, sur le plan psychiatrique, le rapport de la Dre F_____ ne permettait pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise du 23 novembre 2022 de la Dre D_____. La date de stabilisation de l'état de santé de la recourante fixée au 31 décembre 2022 ne pouvait ainsi être que confirmée. Cela aurait dû induire la fin du droit aux indemnités journalières également. L'assurance les avait allouées jusqu'au 30 septembre 2023, ce qui s'avérait pour le moins généreux.

Au vu de l'appréciation des experts mandatés, il ne faisait aucun doute que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'examen du droit à la rente s'effectuait à la date du

1^{er} octobre 2023 dans la mesure où les indemnités journalières avaient été servies jusqu'au 30 septembre 2023. Il convenait ainsi de procéder à une comparaison économique. Au moment de son accident, l'assurée percevait des revenus auprès de trois employeurs différents, par lesquels elle était assurée obligatoirement selon la LAA. Seuls ces revenus étaient pris en compte puisque l'activité indépendante réalisée par l'intéressée n'était pas assurée selon la LAA. De la comparaison entre le gain de valide et le gain d'invalidé, il apparaissait qu'elle subirait tout au plus une perte économique de 3.44%, soit un taux bien inférieur au taux minimum de 10% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Enfin, s'agissant de l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), il était renvoyé à l'appréciation du Dr E_____ du 24 mars 2023 au sujet de l'absence de dommage permanent ouvrant le droit à une indemnisation.

- C. a. Par acte du 25 novembre 2024, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, contre la décision précitée, sollicitant son annulation, le versement des prestations (indemnités journalières et frais de traitement) à compter du 1^{er} janvier 2023 et l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 74'100.-. À titre préalable, elle a sollicité l'apport du dossier de l'assurance-invalidité et la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire.

La comparaison des revenus effectuée par l'autorité intimée était « totalement fautive ». Elle ne prenait pas en compte sa situation particulière. Les conditions de l'art. 19 LAA étaient remplies, puisque son état de santé restait dégradé malgré des traitements longs et intensifs, rendant la réadaptation professionnelle impossible. Elle avait donc droit à une rente d'invalidité entière.

La perte d'un pied donnait droit à une indemnité de 30% alors que l'atteinte à des fonctions psychiques partielles donnait droit à une indemnité de 20%. Elle avait donc droit à une indemnité globale pour atteinte à son intégrité physique et psychique de 50%, soit la somme de CHF 74'100.-.

Elle a notamment produit les bulletins de salaire établis par ces trois employeurs.

- b. Par réponse du 21 janvier 2025, l'assurance a conclu au rejet du recours.

L'assurée n'avait pas expliqué en quoi la comparaison des revenus serait erronée. S'agissant des troubles psychiques, les frais avaient déjà été pris en charge jusqu'au 31 décembre 2022 (frais médicaux), respectivement au 30 septembre 2023 (indemnités journalières), soit jusqu'à la date de stabilisation de l'état de santé sur le plan somatique. Au-delà de ces dates, les troubles n'étaient pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident assuré. L'accident du 3 novembre 2021 se situait dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* et aucun des critères n'était rempli de façon suffisante. Si la recourante avait certes subi une atteinte à la santé physique relativement importante au niveau de la cheville et du pied, cette lésion n'expliquait pas l'évolution douloureuse et défavorable.

c. Le 30 avril 2025, la recourante a indiqué n'avoir pas d'observations complémentaires.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 1^{er} janvier 2023.

2.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les suites indirectes d'un accident (RAMA 2003 n. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009

consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5 ; ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5b/aa).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

2.2 Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5a), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le

piéd) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (ATF 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

Pour admettre l'existence du lien de causalité adéquate 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- 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 au cours de la guérison et des 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. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

Le trouble de stress post-traumatique (CIM-10 ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (ATF 142 V 342 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement (*cf.* ATF 142 V 342 consid. 5.2.2). Une motivation particulière est nécessaire dans les cas où, exceptionnellement et pour des motifs déterminés, une durée supérieure à six mois doit être prise en compte (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_571/2023 du 11 janvier 2024 consid. 6.2 et la référence ; 9C_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les références).

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

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite de traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

2.4 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 ; SVR 2008 IV n. 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

2.5 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

3. En l'occurrence, l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical avec effet au 1^{er} janvier 2023 et au versement de l'indemnité journalière

au 30 septembre 2023. Se fondant sur les expertises médicales des 7 décembre 2022 et 21 février 2023, l'assurance a considéré que l'état de santé de la recourante s'était stabilisé au 1^{er} janvier 2023. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces deux expertises.

La chambre de céans constate tout d'abord que ces rapports d'expertise remplissent, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Ils contiennent en effet un résumé des rapports médicaux du dossier, une anamnèse, les plaintes de la recourante et des observations cliniques. Les conclusions des experts sont en outre claires et bien motivées. Chaque expert a également énuméré de façon détaillée les diagnostics retenus et a répondu aux questions qui lui étaient soumises.

Sur le fond, l'expert orthopédiste a retenu les diagnostics suivants : troubles algiques perdurants de la cheville et du pied gauches entraînant une démarche en suspension du talon gauche associée à une ostéopénie de décharge sans corrélation objective l'expliquant, rhizarthrose bilatérale préexistante, tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, préexistante. Il a également retenu des hypodysesthésies modérées associées à une dermite ocre dans la région de la malléole interne post-écrasement traumatique, sans influence sur la capacité de travail. Selon l'expert, les plaintes algiques importantes décrites par l'assurée concernant le pied et la cheville gauches étaient en relation de causalité certaine avec l'accident. Cela était dû aux troubles circulatoires locaux cicatriciels ayant induit une dermite ocre par écrasement de cette zone. Par contre, tout ce qui concernait la problématique décrite lors de la marche était difficilement explicable en l'absence de substrat organique significatif autre démontré. Dans ce contexte, les plaintes de l'assurée n'étaient qu'en relation de causalité possible avec l'événement du 3 novembre 2021. Concernant les plaintes au niveau de la rhizarthrose gauche et de l'épaule droite, il s'agissait dans le premier cas de troubles dégénératifs classiques liés à l'âge et dans le second cas, d'une maladie rhumatismale sous forme d'une tendinite calcifiante. La relation de causalité naturelle était exclue pour ces deux pathologies avec l'accident du 3 novembre 2021. Les limitations fonctionnelles comprenaient la position verticale et en charge sur une longue durée, le déplacement sur des sols irréguliers et le port de charges de manière répétitive de plus de 5 kg. Dans une activité respectant ces limitations, telle que l'ancienne activité de secrétaire ou d'assistante de direction, la capacité de travail de l'assurée était entière sans baisse de rendement, dès fin 2022, au plus tard début 2023. L'expert a également relevé que sur le plan de l'assurance-accidents, l'état pouvait être considéré comme stabilisé, vraisemblablement à fin 2022 après la tentative de perfusion de Kétamine qui n'avait pas donné le succès espéré. Dans ce contexte, et en l'absence de lésion objective majeure traumatique, on pouvait considérer que son état était stabilisé.

Devant la chambre de céans, la recourante ne conteste pas spécifiquement cette appréciation. Elle se limite à rappeler que les blessures graves au pied et à la

cheville sont la conséquence directe et immédiate de l'accident. Ce point n'est toutefois pas contesté, l'expert orthopédiste ayant précisément retenu que les plaintes algiques importantes décrites par l'assurée concernant le pied et la cheville gauches étaient en relation de causalité certaine avec l'accident. L'assurance a d'ailleurs presté au titre de cet événement jusqu'au 31 décembre 2022 (s'agissant des frais de traitement) et jusqu'au 30 septembre 2023 (s'agissant des indemnités journalières). S'agissant de la stabilisation de sa situation médicale, elle allègue certes que son état de santé nécessite un suivi médical continu, ainsi que des traitements lourds et médicamenteux, mais ne prétend pas que ce suivi serait susceptible de conduire à une sensible amélioration de son état de santé. L'intéressée fait d'ailleurs valoir que les conditions de l'art. 19 LAA seraient remplies, ce qui implique que son état de santé se serait stabilisé. Pour le reste, et comme l'a retenu l'autorité intimée, sans avoir été contredite sur ce point, les pièces médicales versées dans le cadre de son opposition, en particulier les notes de suite des 27 juin et 24 août 2023, ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expertise orthopédique sur ce point. Aucun médecin n'a en effet indiqué qu'un quelconque traitement médical était de nature à améliorer de manière significative l'état de santé de la recourante sur le plan somatique. La reprise de séances de physiothérapie ne suffit pas pour retenir une potentielle amélioration sensible de l'état de santé. On notera d'ailleurs que la reprise du traitement ne semble pas avoir eu d'effet bénéfique, le médecin des HUG ayant constaté des exacerbations douloureuses (cf. note de suite du 24 août 2023). Ainsi, au vu des pièces médicales au dossier, l'intimée a confirmé à juste titre que l'état de santé de la recourante était, au plan somatique, stabilisé au 1^{er} janvier 2023.

La recourante ne remet pas non plus en cause l'appréciation de l'expert orthopédique s'agissant de sa capacité de travail sur le plan somatique. Les pièces médicales produites par l'intéressée ne se prononcent d'ailleurs pas sur ce point.

Compte tenu de ce qui précède, l'expertise orthopédique doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

S'agissant de l'expertise psychiatrique, la Dre D_____ a posé le diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (43.21) depuis novembre 2021. Selon l'experte, ce trouble psychiatrique était dû de façon certaine à l'accident du 3 novembre 2021. Il était typiquement réactionnel à un évènement extérieur et stressant, secondaire à l'accident. La symptomatologie dépressive était toutefois stabilisée à la date de l'expertise, soit le 23 novembre 2022, aucun symptôme du registre dépressif n'étant présent lors de l'examen et l'échelle de dépression de Hamilton revenant avec un score non significatif (trois points). Les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation au rythme de travail n'étaient pas limitées pour des motifs strictement psychiatriques et aucune autre limitation fonctionnelle n'était retenue par l'experte. La capacité de travail de l'assurée était entière, sans limitation de rendement, dans toute activité.

La recourante conteste cette appréciation et se prévaut du rapport médical de la Dre F_____ du 8 août 2023 qui évoque des symptômes rattachés à un état de stress post-traumatique et pose le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère.

Ce seul rapport médical ne suffit toutefois pas à écarter l'appréciation de l'experte s'agissant des troubles psychiques retenus. L'experte a en effet dûment expliqué les raisons pour lesquelles elle ne retenait pas de diagnostic psychiatrique de récurrence dépressive. Elle a notamment expliqué que la recourante n'avait aucun antécédent psychiatrique et que les symptômes présentés par l'intéressée ne correspondaient pas à ce diagnostic (absence de diminution de l'aptitude à se concentrer, absence de fatigue psychique importante après un effort minime, absence de trouble du sommeil, absence de trouble des conduites alimentaires, absence de trouble de la libido, absence d'aboulie et d'anhédonie, absence de difficultés à socialiser, absence de fragilité de l'estime de soi, absence de perte de confiance en soi, absence de perte d'intérêt pour les activités agréables). Il n'y a donc pas lieu de s'écarter du diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée retenu par l'experte.

En tant que la recourante soutient que ses troubles psychiques seraient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 3 novembre 2021, force est de constater que l'experte a retenu un lien de causalité certain. Elle a toutefois relevé que l'état de santé de la recourante était stabilisé sur le plan psychique et que sa capacité de travail était entière. Les pièces produites par la recourante ne permettent pas de s'écarter de cette appréciation. Il ne ressort en particulier pas du rapport médical de la Dre F_____ du 8 août 2023 que les troubles psychiques retenus par la psychiatre traitante de l'assurée seraient incapacitants.

Au demeurant, et comme l'a relevé l'intimée dans sa réponse, les troubles psychiques ne seraient, quoi qu'il en soit, pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Il n'est en effet pas contesté que l'accident doit être considéré comme étant de gravité moyenne au sens strict, si bien que trois des critères jurisprudentiels doivent au moins être remplis pour que la causalité adéquate soit admise, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, contrairement à ce que retient la recourante, il ne ressort pas du dossier que l'accident aurait revêtu un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique au sens de la jurisprudence (à titre de comparaison, ce critère a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel [arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008, consid. 3.3.3], d'un carambolage de masse sur l'autoroute [arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1], ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'était encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager [arrêt du Tribunal fédéral U 18/07 du 7 février 2008]). Par ailleurs, et sans minimiser les

atteintes subies par la recourante au niveau du pied et à la cheville, qui revêtent une certaine importance, celles-ci ne sont pas de nature à atteindre la gravité requise par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 [perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante] ; 8C_398/2012 du 6 novembre 2020 [rupture de la rate, fissure de l'estomac, hémopneumothorax bilatéral et fracture costale en série]). Quant au critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il n'est pas non plus réalisé. Une hospitalisation de douze jours ne saurait être qualifiée d'anormalement longue au sens de la jurisprudence (ATF 148 V 138 consid. 5.3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3 ; 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.2 ; 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6 ; U.37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3), étant précisé que la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 ; U.380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n. U 549 p. 239).

Pour le reste, aucun autre critère n'entre en ligne de compte, et la recourante ne s'en prévaut pas, étant rappelé que trois des critères jurisprudentiels doivent au moins être remplis pour que la causalité adéquate soit admise. Le dossier ne fait en particulier mention d'aucune erreur médicale, ni difficultés ou complications importantes apparues au cours de la guérison. Le critère des douleurs persistantes n'apparaît pas non plus rempli, les médecins décrivant une évolution favorable de celles-ci. Quant à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, elle n'apparaît pas particulièrement longue au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3 ; 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 ; 8C_547/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 5.1 et les références ; 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2 ; 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.4).

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas matière à se distancer des conclusions des experts selon lesquelles l'état de santé de la recourante est stabilisé depuis le 1^{er} janvier 2023 et qu'elle dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

4. L'état de santé étant considéré comme stabilisé et la capacité de travail de la recourante ayant été déterminée de manière probante par l'intimée, il s'agit d'examiner le calcul du droit à la rente d'invalidité effectué par l'intimée.

4.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

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

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (al. 1, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'expression « marché du travail équilibré dans son domaine d'activité » a été remplacée, dans le texte français, par celle de « marché du travail équilibré qui entre en considération », dans le but de faire correspondre la version française aux versions allemandes et italiennes (cf. Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 2 mars 2018, FF 2018 1622).

4.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit

être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires et la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue. Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité. On rappellera cependant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents de même, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par l'employeur. Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut également se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1er juillet 2021 consid. 5.1 et les références).

Dans le domaine de l'assurance-accidents, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Il faut, autrement dit, rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_664/2007 du 14 avril 2008 consid. 7.2.2 à 7.2.5 et les références).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V

75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V

174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

4.4 Dans la décision litigieuse, l'intimée a retenu qu'à la date de l'accident, la recourante percevait des revenus de trois employeurs différents. Se fondant sur un salaire horaire moyen de CHF 24.- sur 45 heures par semaine, elle a retenu un

revenu annuel d'au maximum CHF 56'160.- (CHF 24.- x 45 heures x 52 semaines) pour un taux d'activité de 100%. Renchéri jusqu'en 2023, le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 57'583.55. S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimée s'est référée aux salaires statistiques, soit le tableau « TA1_tierge_sill_level » pour l'année 2022, niveau de compétence 1. Elle a retenu un revenu d'invalidité de CHF 55'599.12 pour l'année 2023 (CHF 4'367.- x 41.7 / 40 heures x 12 x 2872 [indice 2023] / 2822 [indice 2022]). Ainsi, après comparaison des revenus, le degré d'invalidité de la recourante se montait à 3.44%, arrondi à 3%.

Devant la chambre de céans, la recourante indique que la comparaison des revenus opérée par l'autorité intimée est « totalement fausse ». Elle ne conteste toutefois aucun des éléments retenus par l'intimée à l'appui de ses calculs. Elle ne prétend pas avoir été assurée dans le cadre de son activité lucrative indépendante et ne remet en cause ni les revenus perçus dans le cadre des trois emplois effectués avant l'accident, ni l'utilisation des salaires statistiques pour la détermination du revenu avec invalidité. Ainsi, en tant qu'elle repose sur les pièces au dossier - en particulier les bulletins de salaire produits par la recourante - et la jurisprudence rendue en la matière, la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'intimée doit être confirmée. Or, dans la mesure où le taux d'invalidité est inférieur au taux minimum de 10% ouvrant le droit à une rente d'invalidité, c'est à raison que l'intimée a nié le droit à une rente.

5. Reste à examiner si la recourante a droit à une IPAI.

5.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1re phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2e phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status

médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références).

Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d).

5.2 Des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 2b ; 124 V 29 consid. 3). Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

5.3 Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{re} phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^e phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{re} phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral

U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, *cf.* également ATF 140 V 193 consid. 3.2).

6. Dans la décision entreprise, l'intimée a nié le droit de la recourante à l'octroi d'une IPAI sur la base des expertises des Dr E_____ et D_____. Sur le plan rhumatologique, le Dr E_____ a en particulier constaté qu'objectivement, la recourante ne présentait qu'une dermite ocre sans fragilité tissulaire significative, associée à une hypodysesthésie localisée qui ne justifiait pas d'IPAI. Il a ajouté que l'intéressée n'avait aucun trouble dégénératif secondaire de ces anciennes fractures à la dernière Scinti-Spect-CT-scan. La Dre D_____ a relevé quant à elle que l'accident n'avait provoqué aucun dommage permanent du point de vue psychiatrique.

La recourante estime pour sa part que ses atteintes sont graves et durables. Elle relève qu'aucune perspective d'amélioration n'est envisageable et qu'il n'existe aucun emploi adapté à son état de santé sur le marché du travail. Elle ajoute que l'accident a entraîné un état dépressif récurrent avec une hospitalisation à la Clinique du Salève. Il sied toutefois de rappeler que le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales. Or, la recourante ne s'appuie sur aucun élément médical pour critiquer l'appréciation des Drs E_____ et D_____ quant à l'IPAI. La chambre de céans

observe par ailleurs que les experts ont pris en considération l'intégralité des éléments médicaux au dossier et pris position sur l'IPAI de manière convaincante. Comme déjà indiqué, le contexte médical a été clairement décrit par ces deux spécialistes et leurs conclusions sont motivées.

C'est partant à juste titre que l'intimée a nié le droit de la recourante à l'octroi d'une IPAI.

Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il n'est pas nécessaire de mettre sur pied une expertise judiciaire. Il ne sera pas non plus donné suite à la demande d'apport de la procédure de l'assurance-invalidité, dès lors que le dossier contient toutes les pièces utiles pour statuer sur les questions pertinentes en matière d'assurance-accidents. Il sera du reste précisé que la recourante, qui avait accès à son dossier de l'assurance-invalidité, a eu l'occasion, tant devant la chambre de céans que lors de la procédure d'opposition, de produire tous les documents médicaux utiles pour soutenir son argumentation.

7. Le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

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

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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