

## **GE\_GERICHTE A/4649/2007 vom 14. August 2008**

GE Cour de justice, 2008-08-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4649\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4649_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/4649/2007 du 14 août 2008

IT: GE\_GERICHTE A/4649/2007 del 14 agosto 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.08.2008  
A/4649/2007

A/4649/2007 ATAS/886/2008 du 14.08.2008 ( LAA ) , REJETE Recours TF déposé le 26.09.2008, rendu le 03.06.2009, REJETE, 8C\_780/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4649/2007 ATAS/886/2008 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 14 août 2008 En la cause Madame C \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, mais comparant par Maître Marc BELLON, en l'Étude de qui elle élit domicile recourante contre NATIONALE SUISSE ASSURANCES, Steinengraben 41 à Bâle, comparant par Maître Didier ELSIG, en l'Étude de qui elle élit domicile intimée EN FAIT Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), a exercé la profession de préparatrice en pharmacie chez X \_\_\_\_\_ de Genève depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1994. Le 10 juillet 2002, l'assurée, qui roulait au guidon d'un motorcycle, a été victime d'une chute qui lui a occasionné une fracture oblique de la malléole externe de la cheville droite. Cette fracture a été réduite par ostéosynthèse au terme d'une opération chirurgicale pratiquée le 18 juillet 2002. À teneur des rapports médicaux établis au cours des mois suivants par les docteurs L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_, chirurgiens orthopédiques, N \_\_\_\_\_, neurologue, et O \_\_\_\_\_, son médecin traitant et chef de la clinique de rééducation aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assurée se plaignait de troubles sensitifs, principalement au dos du pied, sous forme de dysesthésies, de douleurs au toucher et de lancées électriques, qui entraînaient une impotence partielle d'appui. Pratiquée le 20 novembre 2002 par le Dr N \_\_\_\_\_, une neurographie a révélé que le nerf musculo-cutané droit avait été complètement sectionné (neurotmésis ou axonotmésis). Le 21 janvier 2003, l'assurée a subi une nouvelle opération, au cours de laquelle le chirurgien a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et à la cure du nerf péronier superficiel (ou nerf musculo-cutané) qui était « complètement englué dans une importante fibrose ». Les symptômes de type décharge électrique ont alors semblé disparaître avant de réapparaître avec constance (comp. pièces 13 et 22bis rec.). Au terme d'un examen pratiqué le 22 juillet 2003, le Dr N \_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée présentait toujours les signes d'une atteinte du nerf sensitif musculo-cutané de la jambe droite et, notamment, une dysesthésie avec hyperpathie invalidante; elle se déplaçait à l'aide de cannes anglaises quand la distance à parcourir dépassait quelques mètres. Les examens médicaux effectués par différents spécialistes d'octobre 2003 à mai 2004 ont montré que la douleur neurogène éprouvée par l'assurée s'étendait sur la partie externe de sa jambe droite, qu'elle était de plus en plus invalidante et qu'elle s'accompagnait d'un état dépressif sévère (rapport du Dr L \_\_\_\_\_ du 30 janvier 2004, pièce 21 rec.). Les diverses approches thérapeutiques réalisées n'ayant pas apporté le soulagement escompté, une nouvelle intervention chirurgicale était envisagée. Dans un rapport intermédiaire daté du 12 février 2004 (pièce 25 rec.), le docteur P \_\_\_\_\_, neurochirurgien, a préconisé un traitement

antalgique par neurostimulation médullaire, dont il a estimé probable qu'il soit instauré à vie. Pour sa part, le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a relevé, dans une lettre adressée au Dr O\_\_\_\_\_ le 12 mai 2004 : « l'évolution de cette patiente est dramatique. En effet, la fracture est consolidée, la cheville est mobile. Il peut effectivement persister une hypersensibilité, un névrome récidivé mais en aucun cas, ceci n'explique le fait que la patiente doive marcher avec 2 cannes, qu'elle soit tout simplement inexaminable car au moindre toucher, même de la cuisse, elle sursaute. Il y a une surcharge psychique dans cette atteinte neurologique qui rend difficile toute approche thérapeutique ». En juillet 2004, l'assurée s'est soumise à une thérapie neurale, consistant en l'injection d'anesthésiques locaux dans la cicatrice, sur la cuisse et dans le dos, dont l'évolution a été jugée favorable, un mois plus tard, par le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et thérapie neurale, et « nettement favorable » par la doctoresse S\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans un rapport intermédiaire daté du 2 décembre 2004, qui faisait en outre état de la possibilité d'une reprise progressive de l'activité professionnelle en 2005. À la demande de l'assureur, l'assurée (dont « il faut rappeler [qu'elle] a de bonnes notions du domaine médical, et parle donc de ses troubles, limitations, traitements et autres en connaissance de cause ») lui a accordé un entretien le 10 août 2004, au cours duquel elle a notamment déclaré (cf. pièce 30 rec.) que depuis l'introduction du traitement par thérapie neurale, l'aspect de la cicatrice (« grande et relativement impressionnante » selon l'assureur) s'était nettement amélioré et qu'elle pouvait à nouveau bouger le pied droit et, par conséquent, conduire une voiture; pour la première fois depuis l'accident, elle sentait « un mieux », même si des sensations de chaud et froid jusqu'à la cuisse et de « décharges électriques » étaient encore constamment perceptibles; d'autre part, elle vivait seule depuis le décès de son époux (survenu en 2001) et ressentait très mal le fait de ne pas comprendre ce qui lui arrivait et de ne pouvoir travailler; à cet égard, elle ne voulait pas penser à autre chose qu'à reprendre son ancien poste de travail; d'autre part, elle avait conscience qu'initialement, son accident n'aurait dû occasionner qu'une incapacité de travail de trois mois; enfin, elle se déplaçait toujours à l'aide de ses cannes anglaises et consacrait un temps considérable aux tâches les plus banales de la vie quotidienne. À la rubrique du compte-rendu de l'entretien, consacrée aux « observations objectives », l'assureur a noté ce qui suit : l'assurée « a l'air d'une personne franche et déterminée, mais qui commence sérieusement à trouver le temps long depuis le début de son incapacité de travail. Durant l'heure et demie qu'a duré l'entretien, elle n'a cessé de bouger son bassin sur la chaise, cherchant une position convenable, sans toutefois jamais la trouver. Je pense que par-dessus tout, notre assurée désire pouvoir à nouveau travailler comme préparatrice en pharmacie, et je ne l'[a] sens absolument pas prête à un reclassement professionnel. Selon moi, si l'A.I. devait intervenir pour une réadaptation, [elle] le prendrait très mal et il risquerait d'y avoir des problèmes psychologiques par la suite. Se poserait alors la question de la relation de ces troubles avec l'accident. De prime abord, l'événement en lui-même ne revêt pas un caractère particulièrement grave ou impressionnant (l'assurée me le confirme). Néanmoins, le traitement médical quant à lui est lourd et dure depuis deux ans, de même que l'incapacité de travail. À suivre donc. » D'un rapport d'expertise neurologique établi le 14 octobre 2004 sur mandat de NATIONALE SUISSE ASSURANCES (ci-après : l'assureur) par le docteur T\_\_\_\_\_, neurologue, il ressort les éléments suivants : suite à son accident, l'assurée a développé un tableau évocateur d'une irritation du nerf musculo-cutané ainsi que des douleurs d'ordre osseux; initialement, sa symptomatologie est demeurée d'ordre neurologique suivant l'évolution

tout à fait naturelle de la lésion d'un nerf périphérique; par la suite, à une extension des douleurs à l'ensemble du rachis et du membre inférieur droit se sont associés de nombreux signes de vulnérabilité tels qu'une labilité émotionnelle, un sommeil non réparateur entrecoupé de ressassements d'idées, une diminution du seuil de sensibilité à la douleur en général et, peut-être, certains traits dépressifs; depuis l'instauration de la thérapie neurale, l'assurée a pour la première fois connu une discrète amélioration de son état, qui lui a permis d'exprimer un franc désir de reprendre l'exercice de son activité professionnelle; l'examen somato-sensoriel quantifié n'a permis que de confirmer une atteinte du nerf musculo-cutané, qui ne semble cependant pas totale puisque persiste une sensibilité au chaud et au froid dans son territoire. Au chapitre de l'évaluation du lien de causalité naturelle entre l'accident et les diagnostics posés, l'expert a précisé que ce lien était certain s'agissant du status après fracture de la cheville droite, certain également pour le névrome du nerf musculo-cutané « puisqu'il s'agi[ssait] des suites opératoires d'une intervention motivée par l'accident »; le lien de causalité avec le syndrome de consommation ( burn out ) a été qualifié de possible; en revanche, il a été nié s'agissant de l'état anxio-dépressif constaté. Au chapitre du traitement des suites de l'événement accidentel, le rapport d'expertise précise que, compte tenu de la persistance probable d'une hyperpathie et de douleurs loco-régionales, l'usage d'une médication à base d'antidépresseurs tricycliques et d'antiépileptiques notamment, associé à la thérapie neurale, s'imposait pour une durée indéterminée. Au vu de ces résultats, une reprise de travail à plein temps était jugée possible, moyennant l'échelonnement progressif et régulier, sur six mois, du taux d'activité par paliers de 25%, et la faculté pour l'assurée de travailler assise; passé ce délai, des mesures de reconversion professionnelle, avec épargne du pied droit notamment, devraient en outre être envisagées. Pour le surplus, s'agissant de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée, le Dr T \_\_\_\_\_ a précisé : « Pour ma part, je pense qu'elle est mineure, à 10% ». Suite à un entretien accordé la veille par son assurée, l'assureur a, en date du 10 novembre 2004, rédigé une notice dans laquelle on peut lire : l'assurée « est tout à fait d'accord pour reprendre le travail, comme le confirme le Docteur T \_\_\_\_\_ dans son rapport. Le problème qui se pose est celui de l'activité en elle-même. En effet, cela fait plus de 2 ans que l'assurée ne travaille plus, et elle estime avoir perdu pas mal de connaissances. Elle souhaiterait ainsi pouvoir commencer progressivement, tant pour ce qui est de sa capacité exigible que des responsabilités qu'on lui donnera. [Elle] en a par ailleurs déjà parlé avec son employeur qui va voir ce qu'il peut lui trouver. [...] Elle avait à gérer du personnel, surtout faire du controlling. C'est cet aspect qui lui fait un peu peur aujourd'hui. [...] Notre assurée me dit encore aujourd'hui souffrir de douleurs estimées à 7 sur une échelle de 10. La thérapie neurale fonctionne dans le sens que les douleurs sont constantes, et non plus par pics de violence. De plus, elle fait de l'hypnose, et prend même des cours d'autohypnose. Contrairement à notre dernier entretien du 10 août 2004, il me semble cette fois que notre assurée est objectivement apte physiquement à travailler. Elle se déplace sans béquilles et n'a pratiquement plus de mouvements de gêne lorsqu'elle est assise. [Elle] souhaite vraiment faire tout ce qu'elle peut pour recouvrer son état antérieur. Elle refuse toujours la proposition d'une intervention chirurgicale consistant à placer des électrodes le long de sa colonne. Cette technique diminuerait ses douleurs de 10% selon les médecins. Notre assurée me dit qu'elle ne verrait alors pas tellement la différence. [...] Il convient de suivre ce dossier de sorte que l'assurée se sente toujours soutenue et recommence son travail rapidement. » Le 20 novembre 2004, l'assurée a été victime d'une entorse avec atteinte du ligament péronéo-astragalien à la cheville gauche en

mettant le pied dans un trou, ce dont elle a informé l'assureur par téléphone trois jours plus tard (pièce 37 rec.). Dans un rapport médical adressé le 22 novembre 2004 au médecin-conseil de l'assureur, le Dr O \_\_\_\_\_ a notamment résumé la situation en ces termes : « Depuis [l'intervention chirurgicale du 21 janvier 2003] s'est installé[e] une chronicisation avec douleurs invalidantes de son membre inférieur rebelle à tous traitements. Les différentes consultations n'ont pas rapporté de résultats significatifs. Seule la thérapie neurale a amélioré nettement la patiente, avec une diminution globale des douleurs, permettant une marche sans canne et amélioration cutanée de la cicatrice et de la couleur de la peau ». Le praticien préconisait en outre la « poursuite de la thérapie neurale associée à des séances d'ostéopathie pour lombalgies, de la physiothérapie en piscine et des séances de ressensibilisation par ergothérapie », ainsi qu'un traitement médicamenteux comprenant « Surmontil, Tégretol, Rivotril [et] vitamine B ». Enfin, le Dr O \_\_\_\_\_ précisait que la durée probable du traitement était encore indéterminée ; à la rubrique « Reprise du travail », il a noté : « 100% à visée thérapeutique à partir de novembre 2004 » (cf. pièce 36 rec.). Dans un rapport médical intermédiaire daté du 5 janvier 2005, la doctoresse U \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne, stable, et fait état d'une reprise du travail au taux de 20% prévue en janvier 2005. Selon un certificat médical établi par le Dr R \_\_\_\_\_ le 8 mars 2005, l'assurée a repris son activité professionnelle dès le 3 janvier 2005 au taux de 25% (pièce 41 rec. = pièce M60 intimée). Dans un rapport daté du 9 mars 2005, le docteur V \_\_\_\_\_, radiologue, constatant que la jambe gauche de l'assurée était tuméfiée, a procédé à un examen au terme duquel il a conclu à l'existence d'une thrombophlébite de la veine saphène interne gauche. Une incapacité totale de travailler a été attestée par certificat médical du même jour. Le 6 avril 2005, l'assureur et son assurée ont eu un entretien de près de deux heures. Du procès-verbal, il ressort que l'assurée « signale qu'elle a marché pendant deux ans et demi avec les cannes anglaises. En ce moment, elle souffre de la cheville gauche, mais la cheville droite est encore douloureuse, cependant moins qu'avant (soit moins qu'il y a six mois). Actuellement, elle n'a plus de cannes anglaises, mais présente une boiterie à la marche. En position assise et debout, elle doit sans cesse bouger, car le nerf sciatique a été raccourci (cela est dû à la situation de départ à cause du Dr I \_\_\_\_\_). Le Dr M \_\_\_\_\_ a constaté un névrome cicatriciel et il l'a opéré en janvier 2003. Le nerf est en train de repousser. Au niveau de la marche, elle a marché (janvier à mars 2005) pendant 30 à 45 minutes depuis son domicile pour aller travailler à la rue de Carouge 55. Pendant le trajet, elle marquait plusieurs pauses. En temps normal, elle mettrait 15 à 20 minutes pour faire ce trajet. A la fin de son travail, elle prenait le tram pour rentrer à la maison. Elle ne se sent pas mieux couchée que debout ou assise, et a évidemment des troubles du sommeil. Elle peut conduire une voiture avec des douleurs et elle se déplace pour aller aux thérapies. Elle fait un peu de vélo. Elle dit avoir repris le 3 janvier 2005 à 25%, mais actuellement, elle est en arrêt de travail à 100% depuis le 9 mars 2005. L'état s'est péjoré depuis cette date. Elle est limitée dans la position debout à cause des douleurs et des décharges électriques dans les membres inférieurs. En position assise également, elle est limitée et change souvent de position. Actuellement, elle ne peut vraiment s'appuyer sur aucune jambe et c'est cela qui pose problème. Le suivi thérapeutique l'empêche aussi dans sa capacité de travail. » Par lettre recommandée du 19 mai 2005, X \_\_\_\_\_ de Genève a déclaré résilier le contrat de travail de l'assurée avec effet au 31 août suivant. À la mi-juin cependant, l'employeur a repris contact avec l'assurée pour lui proposer de reprendre progressivement une activité comparable à celle

qu'elle avait exercée avant son accident, mais limitée au taux de 50%. Par lettre du 6 juillet 2005 adressée au Centre multidisciplinaire de la douleur (ci-après : CMD), l'assureur a sollicité la réalisation d'une expertise médicale multidisciplinaire (neurologique et psychiatrique). L'assureur précisait notamment : « Nous vous laissons prendre connaissance des conclusions du [Dr T\_\_\_\_\_]. Il est intéressant de noter que l'assurée et l'expert ont convenu ensemble une reprise de travail progressive, qui devrait être totale à dater de six mois après l'événement. [L'assurée] a ainsi repris son activité professionnelle à 25% dès le mois de février 2005, puis à 50% au mois de mars, et aurait dû reprendre à 75% en avril. Cependant, un certificat médical nous attestant une nouvelle incapacité de travail totale à partir de mi-mars 2005 nous a été adressé entre-temps. [...] Le 1<sup>er</sup> avril 2005, le [Dr O\_\_\_\_\_] nous répond que l'assurée souffre toujours de sa cheville droite, et que la tentative de reprise de travail à 25% est un échec compte tenu des douleurs de l'assurée à la station debout et à la marche. À noter à ce sujet que notre assurée se rendait à son lieu de travail à pied, ce qui représente 1h30 (aller-retour) de marche par jour (ce [qu']elle a elle-même confirmé à un de nos collaborateurs lors d'un entretien protocolé). Toute intervention chirurgicale est à exclure pour l'instant. Le Docteur O\_\_\_\_\_ estime que l'invalidité durera au moins jusqu'à la fin de l'année 2005. » Sur la base d'une proposition formulée dans leur rapport du 23 juin 2005 par le Dr O\_\_\_\_\_ et par D\_\_\_\_\_, responsable de l'atelier de rééducation, l'assurée a exercé son activité chez X\_\_\_\_\_ à raison de dix heures par semaine dès le 18 juillet 2005 et de quatorze heures par semaine à compter du 10 août 2005. Le 20 octobre 2005, elle a conclu avec X\_\_\_\_\_ de Genève un contrat de travail par lequel elle s'engageait à occuper la fonction de préparatrice en pharmacie dix heures par semaine, moyennant le versement d'un salaire mensuel brut de 1'475 fr. À la demande adressée par l'assureur au CMD, les docteurs T\_\_\_\_\_, neurologue, W\_\_\_\_\_, rhumatologue, et Y\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, ont procédé à une expertise le 25 août 2005, dont ils ont remis le rapport en date du 20 décembre suivant. Au chapitre des données subjectives de la patiente, les experts ont relevé que l'assurée avait repris son travail de préparatrice en pharmacie à 100% dès janvier 2005; concernant son pied droit, ils ont précisé ce qui suit : « l'assurée constate une amélioration globale de son état du point de vue séquelles de sa lésion neurologique. Il n'existe à ce jour plus de décharges électriques violentes, totalement imprévisibles, dont elle se plaignait lors de l'expertise d'octobre 2004 [...]. Il persiste des douleurs sourdes, continues, comme une constriction intéressant l'ensemble du pied. Ces phénomènes sont relativement gênant[s] mais n'engendrent pas de handicap significatif selon elle ». Au terme de l'examen somatique, ils ont considéré que la neuropathie était passée au deuxième plan et qu'elle ne requérait plus que des attitudes thérapeutiques antalgiques ponctuelles. Le diagnostic posé comprenait quatre éléments 1) le status après fracture de la cheville droite ayant bénéficié d'une ostéosynthèse, 2) une lésion secondaire du nerf musculo-cutané droit, avec le développement d'un névrome au site de la section de ce nerf, 3) le status après entorse de la cheville gauche et le développement d'une thrombophlébite de cette jambe et 4) de nombreuses douleurs d'ordre insertionnel, notamment au niveau sacro-iliaque, lombaire et des genoux. Le lien de causalité entre les deux premiers éléments et l'accident a été jugé certain, celui des deux derniers a été nié. Sur le plan psychique, les experts se sont accordés à dire qu'il était évident que l'ampleur et surtout la durée de la « réaction » dépressive, sans commune mesure avec l'accident relativement banal dont l'assurée avait été la victime, ne pouvaient plus, trois ans plus tard, s'expliquer par cet événement, de sorte que le lien de causalité qui avait pu exister entre les deux était désormais rompu. Les

troubles psychiques diagnostiqués (épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ; F32.10 dans la CIM-10) n'étant pas invalidants, la capacité de travail de l'assurée était complète depuis le mois de janvier 2005. Seule pouvait en outre être retenue une atteinte à l'intégrité, inférieure à 5%, pour lésion du nerf musculo-cutané avec douleurs. Par décision du 21 décembre 2005, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) a accordé à l'assurée le bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2003 au 31 août 2005, date à compter de laquelle il a estimé que l'amélioration de son état de santé, tel que constatée par le Dr T\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 octobre 2004, commandait de supprimer la rente. Par décision du 9 janvier 2006, l'assureur accidents a pour sa part accepté de prendre en charge la thérapie neurale pendant une année, une « éventuelle poursuite de [l']indemnisation » étant subordonnée à un nouvel examen; en revanche, le versement des indemnités journalières pour perte de gain a été interrompu le 31 décembre précédent et l'assureur accidents a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité LAA ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, estimant que les conditions n'en étaient pas ou plus réalisées. L'assurée a déclaré s'opposer à cette dernière décision par acte du 19 janvier 2006. À compter du 1<sup>er</sup> février 2006, l'assureur a versé des indemnités perte de gain au titre de l'assurance maladie collective conclue par X\_\_\_\_\_ (cf. pièce 67bis rec.). D'un rapport adressé à qui de droit par le Dr R\_\_\_\_\_ le 17 février 2006, il ressort notamment qu'après une bonne réponse pendant les premières semaines de traitement neural, un blocage d'évolution avec absence de progrès et la survenue de plusieurs complications attribuées à une surcharge compensatrice du rachis et du membre inférieur gauche avaient été constatés à partir de l'automne 2004 ; l'entorse accidentelle de la cheville gauche avait en outre fortement compliqué la situation. Au début du traitement, la cicatrice postopératoire de la cheville droite était très inflammatoire et bourgeonnante, hypersensible ; la palpation et même l'effleurement provoquaient de très fortes paresthésies irradiant en amont et en aval de la cicatrice ; un certain degré de fonte musculaire du membre inférieur droit, de nets signes de surcharge du rachis, en particulier d'importantes contractures paravertébrales cervico-dorso-lombaires, et une forte douleur à la palpation des articulations sacro-iliaques et du sacrum étaient également observables ; la thrombophlébite du mollet gauche avait nettement aggravé la situation douloureuse et neurologique de la jambe droite, et la situation s'était également aggravée au niveau du dos, des hanches et des genoux de sorte que, depuis lors, le traitement avait essentiellement porté sur les complications douloureuses du dos et des jambes, ne procurant qu'un soulagement passager sans parvenir à une amélioration persistante. En janvier 2006, l'assurée était toujours incapable de conserver une position fixe et la présence de mouvements de la jambe droite qui semblaient incontrôlés étaient encore constatés ; elle marchait sans cannes mais elle était affligée d'une forte claudication ; la cicatrice de la cheville droite présentait toujours des signes inflammatoires et un certain degré d'hypersensibilité locaux, et sa palpation entraînait toujours des paresthésies en aval et en amont ; des points douloureux étaient constatés au niveau des mollets, des genoux, des cuisses et des hanches des deux côtés, ainsi qu'au dos, et une asymétrie musculaire en défaveur de la jambe droite persistait. Le Dr R\_\_\_\_\_ précisait que l'état de l'assurée, stationnaire depuis plusieurs mois au moins, ne pouvait être qualifié de satisfaisant ; sa capacité de travail était toujours fortement réduite par les douleurs qui faisaient suite à l'accident et à l'opération de 2002 ; cet état provoquait une anomalie de posture et de démarche qui était très vraisemblablement responsable des douleurs des jambes des deux côtés, ainsi que des contractures et douleurs du rachis ; pour le surplus, la thérapie neurale n'entraînait plus de réelle progression. En

conclusion, il n'était pas à exclure que l'assurée souffrît de séquelles définitives de son accident et de son opération de 2002. Par lettre du 22 février 2006, l'assurée a, dans le délai imparti, adressé à l'assureur la motivation de son opposition, par laquelle elle concluait à ce que des indemnités journalières lui soient versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 et à ce qu'une équitable indemnité de 15% pour atteinte à l'intégrité lui soit accordée. Elle faisait notamment valoir que de très graves erreurs émaillaient le rapport d'expertise multidisciplinaire du 20 décembre 2005, s'agissant tant de l'état de fait soumis aux experts (les dix-huit premières pages étant de la plume de l'assureur) que de leur anamnèse. Contrairement à ce qui ressortait des faits présentés dans ce document, elle n'avait jamais marché une heure et demie par jour lors de sa réinsertion professionnelle mais, à deux reprises, l'équivalent de quinze à vingt minutes, comme l'indiquait le procès-verbal de l'entretien qu'elle avait eu avec l'assureur le 6 avril 2005; elle n'avait pas davantage repris son activité professionnelle à 100% en janvier 2005, mais bien à 20% environ et à titre thérapeutique, ainsi que le montraient de nombreux rapports médicaux. D'autre part, contrairement à ce qui ressortait de l'anamnèse, les douleurs éprouvées constituaient un handicap véritablement significatif ; sur le plan psychique, les symptômes de dépression constatés par le Dr Y \_\_\_\_\_ étaient presque tous anamnesticquement attribués aux douleurs neurogènes, de sorte qu'il était absurde d'en conclure que l'accident ne jouait probablement plus aucun rôle sur les troubles psychiques constatés ; le médecin psychiatre n'avait donc à l'évidence pas compris que le facteur de stress de sévérité non catastrophique n'était pas l'accident proprement dit, mais bien les intenses douleurs consécutives à l'atteinte iatrogène du nerf musculo-cutané qui n'avaient jamais cessé depuis la malheureuse intervention chirurgicale du 18 juillet 2002, dont le caractère causal était du reste implicitement admis par l'expertise somatique. Par lettre du 25 août 2006, l'assureur a informé son assurée que, compte tenu du fait que, selon l'expertise du CMD, seuls des troubles psychiques sans relation de causalité avec l'accident du 10 juillet 2002 pouvaient être responsables d'une incapacité de travail, l'indemnisation n'était justifiable que dans le cadre d'un traitement psychiatrique auprès d'un spécialiste. Partant, il lui demandait de lui adresser des certificats médicaux complétés et signés par un médecin psychiatre, et non plus par le Dr O \_\_\_\_\_. Invités par l'assureur à faire part de leurs observations au sujet de l'opposition qui mettait en cause leurs conclusions, les experts du CMD ont notamment fourni les précisions suivantes en date des 26 juin et 10 septembre 2006 : Sur le plan neurologique, « il [était] certain que l'assurée a[va]it présenté les séquelles d'une lésion du nerf musculo-cutané droit dans le cadre de la pose de matériel d'ostéosynthèse secondaire à sa fracture de la cheville. Les évaluations ultérieures [avaient] confirmé un déficit de la sensibilité dans le territoire dépendant de ce nerf, soit la région dorsale du pied droit[, à quoi s'ajoutaient] des douleurs d'ordre neuropathique secondaire à ces lésions » ; « même si le tableau douloureux [était] important, il n'[était] accompagné d'aucun déficit de la force [ou] de la motricité du pied. Les phénomènes douloureux [pouvant] être stabilisés par l'utilisation de thérapies dirigées[, le taux de] l'atteinte à l'intégrité de moins de 5% » était adéquat. Sur le plan psychique, force était de constater que l'accident n'était pas de nature à laisser des séquelles durables ; il était survenu quasiment à l'arrêt, le piéton impliqué n'avait pas été percuté, il n'y avait pas eu de collision subséquente et la conductrice n'avait pas été touchée à la tête, de sorte que l'événement n'avait pas été d'un caractère si impressionnant qu'il pût provoquer un état de stress post-traumatique, seule pathologie psychiatrique réactionnelle susceptible de durer plus de deux ans selon la CIM-10 ; d'autre part, l'hypothèse de douleurs somatoformes, en rapport avec une probable vulnérabilité

préalable à l'accident, avait été formulée au vu de trois stress majeurs éprouvés par l'assurée alors qu'elle était en bas âge : un accident ou une agression de nature inconnue qui avait laissé des cicatrices au visage, sa transplantation dans un milieu familial, un pays et une culture très éloignés de son milieu d'origine (la Corée) et, un an après son arrivée en Suisse, le divorce de ses parents adoptifs, qui s'était soldé par un éloignement durable de son père ; pour le surplus, l'accident était survenu l'année qui avait suivi son veuvage, de sorte qu'un facteur de désécurisation pouvait être supposé. Sur le plan rhumatologique enfin, il avait été constaté que la capacité fonctionnelle de marche de l'assurée était, au jour de l'expertise, légèrement diminuée, avec une minime boiterie ; pour le reste, la cheville droite ne présentait pas de limite algique ou fonctionnelle lors de l'examen passif, ce qui parlait en faveur des douleurs somatoformes déjà évoquées ; enfin, l'indication de la reprise d'un taux d'activité de 100% en janvier 2005 avait été dictée par l'assurée elle-même et retranscrite telle quelle dans les données subjectives. Par lettre adressée à l'assureur le 20 octobre 2006, l'assurée a donné suite aux observations des experts du CMD. Elle relevait notamment que, sur le plan somatique, seule y était remise en cause l'efficacité de la thérapie neurale pour diminuer les fibroses cicatricielles, les experts admettant pour le surplus que le tableau douloureux pouvait être important ; ils perdaient cependant de vue qu'elle avait essayé quatre ans durant de « stabiliser » ce tableau par le vain recours aux antidépresseurs tricycliques et aux antiépileptiques. Sur le plan psychique, les arguments avancés pour nier le lien de causalité entre la dépression constatée et l'accident proprement dit tombaient à faux : les douleurs neurogènes étant permanentes, l'apparition d'une dépression ne pouvait que s'y ajouter et non en supplanter la cause, de sorte que l'hypothèse d'un « virage somatoforme des douleurs au départ somatiques » n'avait pas de sens. Les 20 et 22 mars et le 16 avril 2007 respectivement, l'assurée a consulté les docteurs Z \_\_\_\_\_ au Service d'anesthésiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), et A \_\_\_\_\_, B \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_ au CMD, dont les rapports, établis les 23 avril et 14 mai 2007, faisaient notamment état de ce que toutes les thérapeutiques médicamenteuses tentées étaient demeurées vaines ou n'avaient montré qu'une efficacité transitoire, ou encore qu'elles avaient occasionné des effets indésirables qui avaient conduit à leur interruption ; il en était allé de même pour la physiothérapie, pour les mesures de rééducation sensitive, de thérapie neurale et d'approche non conventionnelle. Restait la proposition faite à plusieurs reprises, mais refusée jusque là par l'assurée, en faveur de la pose d'un stimulateur médullaire. Pour le surplus, les médecins consultés se déclaraient impressionnés par la charge de souffrance endurée par la patiente, qui restait très combative face à ses douleurs malgré leurs répercussions à tous les niveaux de son existence. Dans un rapport d'expertise psychiatrique établi le 16 avril 2007 à la demande de l'assurée, le docteur F \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des troubles de l'humeur dus à une pathologie somatique (F06.3x-R dans la CIM-10) et un facteur de stress sévère en relation avec une maladie physique chronique. Au chapitre du status mental, l'expert a notamment relevé ce qui suit : en relation avec un syndrome dépressif apparaissait par moments un état d'épuisement, notamment quand l'assurée arrêtait de travailler ; l'humeur dépressive était donc inconstante, l'anhédonie relative, la patiente « calcul[ant] tout en fonction de son problème de jambe » ; la perte des intérêts avec de la peine à s'investir ou à défendre une idée était présente, sans indifférence apathique ni impression de perte des sentiments ; la réactivité des modifications thymiques était émoussée et son moral déteignait sur toute sa vie même si, au travail, elle faisait face ; la perte d'espoir était présente de manière inconstante et la perte du désir de vivre variable,

sans tendance suicidaire significative ; un sentiment de perte de vitalité et des troubles de l'équilibre vital des sentiments étaient également observables, de même que des difficultés de concentration et de prises de décisions, ainsi qu'une aboulie et un manque de volonté ; enfin, un test de Hamilton avait présenté un total de 10, taux bien inférieur à une dépression avérée, même légère. D'autre part, la volonté d'aller de l'avant dont témoignait l'assurée étonnait et forçait le respect, tant la situation neurologique et les perspectives thérapeutiques efficaces et positives semblaient limitées ; une telle attitude attestait indirectement la solidité de l'appareil psychique et la personnalité combative et équilibrée de l'intéressée.

Au terme de l'examen, qui avait compris huit heures d'entretien avec l'intéressée, des prises d'avis d'autres médecins et l'étude du dossier médical couvrant la période du 10 juillet 2002 au 17 février 2006, l'expert concluait que si les diagnostics posés étaient étrangers à l'accident qui avait occasionné la fracture malléolaire droite, ils n'étaient pas étrangers à l'opération d'ostéosynthèse qui avait occasionné « une solution de continuité du nerf sensitif musculo-cutané droit, avec tout le cortège des symptômes neurologiques et conséquences psychologiques et adaptatives aggravantes » mentionnées dans le rapport.

L'assurée, qui n'avait jamais bénéficié d'un suivi psychologique régulier, pourrait trouver dans un tel suivi la possibilité de renforcer sa confiance en elle. En tout état, les symptômes psychiatriques observés ne justifiaient nullement un arrêt de travail, même partiel.

L'assureur a, par lettre du 2 avril 2007, mandaté le docteur G \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'expertise psychiatrique. Dans son rapport, établi le 25 mai 2007 sur la base de deux entretiens avec l'assurée, d'un examen neuropsychologique diligenté par un spécialiste FSP et des documents fournis par l'assureur, l'expert a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 dans la CIM-10), et évalué à 10% l'incapacité de travail qui en résultait depuis le 20 décembre 2005 ; il estimait qu'un traitement psychiatrique spécialisé, psychothérapeutique et psychopharmacologique, pourrait permettre à l'assurée de recouvrer sa pleine capacité, et il déclarait s'interroger sur les raisons pour lesquelles, alors qu'elle faisait métier de vendre des médicaments, l'assurée n'avait jamais entrepris un traitement contre l'anxiété ou contre la dépression associée à des douleurs ; il n'excluait pas non plus que le « caractère tellement manifeste et fréquent » des changements de position corporelle de l'assurée fût « d'une nature plutôt démonstrative ».

Enfin, l'expert concluait que le trouble anxio-dépressif n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident et il renvoyait, pour le surplus, aux conclusions de l'expertise du 20 décembre 2005. Au vu de ce rapport d'expertise, l'assureur a, par lettre du 15 juin 2007, informé son assurée qu'il mettait un terme au versement de ses prestations d'assurance-maladie avec effet au 30 avril précédent (cf. pièce 83bis rec.) et qu'il se réservait la possibilité de réclamer la restitution des indemnités journalières versées depuis le 1<sup>er</sup> février 2006. À la demande de l'intéressée adressée au docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le 18 juillet 2007, celui-ci a établi un rapport d'expertise le 28 août suivant. Ressortent notamment de ce document les éléments suivants : durant l'été en cours, l'assurée avait arrêté tous les traitements hormis la thérapie neurale, qu'elle suivait à raison d'une séance toutes les quatre à cinq semaines seulement du fait des douleurs occasionnées ; les examens neurologique et électroneuromyographique, pratiqués le 8 août précédent, permettaient de poser les diagnostics suivants : 1) douleurs de déafférentation invalidantes dans le territoire du nerf musculo-cutané par axonotmèse (section complète) iatrogène du nerf musculo-cutané droit, 2) axonotmésis complète d'origine iatrogène du nerf musculo-cutané droit dans le cadre des suites postopératoires de l'ostéosynthèse de la fracture de la cheville droite, 3) hyperpathie avec allodynie du

membre inférieur droit dépassant le territoire du nerf musculo-cutané droit, 4) status post-névrome iatrogène du nerf musculo-cutané droit, 5) syndrome de restless legs du membre inférieur droit secondaire aux douleurs de déafférentation, 6) état anxio-dépressif modéré réactionnel aux douleurs de déafférentation, 7) douleurs musculo-squelettiques diffuses prédominant au niveau du rachis et des membres inférieurs, 8) troubles du sommeil, 9) status après ostéosynthèse pour fracture type Weber de la cheville bien consolidée, 10) status post-syndrome de Sudeck clinique sans confirmation IRM ni scintigraphique, 11) status post entorse de la cheville gauche et 12) status post thrombophlébite de la veine saphène interne gauche sans séquelles ; ils permettaient en outre de conclure qu'il existait un lien de causalité certain entre l'accident qui avait motivé la cure chirurgicale, les douleurs de déafférentation et les troubles sensitifs que présentait l'assurée ; d'autre part, aucun certificat médical n'avait attesté la reprise d'une activité à temps complet, de sorte qu'il y avait « de toute évidence une contre-vérité à la base de l'affirmation des experts sur ce point », qui avait pourtant été l'un des facteurs déterminants dans le refus de l'assureur de poursuivre le versement de ses prestations ; de même, l'affirmation selon laquelle l'assurée avait effectué une heure et demie de marche à pied pour se rendre au travail et en revenir était contredite par des faits dont les experts n'avaient pas tenu compte, à savoir qu'elle marchait lentement, qu'elle faisait de fréquents arrêts et qu'elle rentrait chez elle en tram. En conclusion, l'expert énonçait que l'assurée souffrait de séquelles neurologiques importantes et permanentes sous la forme de troubles sensitifs et de douleurs invalidantes de déafférentation par axonotmèse complète du nerf musculo-cutané d'origine iatrogène ; autrement dit, la section nerveuse n'était pas la conséquence immédiate de la chute du 10 juillet 2002 ni de la fracture de la cheville, mais elle était la conséquence de la complication iatrogène survenue pendant le traitement chirurgical qu'avait nécessité cette fracture le 18 juillet suivant ; sans fracture de la cheville, il n'y aurait pas eu d'intervention chirurgicale ni, partant, de section nerveuse ; compte tenu de l'intensité des douleurs éprouvées au-delà de trois heures de travail ininterrompu, la capacité de travail de l'assurée devait être admise à hauteur de 25% maximum ; d'autre part, compte tenu de la présence d'une complication iatrogène avec atteinte importante et durable à son intégrité physique et, dans une moindre mesure, psychique, une indemnité « pour le seul côté neurologique » devait être estimée à 15%, correspondant à la moitié du taux par perte complète de l'usage d'un pied. Par décision du 25 octobre 2007, l'assureur a rejeté l'opposition formée par l'assurée le 19 janvier 2006. À l'appui de sa décision, il a fait notamment valoir les arguments suivants : l'expertise qu'un médecin a réalisée sur ordre de l'assureur-accident a pleine valeur probante aussi longtemps qu'aucun indice ne remet en question sa fiabilité ; le rapport d'expertise du 20 décembre 2005 a été établi sur la base d'un examen minutieux de l'assurée et des documents médicaux et administratifs versés à son dossier ; la description de la situation médicale et son appréciation sont claires ; les experts ont en outre tenu compte des plaintes exprimées par l'assurée, de sorte que leur rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, du dossier médical et du dossier radiologique ; il n'existe aucun motif sérieux de mettre en doute le bien-fondé de leur appréciation ou la pertinence de leurs conclusions ; il convient par conséquent d'y accorder pleine valeur probante ; les faits contestés par l'assurée ont pourtant été établis sur la base de ses propres déclarations, lors des entretiens des 9 novembre 2004 et 6 avril 2005 et de l'examen clinique effectué au CMD le 25 août suivant ; pour le surplus, la quasi-totalité des rapports médicaux confirment les affirmations des experts, et l'assurée a elle-même reconnu que la thérapie neurale lui apporte une notable amélioration ; partant, il convient de

considérer que l'incapacité de travail de l'assurée est davantage dictée par des motifs subjectifs que par des raisons objectives ou scientifiques. Suite à une conversation téléphonique avec le service juridique de l'assureur le 29 octobre 2007, l'assurée a, par lettre du 5 novembre suivant, demandé à celui-ci s'il serait disposé à financer la pose d'un stimulateur médullaire (pièces C139 et C140 int.). Par acte adressé au greffe du Tribunal de céans le 26 novembre 2007, l'assurée a formé recours contre la décision du 25 octobre. Elle conclut à ce qu'il soit constaté qu'elle est invalide à 75% et qu'elle a droit au paiement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, à la poursuite du paiement de ses indemnités au-delà du 1<sup>er</sup> mai 2007, sous forme d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité LAA, ainsi qu'au paiement des indemnités journalières afférentes au mois de janvier 2006. Elle conclut en outre à ce que NATIONALE SUISSE ASSURANCES soit condamnée à payer lesdites indemnités ou ladite rente d'invalidité en tant que de besoin, au paiement de tous les frais médicaux générés par la prise en charge des douleurs neurogènes depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, avec suite de frais et dépens. À l'appui de ses prétentions, la recourante fait notamment valoir qu'en partant du principe qu'elle avait repris son activité professionnelle à 100% dès janvier 2005 et qu'elle marchait alors tous les jours une heure et demie pour se rendre sur son lieu de travail, les experts du CMD, « sciemment trompés » par l'assureur « qui leur a[vait] fourni une anamnèse mensongère » (voir aussi la lettre que l'assureur avait adressée au CMD le 6 juillet 2005, et les arguments développés dans la motivation d'opposition), ont commis les graves erreurs qui les ont conduits à fournir les résultats que l'assureur attendait d'eux ; sur ce point encore, l'indication fournie par le Dr O \_\_\_\_\_ à la rubrique « Reprise du travail » de son rapport du 22 novembre 2004 a été mal comprise : « 100% à visée thérapeutique à partir de novembre 2004 » ne signifiait pas que l'activité professionnelle devait reprendre à plein temps dès ce moment-là mais que la reprise devait intervenir à visée exclusivement thérapeutique ; s'agissant de la problématique neurologique, selon la recourante, les experts ont fait preuve d'une compréhension totalement tronquée, la même qui avait déjà fait l'objet de sa critique en date du 20 octobre 2006; par ailleurs, l'assureur n'avait pas hésité à adresser une lettre à la FER-CIAM le 17 juillet 2006 (cf. pièce 71 rec.), par laquelle, en taisant la cause de l'arrêt de travail complet consécutif à la thrombophlébite de mars 2005, il précisait que l'assurée avait repris son activité professionnelle à 75% en février 2005 et à 50% en mars, la cause de l'incapacité de travail étant à rechercher dans des problèmes d'ordre psychologique sans rapport avec l'accident. Partant, les motifs qui avaient amené les experts à se fourvoyer dans l'évaluation de son cas devaient conduire à admettre que les indices concrets mettant en question la fiabilité de l'expertise multidisciplinaire sont patents, de sorte que la valeur probante du rapport du 20 décembre 2005 devrait être niée. D'autre part, les seules mesures thérapeutiques qui ont encore un sens actuellement, savoir la thérapie neurale et la stimulation médullaire, étant palliatives et non curatives, les perspectives de guérison sont nulles. Enfin, la recourante rappelle que l'assureur dispose d'une action récursoire contre l'assureur en responsabilité civile professionnelle du Dr I \_\_\_\_\_ et qu'il ne lui incombe certainement pas de faire les frais, déjà considérables, de l'absence de diligence de l'assureur à cet égard. D'une correspondance échangée par les parties les 12 et 21 février 2008, il ressort que l'assureur a, conformément à sa décision du 9 janvier 2006, pris en charge la thérapie neurale subie par l'assurée jusqu'au 9 janvier 2007. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 22 février 2008 a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 25 octobre 2007. À l'appui de ses conclusions, elle fait valoir en substance que les prétentions de la recourante portant sur la

prise en charge du stimulateur médullaire (« les frais médicaux générés par la prise en charge des douleurs neurogènes ») ne sont pas recevables dès lors qu'elles n'ont fait l'objet ni de la décision du 9 janvier 2006 ni de la décision sur opposition du 25 octobre 2007. L'intimée estime qu'il est d'ailleurs paradoxal de réclamer la pose d'un stimulateur médullaire tout en affirmant qu'il n'y a pas de perspective de guérison et que cette démarche serait risquée et comporterait de nombreuses possibilités de complications. Selon l'intimée, si une pleine reprise de travail, pourtant également pronostiquée le 22 novembre 2004 par le médecin traitant, n'a pas pu se traduire dans les faits, c'est que de nombreux éléments étrangers à la problématique de la cheville droite accidentée y ont fait obstacle, parmi lesquels : les blessures psychologiques antérieures à l'accident, « jamais guéries » selon le Dr G\_\_\_\_\_ (le décès du mari de l'assurée en 2001, un « état dépressif sévère » ou une « surcharge psychique » décrites en janvier 2004 déjà par le Dr L\_\_\_\_\_, puis par le Dr Q\_\_\_\_\_ en mai 2004, état dépressif justifiant à lui seul, en janvier 2005, une incapacité de travail à 80% attestée par la Dresse U\_\_\_\_\_), la crainte d'avoir « perdu pas mal de connaissances » professionnelles et de devoir endosser à nouveau des responsabilités liées à la gestion du personnel, des troubles relevant de la fibromyalgie, une thrombophlébite de la veine saphène interne gauche, l'engagement par l'employeur de l'assurée d'une personne pour la remplacer et l'imminence de son licenciement, et enfin une entorse de son autre cheville. L'intimée a rappelé que les experts du CMD, qui se sont avant tout prononcés sur la base de leurs examens cliniques et radiologiques, ont estimé que l'assurée était capable de travailler à 100% en août 2005. Elle estime que leur rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Enfin, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée se réfère à l'avis des experts, qui l'ont estimée à « inférieure à 5% », l'assurée ne souffrant « d'aucun déficit de la force (ou) de la motricité du pied ». Par pli recommandé adressé au Tribunal de céans le 16 avril 2008, la recourante a fait part de sa détermination à l'égard des écritures de son adverse partie, à laquelle elle en a fait tenir copie. Ses arguments seront repris plus avant dans la mesure utile. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. L'art. 106 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après LAA), qui prévoyait en dérogation à l'art. 60 LPGA un délai de recours de trois mois à compter de la décision sur opposition ayant été abrogé par le ch. 111 de l'annexe à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007), le délai de recours est de trente jours. La décision du 25 octobre ayant été reçue par la recourante le 26 octobre 2007 au plus tôt, le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la réception de sorte que, compte tenu du fait que le terme devait échoir un

dimanche, il a été reporté au lundi 26 novembre 2007 conformément à l'art. 38 al. 1 et 3 LPGa. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGa), le recours déposé à l'office postal le 26 novembre 2007 est donc recevable, sous réserve de ce qui suit. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de juger que les conclusions qui s'écartent tant de l'objet du litige que de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 ) doivent être déclarées irrecevables (cf. p. ex. ATFA non publié du 7 septembre 2007, U 342/06). Cependant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). Dans le cas d'espèce, il apparaît que les conclusions de la recourante tendant à ce que l'assureur soit condamné à prendre en charge le traitement de ses douleurs neurogènes au-delà du 31 décembre 2005 n'ont pas fait l'objet de la décision sur opposition du 25 octobre 2007, dès lors que l'assurée ne les avait pas formées à cette occasion (cf. p. 26 de la décision). Ces conclusions faisaient néanmoins implicitement l'objet de la décision querellée du 9 janvier 2006 dans la mesure où cette décision accordait le bénéfice d'une telle prise en charge pendant une année au moins, que l'intimée a d'ailleurs honorée jusqu'au 9 janvier 2007 avant de l'interrompre en s'épargnant la reddition d'une décision formelle. Pour des motifs d'économie de procédure, et compte tenu du fait que l'assureur s'est formellement exprimé à ce sujet dans sa décision du 9 janvier 2006 et implicitement par la suite, il se justifie d'admettre la recevabilité des conclusions de la recourante sur ce point, étant entendu que les prétentions élevées à cet égard du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 9 janvier 2007 sont, du fait de ce qui vient d'être dit, devenues sans objet. Le litige porte donc sur le droit éventuel de la recourante à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2005, à une rente d'invalidité, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% et à la prise en charge des frais médicaux générés par ses douleurs neurogènes au-delà du 10 janvier 2007. Il convient dans un premier temps d'examiner la valeur probante des expertises médicales versées à la procédure, de manière à pouvoir ensuite examiner s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé qui a perduré après le 31 décembre 2005 et l'accident du 10 juillet 2002. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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. 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 352 ss consid. 3). Le juge peut

accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, ni les expertises neurologiques des 14 octobre 2004 et 28 août 2007, ni les expertises psychiatriques des 16 avril et 25 mai 2007 ne prêtent le flanc à la critique : elles ont manifestement été réalisées sur la base d'études et d'examens spécialisés variés et complets, les plaintes exprimées par la recourante ayant dûment été prises en compte; les rapports en ont été établis en pleine connaissance du dossier, qui avait à chaque fois été remis par son mandant à l'expert sollicité; la description des interférences médicales a fait chaque fois l'objet d'un commentaire et les conclusions de l'expert sont bien motivées; pour le surplus, les avis ainsi exprimés ne contiennent pas de contradictions, et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Tel n'est pas tout à fait le cas du rapport expertise multidisciplinaire du 20 décembre 2005. Force est en effet de constater avec la recourante que certains faits présentés aux experts par l'assureur, tels la date et le taux de la reprise de son activité professionnelle en 2005 ou la durée de la marche à pied qu'elle avait effectuée certains jours de travail, n'étaient pas conformes à la réalité, de sorte que l'on ne saurait exclure la possibilité d'une influence de ces informations erronées sur le diagnostic posé, voire sur les conclusions des experts. De plus, il y a lieu d'observer que le volet psychiatrique de l'expertise n'a pas été traité avec le même soin que les volets neurologique et rhumatologique, en tout cas s'agissant de la question du lien de causalité entre les troubles psychiques diagnostiqués et l'accident, les conséquences potentielles de la lésion nerveuse constatée n'étant pas évaluées. Cela dit, on ne saurait dénier une valeur probante certaine au rapport de ladite expertise dès lors que, mis à part les quelques indices de distorsion qui viennent d'être évoqués, les examens médicaux effectués le 25 août 2005 ont fourni des observations et des renseignements dont l'objectivité n'est pas contestable, l'appréciation des experts ayant en outre été revue et explicitée dans les rapports complémentaires des 26 juin et 10 septembre 2006. Il conviendra par conséquent, en cas de contradiction entre le rapport d'expertise du 20 décembre 2005 et l'un ou l'autre des rapports ou rapports complémentaires qui viennent d'être évoqués, d'accorder une valeur probante décisive à ces derniers. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1<sup>er</sup> LAA). 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 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références citées). Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1<sup>er</sup>). Le droit à l'indemnité s'éteint notamment dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail ou dès qu'une rente est versée (al. 2, 2<sup>e</sup> phrase). En l'espèce, il n'est ni contesté ni contestable que la chute de la recourante, entraînée par une

glissade de son motorcycle, la section d'un nerf musculo-cutané au cours d'une intervention chirurgicale et, en l'absence d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre agent interne identifiés, l'entorse de sa cheville gauche, survenues respectivement les 10 et 18 juillet 2002 et le 20 novembre 2004, sont des événements accidentels au sens de la loi précitée. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte dommageable à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Relevons en outre que si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n. U 142 p. 75, consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA non publié du 9 septembre 1999, U 355/98 consid. 2 in RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible d'établir, dans le cadre de la maxime inquisitoire et sur la base d'une appréciation des preuves, un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être rapportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est désormais en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publié du 10 mai 2007, U 172/06 consid. 6 et les références citées). b) Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours

ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). À cet égard, doctrine et jurisprudence s'accordent à considérer qu'un événement accidentel peut être la cause médiate d'une atteinte à la santé dans la mesure où il provoque un premier dommage qui, souvent en liaison avec une autre cause, conduit à une atteinte supplémentaire ; celle-ci, en tant qu'effet médiat, constitue alors un dommage secondaire. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de rappeler à plusieurs reprises une jurisprudence non publiée du 20 août 1951, selon laquelle l'assureur-accidents répond des fautes professionnelles commises par les médecins lors du traitement des assurés (cf. ATFA 1967 p. 19, 1961 p. 9) ; les erreurs commises par les médecins, et les suites de celles-ci, constituent l'effet médiat de l'accident, tandis que celui-ci est la cause médiate de ces erreurs. Il convient par conséquent d'admettre que les règles de la causalité naturelle et adéquate sont également applicables aux dommages secondaires (SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Bâle et Francfort-sur-le-Main, 1991, pp. 133 s et 194 s ; cf. ég. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne, 1985, pp. 460 ss). En l'espèce, il a été établi par le Dr T\_\_\_\_\_, et plus jamais contesté par les examens médicaux et expertises subséquents (voir notamment le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_), que le névrome diagnostiqué à la cheville droite de la recourante, consécutif à l'axonotmésis constatée par le Dr N\_\_\_\_\_ le 20 novembre 2002 résultait de l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr I\_\_\_\_\_ le 18 juillet 2002, laquelle avait été motivée par l'accident du 10 juillet précédent. Sur le plan somatique et en l'absence de toute affection antérieure, il ne fait aucun doute que le dommage causé par les troubles neurologiques éprouvés par la recourante ne se serait pas produit du tout, ou en tout cas ne serait pas survenu de la même manière, sans l'intervention chirurgicale du 18 juillet 2002 qui se présente donc bien comme la condition sine qua non de leur survenance. Force est en revanche de constater qu'il n'en va pas de même en ce qui concerne l'incapacité de travail due à la survenance d'une thrombophlébite à la jambe gauche à compter du 9 mars 2005. Rien n'indique en effet que cette maladie ait été la conséquence de l'entorse de la cheville gauche survenue le 20 novembre précédent, et encore moins de la lésion iatrogène du nerf musculo-cutané à la cheville droite. L'examen du dossier permet de retenir les faits suivants : en juillet 2004, la recourante s'est soumise à une thérapie neurale qui a soulagé puis stabilisé son tableau douloureux; un examen neurologique, conduit par le Dr T\_\_\_\_\_ durant l'automne 2004, a permis de conclure à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps dans les six mois à venir; au mois de novembre 2004, le médecin-traitant de la recourante a conclu à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps, à visée thérapeutique dans l'immédiat; c'est le lieu de dire que l'argument de la recourante sur ce point ne convainc pas : l'on ne saurait en effet concevoir que l'exercice d'une activité professionnelle fût à visée partiellement thérapeutique, de sorte que l'indication « 100% » ne peut être comprise que comme se référant au taux de ladite activité, et non pas à un hypothétique « taux de visée thérapeutique » qu'on peinerait tant à mettre en œuvre qu'à définir; enfin, le 6 avril 2005, la recourante a déclaré à son assureur qu'elle souffrait moins de la cheville droite que durant l'automne précédent, que, de janvier à mars, elle avait conduit une voiture, marché et fait du vélo, et que son état s'était péjoré depuis la survenance de la thrombophlébite de sa jambe gauche. Il sort de là que, de l'avis des somaticiens qui se sont prononcés à l'automne 2004, confirmé par les déclarations de la recourante, les causes accidentelles de l'atteinte

dommageable à sa santé ne jouaient, sur le plan somatique, plus de rôle sur la capacité de travail pleinement recouvrée, la reprise progressive d'une activité n'étant plus commandée que par le souci de faciliter son retour dans le monde du travail. Sur le plan psychique, l'examen du dossier permet d'établir que des troubles, qualifiés d'« état dépressif sévère » puis de « surcharge psychique » ont été observés dès le mois de janvier 2004; cette surcharge, qui rendait « difficile toute approche thérapeutique », pouvait expliquer que la recourante doive, deux ans après l'accident, marcher avec des cannes anglaises alors qu'une hypersensibilité ou un névrome récidivé ne le permettaient pas. À cela s'ajoute la crainte manifestée par la recourante quand était évoquée la possibilité d'un reclassement professionnel pour tenir compte des limitations dont elle était affligée, crainte qui ne trouvait pas son fondement dans l'appréhension d'une souffrance vécue au travail mais dans une possible dégradation de l'estime de soi. Par la suite, divers rapports médicaux et les expertises psychiatriques pratiquées en 2007 ont fait état de l'interrogation que suscitait l'impact excessif que l'assurée semblait attribuer aux troubles neurologiques sur l'ensemble de ses activités quotidiennes. Ainsi, les troubles psychiques, constatés pour la première fois suite à l'échec des nombreux traitements antalgiques tentés, ont-ils notamment donné lieu à l'hypothèse des « trois stress majeurs » éprouvés par l'assurée alors qu'elle était en bas âge et de la « désécurisation » récente causée par le décès de son époux, à la constatation du curieux « calcul[ de] tout en fonction de son problème de jambe » et à la question, laissée ouverte, de savoir pourquoi, alors que son métier lui donnait accès aux traitements de ces troubles, elle n'avait jamais entrepris de lutter contre l'anxiété ou contre la dépression associées à ses douleurs somatiques. Les troubles somatiques étaient donc, de l'avis de la plupart des spécialistes, exacerbées par la « surcharge psychique » associée, sinon dans leur perception par la recourante, du moins dans leur expression, le seuil de sensibilité à la douleur en général ayant diminué. Pour le surplus, la « solidité de l'appareil psychique » de la recourante et son attitude combative forçaient le respect, de sorte que la Dresse U \_\_\_\_\_, qui venait de diagnostiquer un état dépressif d'intensité moyenne et stable, a considéré, comme les médecins somaticiens cités plus haut, que la reprise d'une activité professionnelle au taux de 20% en janvier 2005 était raisonnable. Car, comme il a été confirmé à de nombreuses reprises auparavant et par la suite, notamment par les docteurs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_, les causes accidentelles de l'atteinte dommageable à sa santé ne jouaient, sur le plan psychique, aucun rôle sur la capacité de travail de la recourante. Une année plus tard, suite au traitement des complications engendrées par la thrombophlébite de la jambe gauche, laquelle avait notamment « aggravé la situation douloureuse et neurologique de la jambe droite », l'état de santé de la recourante ne pouvait plus être qualifié de satisfaisant. Force est cependant de constater que le resurgissement de troubles somatiques dommageables en mars 2005 a été unanimement attribué à la survenance de la thrombophlébite, laquelle n'a pas le caractère d'événement accidentel au sens rappelé supra . L'on ne saurait donc tirer argument, dans un tel contexte, de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances consacrée aux conséquences des rechutes ou des séquelles tardives d'un tel événement. Eu égard aux considérations qui précèdent, il faut considérer que le statu quo ante ou, à tout le moins, le statu quo sine , a été retrouvé de sorte que c'est à bon droit que l'assureur-accidents pouvait cesser le versement, en faveur de la recourante, d'indemnités journalières LAA au printemps 2005 déjà, dans le respect du délai fixé par le Dr T \_\_\_\_\_ en octobre 2004. En effet, au-delà de cette date, le lien de causalité naturelle doit être nié. Le lien de causalité naturelle entre les événements accidentels précisés plus haut et les atteintes dommageables à la santé de la recourante

ayant été rompu par la pleine capacité de travail qu'elle devait recouvrer au printemps 2005, les conditions nécessaires au versement d'une rente d'invalidité (art. 18 LAA) et au paiement des frais médicaux générés par la prise en charge des douleurs neurogènes depuis le 10 janvier 2007 (art. 10 LAA) ne sont pas réalisées, de sorte que ces prétentions devront également être rejetées. Reste à examiner le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'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<sup>er</sup>). 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). Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1<sup>er</sup> de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, ci-après : OLAA). Il résulte de l'art. 25 al. 1<sup>er</sup> LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc 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. 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 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). Selon la jurisprudence, une atteinte à l'intégrité n'ouvre droit à une indemnisation que si elle est durable. Compte tenu du fait que selon la doctrine psychiatrique majoritaire, seuls des événements accidentels d'une gravité exceptionnelle entraînent des atteintes durables à l'intégrité psychique, il y a lieu, d'après la jurisprudence, de prendre en considération l'événement accidentel lui-même lorsqu'il s'agit d'examiner le caractère durable d'une affection psychique d'origine accidentelle. Le Tribunal fédéral des assurances se réfère sur ce point à la classification établie pour statuer sur le rapport de causalité adéquate entre un événement accidentel et des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 115 V 140 consid. 6c, 409 consid. 5c). Dans ce cadre, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, de même qu'en cas d'accident de gravité moyenne, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate, pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en

tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie (ATF 124 V 44 consid. 5c). Enfin, aux termes du ch. 2 de l'Annexe 3 à l'OLAA, applicable en vertu de l'art. 36 al. 2 de cette même ordonnance, la perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. En l'espèce, ni l'accident de la circulation ni la lésion iatrogène subies par la recourante ne peuvent être qualifiés de graves, ni d'accidents de catégorie moyenne, à la limite des accidents graves au sens de la jurisprudence exposée ci-dessus. À cela s'ajoute qu'ils ne se sont pas déroulés dans des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes. Pour ce motif, l'existence d'une atteinte durable à l'intégrité psychique d'origine accidentelle doit être niée, ainsi que cela ressort des rapports d'expertise psychiatrique établis en 2007 notamment. Pour ce qui est de l'atteinte à l'intégrité physique de la recourante, abstraction étant faite des circonstances particulières du cas concret, force est de constater que la durée de l'incapacité de travail, du traitement et des douleurs a été particulièrement longue. Il apparaît cependant que la durée inusuelle de l'incapacité de travail se justifiait, de l'avis des médecins consultés à l'époque, par la « surcharge psychique » dont il a déjà été question, et par l'état dépressif post-opératoire, qualifié de sévère en janvier 2004 et de moyen par la suite. Il ne faut en effet pas perdre de vue que sur le plan strictement somatique, les examens médicaux subséquents ont révélé que, suite à l'ostéosynthèse, la cheville droite avait recouvré toute sa force et toute sa mobilité, l'intensité des douleurs exprimées par la recourante ne pouvant s'expliquer, à la longue, ni par l'accident de la circulation ni par la lésion iatrogène subséquente du nerf musculo-cutané. Cela étant, le rapport de l'expertise conduite à cette époque par le Dr T\_\_\_\_\_ qualifiait de « mineure, à 10% » l'atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée; dans leurs rapports complémentaires des 26 juin et 10 septembre 2006, les docteurs T\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ ont ensemble considéré que l'atteinte résiduelle était inférieure à 5% en 2005, et le Dr H\_\_\_\_\_ a pour sa part estimé à 15% le taux de l'atteinte « pour le seul côté neurologique » en 2007, de sorte qu'il convient de se prononcer sur ce point. Il a été établi plus haut que l'état de santé de la recourante était revenu au statu quo sine, voire au statu quo ante à la fin de l'année 2004, de sorte que les conséquences de l'accident de la circulation et de la lésion iatrogène subséquente sur sa capacité de travail avaient alors été jugées nulles par les différents médecins consultés. Objectivement, force était cependant de retenir la présence permanente de dysesthésies, de sorte qu'un traitement antalgique était, selon toute vraisemblance, durablement nécessaire. Moyennant un tel traitement, qui devait être répété une fois par mois environ, la perte partielle de l'usage du pied droit était objectivement négligeable dès lors que la recourante ne souffrait d'aucun déficit de la force ou de la motricité de cet organe. Sachant que, dans le barème figurant à l'Annexe 3 précitée, l'amputation d'un gros orteil constitue une atteinte à l'intégrité évaluée à 5%, l'on ne saurait, au vu de ce qui vient d'être dit pour ce qui concerne la recourante, conclure à une atteinte à son intégrité physique de 5% ou davantage, et il convient par conséquent de s'écarter des estimations du Dr H\_\_\_\_\_ sur ce point. Dès lors que les conditions n'en sont pas réalisées, le droit à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit également être nié. Mal fondé, le recours devra être rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 (av. du Tribunal fédéral 29, Case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.