

## GE\_GERICHTE A/833/2018 vom 21. Mai 2019

GE Cour de justice, 2019-05-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_833\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_833_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/833/2018 du 21 mai 2019

IT: GE\_GERICHTE A/833/2018 del 21 maggio 2019

### Erwägungen

#### E. 9

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SIEGRIST recourante contre CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Antoine SCHÖNI intimée EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1966, a travaillé en qualité de chef d'équipe pour l'usine de médicaments B\_\_\_\_\_ SA, à Aubonne. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la CNA).![]> 2. Le 17 juin 2009, l'assurée s'est tordue la cheville gauche en posant le pied à moitié sur une palette et à moitié par terre. Le traitement est resté conservateur et l'intéressée a repris le travail le 4 août 2009. Des séances de physiothérapie ont été prescrites.![]> 3. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 28 février 2011.![]> 4. Une arthro-IRM (imagerie à résonnance magnétique) réalisée le 29 mars 2011 a mis en évidence une lésion sous-chondrale du dôme du talus.![]> 5. Le 5 juin 2011, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rempli un questionnaire pour rechute, mentionnant une persistance de douleurs suite à l'accident du 17 juin 2009.![]> 6. Le 4 janvier 2012, l'assurée a été examinée par le docteur D\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Le 9 janvier 2012, le médecin a relevé que les suites de l'accident de 2009 avaient été mauvaises malgré un traitement par contention plâtrée, puisque l'assurée présentait d'importantes douleurs antéro-externes augmentant quotidiennement et limitant fortement son périmètre de marche. Il préconisait une arthroscopie permettant de débrider la lésion astragalienne et effectuer un debulking antéro-externe.![]> 7. L'assurée s'est à nouveau trouvée en incapacité de travail à partir du 1 er février 2012.![]> 8. Le 30 avril 2012, une arthroscopie avec excision de cartilage, shaving et microfractures pour une lésion antéro-centrale du dôme du talus et un syndrome antérolatéral a été pratiquée par le Dr D\_\_\_\_\_. Selon la lettre de sortie du 11 mai 2012, les suites post-opératoires étaient favorables, de sorte que la patiente pouvait rentrer chez elle le 4 mai 2012. Une mobilisation en décharge était effectuée à l'aide de deux cannes anglaises.![]> Par la suite, l'incapacité de travail totale de l'assurée a été régulièrement prolongée (cf. certificats des 4 mai 2012, 13 juin 2012, 25 juillet 2012, 5 septembre 2012, 2 octobre 2012, 7 décembre 2012, 30 janvier 2013, 24 avril 2013, 7 mai 2013, 5 juin 2013, 18 juin 2013, 16 août 2013, 3 septembre 2013, 18 novembre 2013, 21 mars 2014, 1 er mai 2014, 27 juin 2014, 2 septembre 2014, 10 novembre 2014, 31 janvier 2015, 17 février 2015 et 23 juin 2015).

9. Dans un rapport intermédiaire du 25 juin 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution depuis l'intervention chirurgicale du 30 avril 2012 avait été bonne et que le

pronostic était bon. La prise en charge de l'assurée était poursuivie par des séances de physiothérapie.![endif]>![if> 10. Le 15 novembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que le contrôle de l'assurée montrait une excellente consolidation de la lésion du dôme du talus qui avait complètement guéri. ![endif]>![if> 11. Le 18 décembre 2012, l'assurée a formé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), invoquant une lésion latéro-centrale du dôme du talus gauche.![endif]>![if> 12. Le 15 avril 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'assurée n'était pas satisfaisante puisqu'elle présentait d'importantes douleurs antéro-latérales et diffuses sur tout le pied jusqu'au milieu de la jambe. Il a précisé qu'il avait toujours de la peine à comprendre la localisation exacte des douleurs et leur étiologie puisque l'examen clinique n'était pas superposable d'un contrôle à l'autre et que les douleurs étaient difficiles à reproduire. Cependant, il y avait des douleurs au niveau antéro-externe où l'important débridement du dôme du talus avait été effectué. D'après le médecin, il était nécessaire d'effectuer une nouvelle IRM.![endif]>![if> 13. Une IRM de la cheville et du pied gauche de l'assurée a été réalisée le 22 avril 2013 aux HUG. ![endif]>![if> Dans leur rapport du 23 avril 2013, les docteurs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, radiologues, ont indiqué que l'IRM montrait une discrète infiltration des parties molles sous-cutanées du compartiment antéro-latéral pouvant s'intégrer dans un contexte postopératoire, ainsi que des remaniements géodiques du dôme du talus avec signes d'arthrose talocrurale. Le 13 mai 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'IRM montrait une bonne guérison de toutes les lésions puisqu'il n'y avait plus aucun signe de fibrose et que, selon lui, la lésion du talus s'était recouverte de fibro-cartilage, comme espéré et que le ligament du Basset était tout à fait calme. Les douleurs de l'assurée étaient peu reproductibles à l'examen clinique avec palpation et il peinait à comprendre leur étiologie. Le 16 août 2013, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'IRM mettait en évidence des troubles dégénératifs tibio-astragalien, probablement dans le contexte d'une instabilité articulaire.

14. Une scintigraphie osseuse a été pratiquée le 2 octobre 2013. D'après le rapport établi le même jour par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, l'examen a notamment mis en évidence une hyperfusion et une hypercaptation du dôme astragalien gauche, ainsi qu'une hypercaptation de l'articulation acromio-claviculaire droit évoquant une lésion dégénérative.![endif]>![if> 15. Le 15 octobre 2013, la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé qu'au vu de la problématique complexe de l'assurée et de la proposition d'un traitement hyaluronique qui n'était habituellement pas accepté par la CNA, une évaluation globale à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) était indispensable.![endif]>![if> 16. Le 4 novembre 2013, l'assurée a été adressée au docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a retenu une arthrose débutante avec une lésion surtout antérolatérale du talus sur le pied plutôt normo-axé voir en léger varus, mise en évidence par le bilan radiologique.![endif]>![if> 17. Le 2 décembre 2013, le Dr K\_\_\_\_\_ a effectué une infiltration test de Lydocaine au niveau de la cheville gauche de l'assurée. D'après le médecin, cette infiltration a pu réduire les douleurs, mais pas complètement. Il pensait qu'il y avait aussi un contexte de chronicisation avec une dépendance débutante aux opiacés. Il préconisait la réalisation d'une arthrodèse.![endif]>![if> 18. Le 15 mai 2014, le Dr K\_\_\_\_\_ a effectué une arthrodèse tibio-talienne à gauche avec allongement d'Achille, greffe osseuse prélevée au niveau du tibia et confection d'une botte plâtrée. Dans la lettre de sortie du 21 mai 2014, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution post-opératoire était favorable permettant un retour à domicile.![endif]>![if> 19. Le 11 juin 2014, le médecin a

indiqué que les suites de l'intervention étaient particulièrement favorables puisque les cicatrices avaient guéri sans complication et que la patiente n'avait plus de douleurs au point où elle ne prenait plus aucune médication. Il ajouta que cela faisait deux ans que l'assurée n'avait pas ressenti cette satisfaction et que, même la nuit, elle pouvait dormir puisqu'elle n'avait « plus mal du tout ».

20. Dans un rapport médical intermédiaire du 17 septembre 2014, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic était favorable et que l'assurée suivait des séances de physiothérapie.

21. Le 20 octobre 2014, le Dr K\_\_\_\_\_ a informé le médecin traitant de l'assurée que la radiographie du jour montrait une guérison complète et que la cheville n'était pas enflée.

22. L'assurée a séjourné du 3 mars 2015 au 15 avril 2015 dans la CRR pour des thérapies physiques et fonctionnelles. Dans leur avis de sortie du 4 mai 2015, les doctresses L\_\_\_\_\_, chef de clinique et spécialiste FMH en médecine interne générale, et M\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont retenu une incapacité de travail totale de l'assurée jusqu'au 15 avril 2015, ainsi qu'une incapacité de travail totale de longue durée dans l'ancienne activité dès le 15 avril 2015.

23. Dans leur rapport d'hospitalisation du 12 mai 2015 consécutif à ce séjour, les Dresses L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ont relevé que l'assurée marchait avec deux cannes anglaises. Sur le plan psychiatrique, elles ont diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Sur le plan neurologique, elles ont relevé que l'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) réalisé le 5 mars 2015 mettait en évidence une discrète séquelle de souffrance axonale au niveau du nerf fibulaire superficiel gauche, ainsi que des signes de souffrance neurogène S1 gauches. L'IRM de la colonne lombaire pratiquée le 23 mars 2015 ne montrait pas d'anomalie radiculaire, uniquement des troubles dégénératifs discrets. Les racines S1 étaient libres. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant leur séjour. Des facteurs contextuels influençaient cependant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente : trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée avec fonctionnement psychique de type « tout ou rien » et perte de l'estime de soi, absence d'activité professionnelle depuis 2010. Les limitations fonctionnelles comprenaient le port de charges lourdes, le maintien prolongé de la position debout, la marche en terrains irréguliers, la montée-descente d'échelles et d'escaliers, ainsi que les accroupissements répétés. La situation était stabilisée du point de vue médical. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs médicaux. Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, il était mitigé. La patiente avait montré aux ateliers professionnels une excellente dextérité manuelle, une très bonne compréhension des consignes, de l'initiative et de l'autonomie et un rendement excellent. Les médecins ont cependant relevé des facteurs défavorables, médicaux (troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée) et non médicaux (absence de contrat de travail, absence d'activité professionnelle depuis 2010, focalisation sur la douleur).

24. Dans un bilan final du 15 juillet 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_ a retenu que le cas devait être jugé stabilisé médicalement. Du point de vue de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : port de charges lourdes, maintien prolongé de la position debout, marche en terrains irréguliers, montée-descente d'échelles et d'escaliers, et accroupissements répétés. Dans un travail adapté, la capacité de travail de l'assurée était de 100 %. La Dresse J\_\_\_\_\_ a également procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité de l'assurée, qu'elle a évaluée à 20 %.

25. Par décision du 24 août 2015, la CNA Genève a mis un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2015 dès lors qu'il n'y avait

plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident. L'examen du droit à la rente avait été suspendu dans l'attente de l'issue des mesures mises sur pied par l'OAI. [endif]>[if> 26. Le 24 février 2016, l'OAI a informé l'assurée que les conditions d'octroi pour des mesures professionnelles étaient remplies. Il prenait ainsi en charge un stage d'orientation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) qui devait se dérouler du 22 février 2016 au 22 mai 2016. [endif]>[if> 27. Le 13 janvier 2017, l'assurée a été adressée à la doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui a effectué un bilan ENMG des membres supérieurs. Le 16 janvier 2017, le médecin a relevé que l'assurée se plaignait depuis plusieurs mois d'engourdissement des mains relativement diffus, par intermittence, prédominant la nuit et survenant parfois la journée, par exemple lorsqu'elle faisait du repassage. Elle notait parfois des blocages des doigts ou des lâchages d'objets. L'examen médical montrait des signes du syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite (35-40 % à droite et 20 % à gauche). Il existait également une discrète diminution du potentiel sensitif du nerf cubital droit avec un ralentissement minime de la conduction au coude, ce qui pouvait évoquer une neuropathie ulnaire gauche débutante. Ces neuropathies d'enclavement étaient très vraisemblablement liées à l'utilisation des cannes. Elle préconisait un traitement conservateur et la prescription d'attelles pour les poignets à porter la nuit. Si aucune amélioration ne devait être observée dans les prochains mois, il convenait d'opter pour un traitement chirurgical du syndrome du tunnel carpien droit. [endif]>[if> 28. Le 21 février 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était souhaitable que l'assurée soit adressée à la consultation de la douleur des HUG pour trouver une médication adéquate. [endif]>[if> 29. L'assurée a été examinée par le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, les 29 mai, 8 juin et 19 juin 2017. Dans un courrier du 19 juin 2017, le médecin a indiqué que l'assurée présentait des incohérences à l'examen clinique (mobilité spontanée normale du rachis cervical alors que le status dirigé était pathologique). Les médicaments antalgiques et les infiltrations avaient été peu efficaces, voire inefficaces. Le médecin a précisé qu'il intégrait ces éléments dans un tableau d'exagération, qui pouvait aussi expliquer une partie des autres douleurs (pied gauche, épaule), soulignant que l'exagération des symptômes risquait de perturber la prise en charge post-opératoire et le résultat des gestes ou opération. [endif]>[if> 30. Par décision du 6 septembre 2017, la CNA a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité était de 8.03 % et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 25'200.-. [endif]>[if> 31. Le 5 octobre 2017, l'assurée, représentée par son avocat, a fait opposition à la décision de la CNA. Elle a conclu à l'annulation de la décision de refus de rente et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. [endif]>[if> 32. Du 26 octobre au 8 novembre 2017, l'assurée a été hospitalisée au service de médecine interne de réhabilitation (ci-après : SMIR) de Beau-Séjour. Durant son séjour, les médecins ont réalisé une radiographie de l'épaule, ayant mis en évidence une lésion compatible avec une enthésopathie calcifiante débutante, ainsi qu'une radiographie de la colonne cervicale, rapportant des lésions arthrosiques à droites de C4 à C6 et bilatérales en C6 et C7. Une consultation de la chirurgie de la main a également été organisée, confirmant le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. Dans le cadre de ces multiples douleurs, une physiothérapie à sec et en piscine a été mise en place pendant toute la durée de l'hospitalisation, tout comme le port d'attelle de poignet principalement la nuit. [endif]>[if> Selon la lettre de sortie du 13 novembre 2017, les Docteurs P\_\_\_\_\_, chef de clinique, et Q\_\_\_\_\_, médecin interne, ont relevé qu'avec les différents traitements,

l'évolution clinique était favorable et la patiente notait une régression des douleurs. Aucun autre changement médicamenteux n'était préconisé. Les médecins proposaient de poursuivre la physiothérapie intensive et le port d'attelles. Un rendez-vous à la consultation à la chirurgie de la main était prévu pour le 18 décembre 2017, durant lequel une éventuelle cure du syndrome du tunnel carpien pourrait être discutée. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait à son arrivée une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère ainsi qu'un épuisement psychique et physique. Elle décrivait également une thymie triste, en aggravation depuis six semaines. Dans ce contexte, une évaluation et un suivi psychiatrique rapproché avait été mis en place. Après quelques jours, les médecins avaient remarqué une amélioration des symptômes tant sur le plan de la thymie que des douleurs.

33. Le 7 novembre 2017, l'assurée a été examinée par le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans le cadre de son appréciation médicale, le médecin a retenu que, sur le plan de la cheville gauche et des suites post-traumatiques, l'état de l'assurée était stabilisé avec des douleurs chroniques qui nécessitaient un traitement antalgique au long cours. S'agissant des limitations fonctionnelles et de l'exigibilité, il a relevé qu'il n'y avait pas lieu de modifier les propositions qui avaient été établies lors du bilan final du 15 juillet 2015.!

34. Le 13 décembre 2017, le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre-conseil de la CNA, a procédé à une appréciation psychiatrique aux fins d'établissement d'un lien de causalité entre les troubles non organiques et l'accident du 17 juin 2009. Il a relevé que l'ensemble des descriptifs des différents rapports médicaux évoquaient une atteinte thymique ayant un décours chronique en lien avec sa situation somatique. Il en a conclu que la causalité naturelle était « pour le moins probable ».

35. Dans son appréciation médicale du 5 février 2018, faisant suite à une demande de complément d'information, le Dr R\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les diagnostics locomoteurs suivants : syndrome du tunnel carpien bilatéral, enthésopathie calcifiante débutante de l'épaule gauche, prise pondérale et potomanie, de ostéopénie probable, obésité, troubles dégénératifs disco-somatiques prédominant en L2-L3, L3-L4, troubles dégénératifs postérieurs sans hernie discale ni compression radiculaire et cervico-brachialgies chroniques gauches. Il a retenu que la causalité naturelle liée à l'événement traumatique du 17 juin 2009 était « tout au plus possible », ces diagnostics étant liés de manière vraisemblable à une atteinte malade préexistante et à l'usure.

36. Par décision sur opposition du 8 février 2018, la CNA a confirmé sa décision du 6 septembre 2017 et rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a considéré que sa responsabilité n'était pas engagée pour d'éventuels troubles psychiques, l'assurée ayant été victime d'un accident banal et de peu de gravité. Même à considérer qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne, la causalité adéquate devait être refusée dans la mesure où le cumul des quatre critères jurisprudentiels n'était pas réalisé. Le droit à la rente de l'assurée devait donc être examiné au regard des seules séquelles physiques de l'accident assuré. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR, l'assurée était à même d'exercer des « activités très légères en position essentiellement assise ». Une telle activité était exigible à plein temps et lui permettait de réaliser un salaire annuel d'au moins CHF 58'752.20, calculé sur la base de cinq descriptions de poste de travail adapté (ci-après : DPT). La comparaison avec le revenu présumable sans invalidité de CHF 63'880.40 laissait apparaître une perte économique de 8.03 %, de sorte qu'il n'existait pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident.

37. Le 9 mars 2018, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après :

CJCAS) à l'encontre de la décision de la CNA du 8 février 2018, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens.!

À l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un rapport de consultation ambulatoire de la douleur des HUG établi le 3 octobre 2017 par les docteurs T\_\_\_\_\_, médecin adjoint et responsable du centre, et U\_\_\_\_\_, médecin interne. Ces médecins ont retenu que l'anamnèse et le status évoquaient des douleurs des membres inférieurs avec une composante à neurogène avec possible CRPS (syndrome douloureux régional complexe), ainsi que des cervico-brachialgies gauches chroniques. Ils proposaient un traitement médicamenteux, ainsi qu'une ergothérapie avec une désensibilisation et thérapie du miroir. Un soutien psychologique par consultations régulières leur semblait également bénéfique.

38. Le 5 avril 2018, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 8 mars 2018.!

39. Par réponse du 25 juin 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.!

40. Les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives dans leur réplique et duplique des 31 août et 20 septembre 2018.!

41. Le 5 avril 2019, la chambre de céans a imparti un délai à la recourante pour lui indiquer si le rendez-vous fixé à la consultation de la chirurgie de la main prévue pour le 18 décembre 2017 avait eu lieu (cf. supra EN FAIT consid. 32).!

42. Le 2 mai 2019, la recourante a produit un bordereau de pièces, dont un avis de sortie des HUG du 12 avril 2019, faisant état d'une opération chirurgicale réalisée le 11 avril 2019 par le docteur T\_\_\_\_\_, médecin interne des HUG, sous la forme d'une cure de syndrome du tunnel carpien par voie ouverte et neurolyse du nerf ulnaire au coude sans transposition.!

43. La chambre de céans a transmis ces pièces à l'intimée.!

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.!

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 38 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 3 LPA-GE).!

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours du 9 mars 2018 contre la décision sur opposition du 8 février 2018, est recevable. 5. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité LAA. Se pose en particulier la question du lien de causalité entre

l'accident et les troubles psychiques et physiques développés par l'intéressée. [endif]>![if> 6. a. 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. 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).![endif]>![if> 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 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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. 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). b. En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2. p. 184 s.), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 ). En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs permettant de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il y a lieu d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, de prendre en considération un certain nombre d'autres critères déterminants (cf. ATF 115 V 133 et 403 précités). 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 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 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). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 ; U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). 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. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les

suiuants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 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. 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 ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent être donnés (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_899/2013 du 14 mai 2014 consid. 5.1 ; 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 ; 8C\_487/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5). c. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).! [endif]>! [if> 8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux

fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).> b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). d. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). f. En ce qui

concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 9. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 10. a. Se pose en premier lieu la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques développés par la recourante. En l'occurrence, le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2017 mentionne un diagnostic d'atteinte thymique ayant un décours chronique en lien avec la situation somatique de la recourante. D'après le médecin, la causalité naturelle entre les troubles non organiques de l'intéressée et l'accident serait « pour le moins probable ». Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce trouble psychique est consécutif à l'accident du 17 juin 2009. Il reste à examiner le lien de causalité adéquate. L'intimée a considéré que la recourante avait été victime d'un accident banal ou de peu de gravité, raison pour laquelle le lien de causalité adéquate pouvait être nié d'emblée. Même à considérer que l'accident devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, il y avait lieu de retenir que le seul critère des douleurs importantes n'était pas suffisant pour admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques dont se plaignait la recourante et l'accident. La recourante critique ce raisonnement. Elle soutient que l'accident litigieux devrait pour le moins être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et que les critères jurisprudentiels permettant de retenir un lien de causalité sont réalisés. En l'occurrence, la recourante s'est tordue la cheville gauche en posant le pied à moitié sur une palette et à moitié par terre. Au vu des principes rappelés ci-dessus et des exemples tirés de la jurisprudence, l'incident du 17 juin 2009 doit être qualifié d'accident banal. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques dont se plaint la recourante peut ainsi être d'emblée niée. Conformément à la jurisprudence précitée, ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière. Or, tel n'est pas le cas ici. Comme l'admet la recourante, il n'existe aucune circonstance dramatique ou impressionnante concomitante à l'événement du 17 juin 2009. La lésion qui en est résultée (entorse sévère de la cheville

gauche traitée de manière conservatrice par botte plâtrée) ne peut être qualifiée de grave et n'a entraîné qu'une incapacité de travail initiale de deux mois. Les conséquences immédiates de l'accident ne sont dès lors pas susceptibles d'avoir entraîné de troubles psychiques. On ajoutera, par surabondance, que les critères à prendre en considération ne se cumulent pas ni ne revêtent dans le cas particulier une intensité particulière. En effet, aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant aient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C\_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). La recourante ne le prétend d'ailleurs pas. Elle invoque uniquement la durée anormalement longue du traitement médical, l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison, la persistance des douleurs physiques et le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Or, contrairement à ce que soutient la recourante, le fait d'absorber de nombreux médicaments depuis plusieurs années ne suffit pas pour conclure à une durée anormalement longue des soins médicaux (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 ; 8C\_361/2007 consid. 5.3). Quant à l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison, force est de relever que l'intéressée n'invoque aucun motif particulier ayant entravé la guérison. Or, d'après la jurisprudence, de tels motifs doivent exister (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 5.4 et les références citées). Le simple motif que la situation d'un assuré ne connaît pas d'amélioration significative depuis la survenance d'un accident ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 5). Le seul fait qu'une thérapie régulièrement suivie ne débouche pas sur une absence de douleurs non plus (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_915/2009 du 10 février 2010 consid. 4.5). Il en va de même du suivi d'un traitement médical et de l'existence de troubles importants, voire même d'une dégradation de l'état de santé psychique et physique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_68/2009 du 7 mai 2009 consid. 5.4). Dans ces conditions, point n'est besoin d'examiner si les critères des douleurs physiques persistantes et du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques sont réalisés en l'espèce, dans la mesure où, quand bien même ils le seraient, ils ne suffiraient pas à établir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé psychique de la recourante. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de nier le lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques développés par la recourante. b. Reste à examiner le lien de causalité entre l'accident et les séquelles physiques de la recourante. En l'occurrence, hormis les troubles à la cheville gauche, dont le lien de causalité avec l'accident est admis par les parties, la recourante se plaint de douleurs aux poignets, au membre supérieur gauche et à la nuque. Dans son recours, l'intéressée admet que les cervico-brachialgies gauches et les douleurs à la nuque ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 17 juin 2009. Elle conteste en revanche l'absence de lien de causalité retenue par l'intimée s'agissant des douleurs aux poignets. Il ressort du dossier que les douleurs aux poignets ont été signalées pour la première fois par la Dresse N\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 janvier 2017. Il y est mentionné que la recourante se plaignait depuis plusieurs mois d'engourdissement des mains relativement diffus. Le bilan ENMG effectué par la Dresse N\_\_\_\_\_ le 13 janvier 2017 a montré des signes du syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. Le médecin a préconisé un traitement conservatoire à l'aide du port d'attelles. Ce diagnostic a été confirmé par les médecins du SMIR dans leur rapport du 13 novembre 2017. Ils ont préconisé la poursuite du port d'attelles et fixé un rendez-vous pour une consultation à la chirurgie de la main le 18 décembre 2017 afin de discuter d'une éventuelle cure de syndrome du tunnel

carpien, opération qui a finalement été réalisée le 11 avril 2019. Se pose dès lors la question du lien de causalité entre ces douleurs et l'accident du 17 juin 2009. Dans son appréciation du 5 février 2018, le Dr R\_\_\_\_\_ a qualifié le lien de causalité entre l'événement du 17 juin 2009 et les autres diagnostics locomoteurs, dont le syndrome du tunnel carpien bilatéral, de « tout au plus possible, ces diagnostics étant liés de manière vraisemblable à une atteinte malade préexistante et à l'usure ». Cette appréciation, très générale, ne permet pas de déterminer spécifiquement le lien de causalité entre le syndrome du tunnel carpien bilatéral et l'accident du 17 juin 2009. Par ailleurs, à défaut de motivation qui permettrait d'étayer l'origine supposément dégénérative de cette atteinte, son opinion n'a pas de valeur probante. Cette appréciation est du reste contredite par la Dresse N\_\_\_\_\_, selon laquelle les neuropathies d'enclavement étaient très vraisemblablement liées à l'utilisation des cannes (rapport du 16 janvier 2017). L'hypothèse émise par la Dresse N\_\_\_\_\_ n'a cependant pas non plus fait l'objet d'une étude fouillée et n'est accompagnée d'aucune motivation. Elle n'est en outre corroborée par aucune autre des pièces médicales versées au dossier. Compte tenu de ces éléments, il apparaît que la documentation médicale est insuffisante pour l'examen du lien de causalité entre l'événement du 17 juin 2009 et les douleurs aux poignets dont se plaint la recourante. La chambre de céans n'est dès lors pas en mesure de trancher le litige sur ce point, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Dans la mesure où l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base du seul rapport établi par son médecin d'arrondissement très peu motivé et ne disposant d'aucune valeur probante, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives. Le dossier sera ainsi renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra d'examiner le lien de causalité entre les douleurs aux poignets et l'accident du 17 juin 2009, cas échéant, d'apprécier la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et de rendre une nouvelle décision. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 8 février 2018 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. [endif]> [if> La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPG ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

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