

Par arrêt du 12 février 2025 (8C_18/2025), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X_ contre ce jugement

S2 23 43

ARRET DU 9 DÉCEMBRE 2024

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Michel De Palma, avocat, Sion

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, intimée

(rente d'invalidité ; IPAI ; valeur probante d'une expertise)

Faits

A. X _____, ressortissante portugaise née le xx.xx 1984, mariée et mère de 3 enfants mineurs, n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Depuis le 13 septembre 2018, elle travaillait en tant que technicienne de secteur (femme de ménage) à un taux de 100% auprès de A _____ SA, à B _____. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que de maladies professionnelles auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : GMA SA).

B. Le 10 mars 2020, la prénommée a glissé sur une plaque de glace et s'est blessée au niveau du pied droit. Elle a été prise en charge le jour même aux urgences de C _____, où les diagnostics d'entorse de la cheville gauche (*recte* : droite) de stade II et de contusion du mollet gauche (*recte* : droit) ont été posés. Une IRM de la cheville droite et une radiographie de la jambe droite réalisées le 20 mars suivant ont mis en évidence une lésion de la syndesmose tibio-fibulaire avec une déchirure du ligament tibio-fibulaire antéro-inférieur et une déchirure de la membrane interosseuse ainsi qu'une petite lésion ostéochondrale du versant médial du dôme du talus et un épanchement articulaire tibiotalien modéré (pièces GMA SA 1, 2, 3 ; pièce OAI 72, p. 236, 253 et 255).

Le 24 mars 2020, GMA SA a informé l'assurée qu'elle prenait en charge le cas (pièce GMA SA 4).

Le 13 juillet 2020, le Dr D _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à la E _____ (ci-après : E _____), a noté la persistance de douleurs diffuses englobant le pied et la jambe droites dès la moindre mobilisation et a posé le diagnostic différentiel de syndrome algodystrophique (ou syndrome douloureux régional complexe [SDRC]), pour lequel il avait programmé, le 6 juillet précédent, une scintigraphie. Cet examen n'a toutefois pas pu être réalisé, dès lors que l'intéressée se trouvait en début de grossesse (pièce GMA SA 10 ; pièce OAI 72, p. 247).

Le 31 août 2020, GMA SA a transmis à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) une demande de prestations AI remplie et signée par l'assurée le 19 août précédent, en raison de l'entorse de la cheville droite dont elle souffrait (pièce GMA SA 15 ; pièce OAI 72, p. 234).

Dans un rapport du 13 octobre 2020, le Dr F _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à la E _____, a relevé que les symptômes de l'assurée lui faisaient penser à un probable SDRC du pied, de la cheville et de la jambe droites, même

si l'imagerie du 16 septembre précédent ne l'évoquait pas et que les critères de Budapest n'étaient que partiellement remplis. Il a préconisé la réalisation de chaussures orthopédiques (pièces GMA SA 18 et 21 ; pièce OAI 73, p. 297).

Le 28 janvier 2021, le Dr G _____, spécialiste FMH en neurologie auprès de la E _____, a indiqué qu'un électroneuromyogramme (ENMG) effectué la veille n'avait pas permis d'objectiver une atteinte des structures nerveuses périphériques à la jambe gauche (*recte* : droite), que l'examen avait démontré une altération de la sensibilité dès le genou distal, sans signe de Tinel ou de Lasègue, et que les neurographies sensitivo-motrices étaient normales (pièce GMA SA 31 ; pièce OAI 73, p. 286).

Le 28 mai 2021, le Dr H _____, médecin traitant de l'intéressée, a noté que sa patiente présentait une douleur chronique de la cheville droite avec une impossibilité de marcher sans boiterie et que le pronostic sur la capacité de travail était mauvais, l'assurée étant toujours en incapacité totale de travail depuis son accident du mois de mars 2020 (pièce GMA 108, p. 80 ; pièce OAI 21).

Dans un rapport du 8 juin 2021, le Prof. I _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que l'intéressée présentait une problématique non seulement somatique (fracture de cheville de type Weber C le 10 mars 2020), mais également psychosomatique suite à la perte d'un bébé en milieu de grossesse durant le processus de cicatrisation de dite cheville. Le Prof. I _____ a estimé que l'assurée devait être conduite vers un processus d'accompagnement de ce deuil et qu'aucune amélioration orthopédique ne pourrait avoir lieu sans ce travail psychiatrique (pièce GMA SA 46 ; pièce OAI 45, p. 121).

Le 19 août 2021, le Dr J _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique auprès de la E _____, a relevé avoir vu l'intéressée en raison de douleurs persistantes de l'arrière-pied droit suite à l'entorse du 10 mars 2020 et a notamment posé le diagnostic différentiel de SDRC, forme froide (pièce GMA SA 53 ; pièce OAI 24).

Le 5 octobre 2021, le Dr H _____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de femme de ménage et qu'elle présentait des limitations physiques liées aux douleurs au niveau du pied et de la cheville droits (pièce GMA SA 108, p. 71 ; pièce OAI 24).

Le 14 octobre 2021, le Dr K _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée ne correspondait pas aux critères d'un deuil compliqué, qu'elle

avait vécu un deuil périnatal normal avec des symptômes qui avaient duré autour de six semaines, que ce deuil ne concernait pas l'aspect orthopédique et qu'aucun suivi psychiatrique n'était nécessaire (pièce GMA SA 58 ; pièce OAI 45, p. 118).

Le 21 mars 2022, le Dr H _____ a relevé que l'état de sa patiente était stable depuis son dernier rapport et que la capacité de travail de celle-ci était entière dans une activité adaptée, tout en précisant qu'il ne s'estimait pas apte à définir une telle activité (pièce GMA SA 108, p. 50 ; pièce OAI 36).

Dans un rapport final du 28 mars 2022, la Dresse L _____, médecin auprès du SMR, a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle de femme de ménage mais que, dans une activité adaptée (position de travail assise, port de charges limité à 5 kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, marche limitée et en évitant les terrains inégaux et accidentés, pas de déplacements, pas de montée/descente d'escaliers et pas d'échelles ni d'échafaudages), elle était entière depuis le 21 mars 2022 (pièce GMA SA 108, p. 44 ; pièce OAI 37).

Dans un rapport d'expertise du 15 décembre 2022, le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics incapacitants de status post-entorse de la cheville droite le 10 mars 2020 (S93.4) et de SDRC de la cheville et du pied droits (M89.0). Ce spécialiste a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage, mais que, dans une activité adaptée (domaine sédentaire et administratif, travail majoritairement en position assise, port de charges limité à 5kg, pas de travail à genoux ou accroupi, pas de travail sur des escabeaux ou des échelles, limitation des montées et des descentes d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier), une pleine capacité de travail était exigible depuis le 10 septembre 2022, soit à 30 mois de l'accident du 10 mars 2020. Le Dr M _____ a en outre indiqué que les séquelles du SDRC justifiaient une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10% et ce par analogie avec les troubles fonctionnels douloureux après fracture-luxation prévus dans la table 2 des barèmes d'indemnisation de la CNA (pièce GMA SA 97 ; pièce OAI 77, p. 467).

Par décision du 19 décembre 2022, GMA SA a octroyé à l'assurée une IPAI de 10% mais lui a dénié le droit à une rente d'invalidité, motif pris que la comparaison des revenus avec et sans invalidité avait fait ressortir une perte de gain nulle (pièce GMA SA 98 ; pièce OAI 77, p. 461).

C. Par décision du 11 janvier 2023, l'OAI a reconnu à l'intéressée un droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100% et limitée du 1^{er} mars 2021

au 30 juin 2022, motif pris que dès le 21 mars 2022, une pleine capacité de travail était exigible de sa part dans une activité adaptée et qu'après comparaison des revenus avec et sans invalidité, son degré d'invalidité était nul. Par décision du 19 janvier 2023, l'OAI a dénié à l'assurée tout droit à des mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement ; pièce GMA SA 100 ; pièces OAI 62 et 64).

Le 9 février 2023, l'intéressée a interjeté recours céans à l'encontre de ces décisions de l'OAI. Ce recours fait l'objet d'une procédure séparée (cause S1 23 26).

D. Le 1^{er} février 2023, l'assurée, représentée par Me Michel De Palma, a formé opposition à l'encontre de la décision du 19 décembre 2022 rendue par GMA SA, estimant d'une part que sa capacité de travail était faible, voire nulle, dès lors qu'elle n'était pas en mesure de se déplacer sans moyens auxiliaires (béquilles) et au-delà d'une dizaine de minutes, et contestant d'autre part la valeur probante de l'expertise du Dr M _____, le diagnostic de SDRC retenu par ce spécialiste étant selon elle incompatible avec la pleine capacité de travail attestée par celui-ci dans une activité adaptée. L'intéressée a en outre contesté le taux d'IPAI qui lui a été octroyé par GMA SA (10%), considérant qu'au vu des douleurs intenses et persistantes dont elle souffrait, un taux de 20% se justifiait (pièce GMA SA 102).

Dans un complément d'expertise du 5 avril 2023, le Dr M _____ a maintenu ses conclusions relatives à l'exigibilité, précisant que le périmètre de marche de 10 minutes reflétait l'appréciation de l'assurée et non celle de l'expert, et a ajouté que l'IPAI se situait effectivement dans une fourchette entre 10% et 20% pour le type d'atteinte dont souffrait l'intéressée, mais qu'eu égard aux discordances contenues dans plusieurs rapports médicaux au dossier, il se justifiait de pondérer à la baisse ce pourcentage et de confirmer le taux de 10% retenu (pièce GMA SA 105).

Par décision sur opposition du 17 avril 2023, GMA SA a écarté les griefs de l'assurée et confirmé sa décision du 1^{er} février précédent (pièce GMA SA 106).

E. X _____ a recouru céans le 15 mai 2023 à l'encontre de la décision sur opposition du 17 avril précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité d'au minimum 50% et d'une IPAI de 20%. Elle a en substance contesté la valeur probante de l'expertise du Dr M _____, au motif que le diagnostic de SDRC retenu par ce dernier était incompatible avec sa conclusion tendant à la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que ce spécialiste n'avait pas abordé les douleurs découlant de ce trouble, alors qu'elles étaient incapacitantes. La

recourante a de plus estimé que la sévérité de ces douleurs justifiait l'octroi d'une IPAI de 20%.

Dans sa réponse du 13 juin 2023, GMA SA a relevé que l'expertise du Dr M _____ présentait une pleine valeur probante, que la recourante ne se fondait sur aucune appréciation autre que la sienne pour motiver le taux d'invalidité auquel elle concluait et qu'aucun médecin autre que le Dr M _____ ne s'était déterminé sur le taux de l'IPAI ou n'avait argumenté en faveur d'un taux plus élevé. L'intimée a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 16 août 2023, la recourante a maintenu sa position et ajouté que le rapport du 21 mars 2022 du Dr H _____ n'avait également aucune valeur probante, dès lors que ce médecin n'avait ni les compétences ni la spécialisation nécessaires pour se déterminer sur sa capacité de travail en lien avec ses troubles. Quant à l'IPAI, elle a indiqué que le SDRC englobait également le genou, si bien qu'un taux de 20% se justifiait.

Par ordonnance du 17 août 2023, la Cour de céans a informé les parties que le dossier d'assurance-invalidité, qui faisait l'objet d'une procédure séparée (S1 23 26), était versé en cause.

Le 22 août 2023, la recourante a déposé un rapport du 2 août précédent de la Dresse N _____, médecin à O _____ à P _____ (Portugal), qui a relevé que l'intéressée conservait une démarche claudicante, marchait à l'aide de deux béquilles et était incapable de rester longtemps en position orthostatique ou de se promener en raison de la douleur qu'elle ressentait à la cheville. La Dresse N _____ a ajouté que les plaintes de l'assurée la limitaient dans ses activités personnelles et professionnelles. Au vu du contenu de ce rapport, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire visant à déterminer l'impact de ses limitations fonctionnelles sur sa capacité de gain et, partant, son taux d'invalidité.

Le 7 septembre 2023, l'intimée a relevé que les constatations objectives de la Dresse N _____ rejoignaient celles de l'expert et que son appréciation de la capacité de travail de la recourante ne se fondait que sur les plaintes de celle-ci, ce qui ne pouvait suffire à justifier le versement de prestations d'assurance.

L'échange d'écritures a été clos le 11 septembre 2023.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 15 mai 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 17 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le refus d'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

2.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

2.3 Si une amélioration sensible de l'état de santé n'est plus possible, le traitement médical prend fin et l'assuré peut prétendre à une rente d'invalidité pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10% au moins (art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

2.4 Selon l'article 24 alinéa 1 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). L'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 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 consid. 2.3 ; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant.

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement

entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

2.5 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3. ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du

Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1)

En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Ne sont donc en soi déterminantes pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et

suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1).

En particulier, les mesures d’instruction d’office nécessaires à l’examen de la demande de prestations au sens de l’article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l’assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n’est non plus pas ouverte à la personne assurée. La nécessité d’administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d’une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

3.

3.1 Dans le cas d’espèce, l’intimée s’est basée sur l’avis du Dr M _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, qui a estimé dans un rapport d’expertise du 15 décembre 2022, complété le 5 avril 2023, qu’une pleine capacité de travail était exigible de la recourante dans une activité adaptée dès le 10 septembre 2022 et que les séquelles du SDRC qu’elle présentait justifiaient une IPAI de 10%. La recourante soutient quant à elle que l’expertise du Dr M _____ est contradictoire, dans la mesure où le diagnostic de SDRC retenu par ce spécialiste serait incompatible avec la reconnaissance d’une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, que ce spécialiste n’aurait pas tenu compte du caractère incapacitant des douleurs qu’elle présentait, que la sévérité de ces douleurs justifiait l’octroi d’une IPAI de 20% et que son taux d’invalidité se montait au moins à 50%.

3.2 A l’analyse des pièces au dossier, force est de constater que l’argumentation de la recourante ne peut pas être suivie. En effet, cette dernière se limite à contester l’avis du Dr M _____, substituant ainsi le sien à celui de l’expert, sans se fonder sur aucune pièce médicale, si ce n’est le bref rapport du 2 août 2023 de la Dresse N _____, médecin auprès de O _____ à P _____ (Portugal). Or, la Dresse N _____ ne s’est exprimée ni sur la capacité de travail de l’intéressée dans une activité adaptée ni sur la question de l’IPAI, mais s’est contentée de retranscrire les plaintes de l’assurée et de relever que celle-ci n’avait pas repris son travail de femme de ménage depuis l’accident du mois de mars 2020. Un tel rapport ne saurait manifestement prévaloir.

A l’inverse, la Cour relève que les avis des 15 décembre 2022 et 5 avril 2023 du Dr M _____, retenant les diagnostics incapacitants de status post-entorse de la cheville droite le 10 mars 2020 (S93.4) et de SDRC de la cheville et du pied droits

(M89.0) et estimant d'une part que la capacité de travail de l'intéressée était entière sans baisse de rendement dans une activité adaptée (domaine sédentaire et administratif, travail majoritairement en position assise, port de charges limité à 5kg, pas de travail à genoux ou accroupi, pas de travail sur des escabeaux ou des échelles, limitation des montées et des descentes d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier), depuis le 10 septembre 2022, soit à 30 mois de l'accident du 10 mars 2020 et d'autre part que les séquelles du SDRC justifiaient une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10% par analogie avec les troubles fonctionnels douloureux après fracture-luxation prévus dans la table 2 des barèmes d'indemnisation de la CNA, présente une pleine valeur probante. En particulier, le Dr M _____ a pris en compte l'ensemble des différents avis médicaux figurant au dossier, a établi ses rapports en pleine connaissance de l'anamnèse et a procédé à un examen complet de l'intéressée. En outre, le Dr M _____ a dûment expliqué pour quelle raison il a retenu qu'une IPAI de 10% se justifiait, à savoir en raison des séquelles du SDRC survenu au décours d'une entorse grave de la cheville droite et en application par analogie de la table 2 des barèmes d'indemnisation de la CNA concernant les troubles fonctionnels douloureux après fracture-luxation, précisant qu'il convenait de retenir le taux minimum de 10% prévu par dite table compte tenu des discordances contenues dans les rapports médicaux au dossier s'agissant des conséquences fonctionnelles et douloureuses de l'atteinte présentée par l'intéressée. Cela vaut d'autant plus que le Dr H _____, médecin traitant de l'assurée, a également estimé (cf. rapport du 21 mars 2022) que la capacité de travail de sa patiente était entière dans une activité adaptée et que les limitations fonctionnelles fixées par la Dresse L _____ suite au rapport du Dr H _____ (position de travail assise, port de charges limité à 5 kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, marche limitée et en évitant les terrains inégaux et accidentés, pas de déplacements, pas de montées/descentes d'escaliers et pas d'échelles ni d'échafaudages) sont similaires à celles retenue par l'expert. S'il est vrai que la date à partir de laquelle la reprise d'une activité adaptée était exigible diffère, l'expert retenant le 10 septembre 2022 alors que la Dresse L _____ se prononce en faveur du 21 mars 2022, la Cour relève que la Dresse L _____ s'est uniquement fondée sur le rapport du 21 mars 2022 Dr H _____ estimant que l'état de sa patiente était « stable » par rapport à son précédent avis du 5 octobre 2021, alors que l'expert a dûment motivé pour quelle raison il avait retenu la date du 10 septembre 2022 pour reconnaître une pleine capacité de travail à la recourante dans une activité adaptée, à savoir parce que cette date correspondait, selon la littérature scientifique et les délais d'évolution des SDRC en général (24-30 mois), à celle de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, soit à 30 mois de l'événement initial du 10 mars 2020.

3.2 Ainsi, dès lors que l'appréciation du Dr M _____ repose sur une évaluation médicale complète et approfondie et que la recourante ne se fonde sur aucun document médical faisant état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise ou suffisamment pertinents pour en mettre en doute les conclusions, dite appréciation ne saurait être remise en cause au motif que l'intéressée a une opinion divergente de celle de l'expert (cf. *supra* consid. 2.5). Dans ces circonstances, il appert que l'expertise du 15 décembre 2022 bénéficie d'une pleine valeur probante et que les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimée de porter un jugement valable sur le présent cas, sans qu'il se justifie de donner suite au moyen de preuve requis par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

3.3 Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que GMA SA a refusé à la recourante le droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de 10%.

Mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition entreprise du 17 avril 2023 confirmée.

4.

4.1 Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. f^{bis} LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 9 décembre 2024