COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et Mme Hempel-Bruder, assesseure
Greffier : M. Reding

*****

Cause pendante entre :

B._____, à A***, recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

_____

Art. 61 let. c LPGA ; art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en ***. Sans formation certifiante, elle a travaillé de septembre 2022 à décembre 2023, à un taux de 60 %, pour le compte de la société D._____ AG en qualité de préparatrice de commandes. Elle était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 15 juillet 2023, l'assurée a vu sa cheville gauche se faire écraser par un transpalette. Elle s'est retrouvée en incapacité totale de travailler à la suite de cet événement. Ce dernier a été annoncé le 18 juillet suivant à la CNA, laquelle a pris en charge ses suites.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, la CNA a recueilli divers documents, dont :

- un rapport de radiographie de la cheville et du pied gauches du 16 juillet 2023, lequel écartait une fracture, une lésion osseuse ou un épanchement de cette articulation, tout en relevant des tissus mous sans particularité ;
- un rapport du 21 juillet 2023 du Dr G._____, médecin assistant auprès de l'Hôpital U._____, diagnostiquant une entorse de Chopart ;
- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la cheville gauche du 30 août 2023 concluant à une *« [l]ame d'épanchement intra-articulaire talo-crural et sous-talien »*, à l'*« [a]bsence d'altération significative du signal des segments osseux étudiés »*, à l'*« [i]ntégrité de la syndesmose tibio-fibulaire distale »*, à l'*« [i]ntégrité de l'interligne calcanéo-cuboïdien et des interlignes sous-taliens »*, au *« [r]espect du signal des principales structures ligamentaires et tendineuses étudiées »* et à une *« [d]iscrète infiltration des tissus mous sous-cutanés du dos du pied et de la cheville gauche prédominant en regard de la malléole interne »* ;

- un rapport du 14 novembre 2023 du Dr J._____, médecin adjoint auprès l'hôpital susmentionné, notant le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de type I (algodystrophie de Sudeck) post-écrasement du pied et de la cheville gauches par une machine transpalette (le 15 juillet 2023) ;
- un rapport d'IRM de la cheville gauche du 20 mars 2024 signalant une fissuration longitudinale du tendon court fibulaire au niveau rétro-, infra- et sous-malléolaire, tout en excluant une lésion osseuse visualisée, ainsi que le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe ;
- un rapport du 13 mai 2024 du Dr E._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel posait les diagnostics d'allodynie mécanique et suspicion de névropathie post-traumatique du pied et de la cheville gauches, ainsi que d'écrasement de ces derniers, traité comme une entorse de Chopart avec immobilisation durant deux mois ;
- un rapport du 29 août 2024 du Dr E._____ faisant mention d'une évolution en demi-teinte ;
- un rapport du 18 octobre 2024 du Dr E._____, lequel indiquait ne pas avoir d'explication claire à la persistance des douleurs chez sa patiente ;
- un rapport d'IRM de la cheville gauche du 29 novembre 2024 mettant en évidence une minime fissuration focale intra-substance du tendon court fibulaire, inchangée, mais sans signe de ténosynovite, tout en ne relevant aucune anomalie articulaire, ligamentaire ou osseuse ; et
- un rapport du 6 décembre 2024 du Dr E._____, lequel suggérait d'adresser l'assurée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), à Sion, aux fins d'une rééducation intensive et d'une évaluation globale des capacités fonctionnelles résiduelles, tout en précisant que les plaintes exprimées par sa patiente étaient bien réelles.

Du 29 avril au 6 juin 2025, l'assurée a séjourné à la CRR. Dans un rapport du 23 juin suivant, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale auprès de cette institution, a retenu le diagnostic –

principal – de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles persistantes de la cheville gauche, de même que les diagnostics – secondaires – de traumatisme de cette articulation par écrasement, avec entorse du Chopard (le 15 juillet 2023), et de minime fissuration focale intra-substance du tendon court fibulaire au niveau rétro-, infra- et sous-malléolaire, sans signe de ténosynovite (IRM des 20 mars et 29 novembre 2024). Il a, en revanche, balayé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, estimant que l'assurée ne remplissait pas les critères de Budapest. Il a, de surcroît, précisé que la fissuration du court fibulaire n'était probablement pas en rapport avec l'événement de juillet 2023. Il a enfin fait part d'une évolution subjective et objective non significative. Selon lui, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'aide en logistique était théoriquement favorable à court terme, une reprise pouvant être envisagée si ce travail ne requérait pas d'effectuer de longs déplacements, ce surtout en terrain irrégulier, ni de porter des charges de plus de 10 à 15 kg de façon répétitive. Étaient notamment joints à cette appréciation un rapport d'ultrason de la partie antérolatérale de la cheville gauche du 5 juin 2025, lequel soulignait un *« LTFA [ligament talo-fibulaire antérieur] légèrement hétérogène mais bien continu »*, et un rapport établi par le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, R._____, maître socio-professionnel, et S._____, psychologue, tous trois actifs au sein du service de réadaptation professionnelle de la CRR.

Le 10 juillet 2025, l'assurée a subi une nouvelle IRM de la cheville gauche, laquelle montrait *« un foyer de contusion probable sous la facette articulaire inférieure et interne de l'astragale dans sa partie antérieure non accompagné de lésion du Spring ligament ni de signe de tendinopathie du tendon tibial postérieur »*, tout en faisant état de l'absence de signe de synovite.

Par rapport du 3 octobre 2025, le Prof. T._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie à la Clinique V._____, au C***, a déclaré que la cheville de sa patiente présentait une mobilisation active en dorsiflexion et en extension de l'hallux, mais peu consistante.

Par rapport du 13 octobre 2025, le Dr W._____, spécialiste en anesthésiologie à la Clinique X._____, a posé le diagnostic de douleurs chroniques post-traumatiques de la cheville gauche possiblement neuropathiques, ainsi que le diagnostic différentiel d'implication du nerf fibulaire superficiel ou profond. Il a, en outre, rappelé que depuis l'accident de juillet 2023, l'assurée avait bénéficié de multiples investigations, lesquelles ne semblaient pas mettre en exergue de problématique mécanique claire.

Le 13 novembre 2025, l'assurée a été examinée par le Dr Y._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport daté du lendemain, celui-ci a mis en évidence les diagnostics d'hématome de la partie antérieure de la cheville gauche, d'entorse du Chopart gauche, de syndrome douloureux régional complexe de type I post-écrasement du pied et de la cheville gauches, de plaie superficielle en regard de l'articulation tibio-talaire antérieure, d'allodynie et névropathie post-traumatique du pied et de la cheville gauches, de fissuration focale intra-substance du tendon court fibulaire gauche minime et de pieds plats *valgus* des deux côtés (plus prononcés à gauche). Selon lui, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée, la situation étant stabilisée. Le retour dans l'activité antérieure telle qu'elle était réalisée n'était plus envisageable. La capacité de travail demeurait, en revanche, entière dans une activité adaptée sans long déplacement (surtout sur terrain irrégulier) ni port répétitif de charges de plus de 10 à 15 kg.

Par courrier du 29 décembre 2025, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux avec effet au 1er mars 2026. Puis, par décision du 2 février 2026, elle lui a accordé le droit à une rente d'invalidité d'un degré de 12 % dès le 1er mars 2026 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10 %, correspondant à un montant de 14'820 francs.

Par rapport du 9 février 2026, le Dr W._____ a indiqué que la situation restait incomprise, tout en spécifiant ne pas avoir réussi à améliorer la problématique douloureuse, malgré plusieurs injections d'anesthésiant.

Le 16 février 2026, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée.

Par décision sur opposition du 11 mars 2026, la CNA a rejeté cette opposition.

B. Le 9 avril 2026, B._____ a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Elle a requis *« une réévaluation complète et objective de [s]on dossier »*, *« [u]ne prise en compte cohérente des limitations fonctionnelles réelles »* et *« [u]ne adaptation du taux retenu, afin qu'il reflète fidèlement [s]a situation »*. Elle a notamment contesté être à même de travailler à 100 % dans une activité adaptée, dans la mesure où ses limitations fonctionnelles restaient significatives, notamment en termes de port de charges, de station prolongée et de capacité à maintenir un travail dans la durée. A l'appui de son argumentation, elle a produit – entre autres pièces – un rapport du 2 avril 2026 du Dr W._____, lequel soutenait que sa patiente souffrait de douleurs continues tant en position assise que debout, avec péjoration progressive sur la durée, ce qui impactait négativement son rendement et nécessitait des périodes de repos, et un courrier du 9 juin 2025 demandant à la CRR de prendre en compte, dans son évaluation médicale, une série d'*« observations cliniques »*.

Par réponse du 7 mai 2026, la CNA a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 18 mai 2026, l'assurée a exposé que son suivi médical se poursuivait actuellement auprès de la Clinique X._____. Un examen et une évaluation orthopédique supplémentaires avaient été agendés dans le but de mieux comprendre l'origine de ses douleurs persistantes et de ses limitations fonctionnelles. Il existait, de surcroît, une

divergence importante quant à l'estimation de ses capacités physiques réelles. Certaines conclusions médicales retenaient, en effet, une capacité de port de charges de 10 à 15 kg, alors que les évaluations réalisées dans le cadre des ateliers de réadaptation à la CRR avaient souligné des limitations fonctionnelles plus importantes. En pratique, la difficulté ne résidait pas dans le fait de pouvoir soulever ponctuellement une charge à une ou deux reprises, mais dans la capacité à répéter les efforts de manière régulière, continue et soutenue dans le cadre d'une activité professionnelle réelle. L'hypothèse d'une activité adaptée demeurait enfin très théorique dans sa situation concrète. Ses limitations fonctionnelles compliquaient ainsi sa réinsertion professionnelle.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur l'étendue du droit à la rente de l'assurance-accidents allouée à la recourante.

3. **a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence.

b) Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (première phrase) ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase). Il appartient ainsi à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (TF 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1).

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

4. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; 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 ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, 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 du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. 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'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

5. **a)** En l'espèce, la recourante a été victime d'un accident le 15 juillet 2023, lors duquel sa cheville gauche a été écrasée par un transpalette. Ce sinistre a été déclaré quelques jours plus tard à l'intimée, laquelle a pris en charge ses suites sous la forme du paiement des frais médicaux et d'une indemnité journalière. Les diagnostics d'entorse de Chopart, de syndrome douloureux régional complexe et d'allodynie mécanique et névropathie post-traumatique du pied et de la cheville gauches ont notamment été posés par les médecins traitants. Puis, dans le but particulièrement d'évaluer les capacités fonctionnelles de l'assurée, un séjour à la CRR a été organisé du 29 avril au 6 juin 2025. A cette occasion, le diagnostic – principal – de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles persistantes de la cheville gauche, de même que des limitations fonctionnelles en lien avec les longs déplacements, surtout en terrain irrégulier, et le port répétitif des charges de plus de 10 à 15 kg ont été mises en évidence par le Dr I._____ dans son rapport du 23 juin 2025. La recourante a finalement été examinée, le 13 novembre suivant, par le Dr Y._____. Ce dernier, reprenant en grande partie les diagnostics relevés par les médecins traitants, a estimé que l'état

de santé de l'assurée était stabilisé. L'exercice de l'activité habituelle d'aide en logistique n'était plus exigible. La capacité de travail était, en revanche, entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par le médecin de la CRR. Sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, l'intimée a accordé à la recourante le droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré de 12 % à partir du 1er mars 2026 et à une IPAI d'un taux de 10 %.

L'assurée, pour sa part, a contesté présenter une capacité de travail entière dans une activité adaptée d'épargne du pied gauche. Selon elle, ses douleurs, lesquelles s'intensifiaient sur la durée, et ses limitations fonctionnelles, lesquelles la restreignaient dans le port de charges, la station debout ou assise prolongée et son endurance, la contraignaient à prendre des pauses régulières, ce qui diminuait son rendement et compliquait sa réinsertion professionnelle.

b) Cela étant, il convient, en premier lieu, de constater – avec l'intimée et son médecin d'arrondissement – que l'état de santé de la recourante est stabilisé *a minima* depuis la fin de l'année 2025. Le Dr W._____ a, en effet, rappelé, dans son appréciation du 13 octobre 2025, que sa patiente avait bénéficié, après son accident, de nombreuses prises en charge sur le plan médical, notamment en consultation de médecine physique et réhabilitation, ainsi que de séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Ces mesures avaient, certes, permis de baisser l'hypoesthésie, mais n'avaient entraîné que peu de progrès au niveau des mouvements et des douleurs. Le suivi d'un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien s'avérait, du reste, peu utile. Ce spécialiste a, en outre, relaté, dans son avis du 9 février 2026, ne pas avoir réussi à améliorer la problématique douloureuse, malgré plusieurs injections d'anesthésiants. Le Dr I._____ de la CRR a, de surcroît, témoigné d'une évolution subjective et objective non significative de la situation à l'issue du séjour dans ce centre, au printemps 2025. Ces observations ont, enfin, été confirmées par la recourante elle-même, laquelle a rapporté au Dr Y._____, lors de l'examen de novembre 2025, que la rééducation sensitive menée auprès de la Clinique X._____, l'hospitalisation à Sion, l'ostéopathie et la physiothérapie n'avaient « *pas amené grand[-]chose* ».

Elle n'a, au demeurant, pas explicitement contesté – que ce soit dans son acte de recours ou sa réplique – le fait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de sa situation.

c) S'agissant de la capacité de travail de la recourante, on ne saurait reprocher au Dr Y._____ d'avoir considéré que cette dernière n'était plus apte à exercer son ancienne activité de préparatrice de commandes, dès lors que ce travail exigeait – comme cela ressort du rapport du service de réadaptation professionnelle de la CRR – de soulever des charges pouvant atteindre 25 kg, soit une tâche incompatible avec les limitations fonctionnelles arrêtées. Son évaluation portant sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, qu'il a estimé entière, apparaît, en revanche, sujette à caution. Le service de réadaptation précité, lequel a suivi la recourante dans le cadre de différents ateliers durant son séjour à la CRR, a, en effet, relevé des problèmes qualifiés de graves dans les fonctions relatives à l'endurance musculaire. Le Dr I._____ a, lui, indiqué que les douleurs s'intensifiaient très fortement dès que les efforts se prolongeaient. Ces constats ont, du reste, été confirmés par le Dr W._____, lequel a déclaré, dans son rapport du 2 avril 2026, que la symptomatologie douloureuse se péjorait progressivement au cours de la journée, ce qui impactait négativement la capacité de rendement de sa patiente. Aussi, l'ensemble de ces éléments sont susceptibles de jeter le doute quant à la capacité de l'assurée à rester productive durant une journée entière de travail, même s'il s'agit d'une activité simple et répétitive. A cela s'ajoute que la recourante n'a pas réussi à terminer dans le temps de réalisation – réputé normal – de 42 minutes l'atelier qui consistait à dresser un inventaire en raison de ses douleurs et d'une impossibilité à rester debout plus de 25 minutes. Or, à aucun moment, le médecin d'arrondissement de l'intimée ne s'est prononcé expressément sur la question d'une perte d'endurance, alors que cette problématique pouvait avoir un impact sur la capacité de rendement et, de ce fait, la capacité de travail de l'assurée. Il s'est ainsi contenté de répéter les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr I._____ et de conclure, sans

plus d'explication, que l'exercice à 100 % d'une activité adaptée respectant ces dernières était exigible.

d) Au surplus, les limitations fonctionnelles reprises par le Dr Y._____ du rapport du Dr I._____, à savoir un port de charges restreint à 10 ou 15 kg et la prohibition des longs déplacements, surtout en terrain irrégulier, soulèvent de multiples interrogations. Le service de réadaptation professionnelle de la CRR a, en effet, fait état de difficultés définies comme absolues pour l'acte de soulever et porter des objets, avec un plafond fixé aux seules charges très légères, c'est-à-dire de moins de 5 kg. On peine, dès lors, à comprendre pour quel motif ces deux médecins ont ajouté 5 à 10 kg à cette limitation dans leurs rapports respectifs. L'impossibilité de tenir la position debout de façon statique sur la durée a, qui plus est, été évoqué par le service susmentionné. Pourtant, elle n'a jamais été concrétisée dans le cadre d'une limitation fonctionnelle spécifique ni écartée expressément. Ce point n'a d'ailleurs même pas été discuté par le médecin d'arrondissement de l'intimée.

e) Au vu de ce qui précède, on ne saurait donc accorder une quelconque valeur probante aux conclusions du Dr Y._____ en lien avec la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles. Une diminution du rendement dans une telle activité – et, partant, l'existence d'une invalidité plus conséquente – ne peut, en effet, être d'emblée niée. Il n'est pas non plus exclu que l'assurée présente des limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par le médecin d'arrondissement de l'intimée. A noter que les autres pièces au dossier ne permettent pas de répondre à ces questions, étant donné que les différents médecins traitants n'ont jamais chiffré précisément la capacité de travail de leur patiente.

6. En conséquence, force est de constater que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient, par conséquent, de renvoyer le dossier à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure

dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra, à cet effet, de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA en vue d'évaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante à la suite de l'accident du 15 juillet 2023. A réception du rapport d'expertise, cette autorité statuera, à nouveau, sur l'étendue du droit à la rente de l'assurée.

6. **a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 11 mars 2026 par l'intimée annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision**.**

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui a procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 11 mars 2026 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la

cause lui étant renvoyée pour complément d’instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n’est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente : Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B._____,
- Caisse nationale suisse d’assurance en cas d’accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :