



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1264/2018

ATAS/995/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 octobre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCES EN
AS D'ACCIDENTS, sise, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1969, a travaillé en qualité d'employée de bureau pour CGI Immobilier depuis 1986 au 11 décembre 2014, dernier jour travaillé, avec un délai de congé au 31 août 2015.
2. Elle a été totalement incapable de travailler du 28 mai 2014 au 15 décembre 2014 en raison d'une dépression réactionnelle à son licenciement.
3. Le 9 janvier 2015, elle a chuté dans un escalier et s'est déchiré le ligament de l'épaule droite.
4. À teneur d'un rapport du 19 mai 2015, l'assurée a été opérée par le docteur B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur FMH, qui a procédé, en raison de la rupture du tendon du sus-épineux de son épaule droite, à une arthroscopie de cette épaule, une acromioplastie décompressive et une suture du tendon sus-épineux.
5. Le 14 août 2015, l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité, indiquant travailler à 80% comme employée polyvalente.
6. Suite à son licenciement, l'assurée s'est inscrite au chômage et a été, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimé).
7. Le 30 avril 2017, alors que l'assurée faisait un lit à son domicile, une planche du lit est tombée sur son pied, ce qui lui a occasionné une fracture au métatarse gauche, selon la déclaration de sinistre du 4 mai 2017.
8. Le 2 mai 2017, la doctoresse C_____, médecine interne FMH, de la Clinique et Permanence d'Onex, a attesté d'une incapacité de travail de l'assurée à 100% du 30 avril au 31 mai 2017. Elle a régulièrement prolongé l'arrêt de travail depuis lors.
9. Le cas a été annoncé à la SUVA le 4 mai 2017 et pris en charge par celle-ci le 19 mai 2017, avec effet au jour de l'accident. Le versement des indemnités journalières a débuté le 3 mai 2017.
10. À teneur du formulaire de rapport initial LAA du 16 mai 2017, rempli par la doctoresse D_____, médecin généraliste, de la Clinique et Permanence d'Onex, il ressortait d'une radiographie que l'assurée souffrait d'une « fracture multi fragmentaire intra articulaire de P2 O1 gauche » et que son traitement devrait se terminer quatre semaines plus tard.
11. Selon un rapport médical intermédiaire du 22 mai 2017 de la doctoresse E_____, médecin praticien FMH, du Centre médical des Acacias, l'évolution de l'état de l'assurée était bonne ainsi que le pronostic. Elle prévoyait une reprise du travail au 12 juin 2017, précisant toutefois ne pas être orthopédiste.
12. Une radiographie de l'avant-pied gauche de l'assurée, réalisée le 22 mai 2017 par la doctoresse F_____, du Centre d'imagerie d'Onex, a permis de constater qu'il n'y

avait pas de déplacement secondaire de la fracture multi-fragmentaire par rapport aux clichés réalisés le 30 avril 2017.

13. Par projet de décision du 30 mai 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} février au 31 juillet 2016 (degré d'invalidité 94%) et un quart de rente du 1^{er} août au 30 septembre 2016 (degré d'invalidité 44%). Depuis janvier 2015, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail était considérablement restreinte. À l'issue du délai d'attente, en janvier 2016, sa capacité de travail était nulle dans toute activité professionnelle. À ce moment-là, elle exerçait son activité professionnelle à 80% par choix personnel. Le 20% restant correspondait à ses occupations dans sa sphère privée. Dès lors, il y avait lieu d'utiliser la méthode mixte pour déterminer son taux d'invalidité. Dès le 1^{er} août 2016, elle avait retrouvé une capacité de travail de 50% de son 80%, puis dès le 5 septembre 2016, sa capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle. Concernant les empêchements dans la sphère ménagère, il y avait lieu d'admettre un empêchement maximum de 20% au vu de ses limitations fonctionnelles, de sa capacité de travail dans son activité habituelle et de l'exigibilité des membres de sa famille.
14. À teneur d'un rapport médical intermédiaire du 28 juin 2017 établi par la Dresse C_____, l'assurée n'arrivait toujours pas à poser le pied par terre pour marcher en raison de douleurs importantes. Le pronostic ainsi que la durée du traitement étaient indéterminés. Une nouvelle radiographie devrait être effectuée dans les prochains jours, car l'évolution était lente.
15. Le 30 juin 2017, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était toujours justifiée et qu'elle devait durer encore un mois. S'il n'y avait pas de reprise du travail, il faudrait convoquer l'assurée afin de procéder à un examen médical à l'agence.
16. Le 3 juillet 2017, une radiographie de contrôle a montré que la fracture était stabilisée.
17. Selon un rapport établi le 10 juillet 2017 par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique, il y avait une amélioration dans l'état de santé de l'assurée, mais elle souffrait encore de son orteil gauche, qui était un peu rouge avec un ongle en train de tomber. Il avait rassuré l'assurée sur le caractère habituel de ses douleurs, puisque le type de fracture complexe phalangienne qu'elle avait subie pouvait prendre entre trois et cinq mois pour guérir. Il n'y avait aucun traitement particulier à lui proposer si ce n'était d'attendre.
18. Par courrier du 24 juillet 2017, la SUVA a convoqué l'assurée à un examen par le médecin d'arrondissement pour le 23 août 2017.
19. L'assurée a consulté le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a indiqué, dans un rapport du 21 août 2017, avoir demandé à ce qu'une IRM soit effectuée afin de déterminer si l'assurée souffrait d'une

algodystrophie. Cet examen n'ayant pas démontré clairement cette entité nosologique, ce médecin a conclu à une : « fracture comminutive de P2 O1 avec visualisation des traits de fracture et discret œdème spongieux. Probable cal fibreux en voie de formation, à corrélérer aux radiographies conventionnelles. En cas de doute, un complément d'investigation par CT-scan permettrait de mieux apprécier le degré de consolidation ». Au vu des douleurs diffuses au pied qui étaient cliniquement difficiles à comprendre et de la constatation que le pied était froid, hyperhémique et hypersensible, le Dr I_____ n'excluait pas une possible algodystrophie focale. Il avait prescrit à l'assurée du Miacalcic et de la physiothérapie. Si ce médicament n'améliorait pas la situation de la patiente, il envisageait de l'adresser à un spécialiste de la douleur pour examiner s'il n'y avait pas un conflit d'une petite racine nerveuse au niveau du dos du pied.

20. À teneur du rapport médical intermédiaire établi par la Dresse C_____ le 22 août 2017, l'assurée n'arrivait toujours pas à poser le pied par terre. Il fallait s'attendre à ce que le dommage demeure, puisque la douleur au pied persistait et que l'assurée avait de la difficulté à marcher et à rester longtemps debout.
21. À teneur d'un rapport établi le 24 août 2017, le Dr G_____ avait examiné l'assurée le jour précédent. Celle-ci indiquait ressentir toujours des douleurs extrêmement fortes et qu'elle ne pouvait pas utiliser ses béquilles, en raison de douleurs lors du déroulement du pied. Elle se déplaçait en appuyant le côté gauche de son pied sur une trottinette. Elle ne supportait aucun poids sur son pied, même de draps, se sentait mieux allongée et ressentait davantage de douleurs la nuit.

Le Dr G_____ avait constaté que l'ongle de l'orteil gauche de l'assurée, qui était tombé, était en train de repousser et qu'il n'y avait pas d'hématome. Il y avait une douleur nette au niveau de l'articulation interphalangienne du gros orteil et de la pulpe du doigt. Le pied gauche de l'assurée était plus froid que le droit. Sa mobilité au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne était douloureuse et limitée et elle était quasiment nulle au niveau de l'articulation interphalangienne proximale. Il était impossible à l'assurée de dérouler le pas, mais elle ne ressentait pas de douleur au niveau du talon. À son domicile, elle marchait pieds nus en se tenant aux meubles à cause de pertes d'équilibre. Il y avait un probable syndrome algodystrophique dans les suites d'une fracture par écrasement de la deuxième phalange du gros orteil.

En conclusion, l'évolution n'était pas favorable, compte tenu des difficultés importantes de l'assurée pour se déplacer. Sa fracture semblait en voie de consolidation, mais pour l'affirmer, il faudrait faire un scanner. L'incapacité de travail était encore justifiée. La pratique de bains écossais, la poursuite du traitement de Miacalcic et une aide de son physiothérapeute pour utiliser les béquilles lui permettraient d'envisager une reprise de travail, au moins partiellement.

22. Le 4 octobre 2017, la SUVA a à nouveau soumis le dossier de l'assurée au Dr G_____, qui a indiqué que sans tenir compte des difficultés de l'assurée pour se déplacer, ce qui devait être possible en s'appuyant sur des béquilles, on pouvait s'attendre à une reprise à 50% dès le 3 novembre 2017.
23. Par courriel du 20 octobre 2017, l'assurée a transmis à la SUVA une prescription de la Dresse C_____ en vue d'obtenir une aide au transport pour se rendre à ses rendez-vous médicaux, car elle avait de plus en plus de difficultés à se déplacer.
24. Par courriel du 23 octobre 2017, une collaboratrice de la SUVA a indiqué à l'assurée que selon l'avis du médecin d'arrondissement, elle pouvait se rendre à ses consultations en bus.
25. Le 25 octobre 2017, le Dr G_____ a conclu à une reprise de travail de l'assurée dès le 1^{er} novembre 2017 dans son ancienne activité de bureau au « taux antérieur ».
26. Par décision du 26 octobre 2017, la SUVA a informé l'assurée qu'elle la considérait capable de travailler dès le 1^{er} novembre 2017 et qu'elle cesserait en conséquence de lui verser les indemnités journalières au 31 octobre 2017.
27. Le 3 novembre 2017, l'assurée encore requis une aide au transport. Elle ne pouvait plus utiliser sa trottinette, car cela lui déclenchait des douleurs dans le bassin et des lombalgies, en raison de l'appui qui était toujours du même côté. Elle avait des difficultés à marcher jusqu'à l'arrêt de bus et, à son rythme, un parcours de 5 minutes de marche lui en prenait 15.
28. Dans un rapport du 3 novembre 2017, la Dresse C_____ a indiqué que les diagnostics étaient une fracture le 30 avril 2017, avec persistance de douleurs chroniques et difficultés à se déplacer, un possible syndrome douloureux régional complexe du pied gauche et un état dépressif moyen. Depuis l'accident du 30 avril 2017, il y avait une persistance des douleurs dans le gros orteil gauche de l'assurée, y compris à l'effleurement, douleur s'étendant surtout à l'avant-pied gauche, avec une grande difficulté à marcher. La marche était possible pendant 5 minutes et était très lente. L'assurée avait beaucoup utilisé une trottinette pour se déplacer les premiers mois après l'accident afin de soulager son gros orteil, mais cela avait eu des répercussions sur la statique de son bassin et de sa colonne lombaire, avec le développement d'une sciatalgie, qui était actuellement traitée efficacement par ostéopathie. Son moral était très mauvais depuis l'accident, avec d'importants troubles du sommeil, de l'irritabilité, des pleurs, de la tristesse et du désespoir. La situation sociale était compliquée. Il y avait un haut risque de chronicisation des douleurs. Il était impossible à l'assurée de rester debout et elle avait des difficultés à se déplacer plus de 5 minutes. L'assurée avait des troubles de la concentration, une fatigabilité importante, une difficulté d'adaptation et une lenteur. L'activité exercée n'était plus exigible. Une réadaptation serait possible, si l'assurée pouvait travailler assise sans avoir à trop se déplacer. Actuellement, un 10% était envisageable.

29. Par courrier du 6 novembre 2017, la Dresse C_____ a interpellé le médecin-conseil de la SUVA afin que celui-ci révisé son appréciation. Elle ne comprenait pas pourquoi il avait décidé que l'assurée était à nouveau apte au travail et que le cas ne relevait plus de l'accident, alors qu'il ne l'avait pas revue depuis le 23 août 2017 et qu'il avait, à cette dernière occasion, confirmé l'arrêt de travail.
30. Le 22 novembre 2017, l'assurée a formé opposition à la décision du 26 octobre 2017, faisant valoir que des complications étaient apparues lors de sa convalescence et qu'un scanner serait effectué le 23 novembre 2017.
31. Dans un rapport du 24 novembre 2017, Madame J_____, physiothérapeute, a indiqué qu'après neuf séances de physiothérapie, ayant pris fin le 25 août 2017, l'assurée avait beaucoup moins de douleurs et une marche nettement plus fluide. Elle avait augmenté son périmètre de marche à 10, 15 minutes, mais celui-ci restait très limité, environ 15 m, avant qu'elle ressente des douleurs trop importantes qui lui imposaient de faire une pause. Ses troubles fonctionnels avaient diminué, même s'ils restaient encore présents, et la mobilité articulaire de sa cheville, de son pied et de ses orteils était bonne. Elle pouvait monter et descendre les escaliers à l'aide d'une rampe, sans toutefois pouvoir alterner les marches. Son pied gauche était hypersensible et très algique au touché. La palpation de son muscle tibial postérieur était également très sensible.
32. Le 27 novembre 2017, l'assurée a complété son opposition du 22 novembre 2017. Les pièces médicales indiquaient que sa capacité de travail était nulle à ce jour et que le traitement des suites de son accident n'était pas terminé. La décision du 26 octobre 2017 souffrait d'un défaut de motivation, puisque l'avis du médecin-conseil de la SUVA n'avait pas été produit à son appui et qu'au surplus, ce dernier ne l'avait pas revue avant de rendre son avis médical. La pertinence de cet avis méritait d'être mise en doute.
33. Dans un rapport du 8 janvier 2018, le Dr G_____ a indiqué que lors de son examen de l'assurée, en août 2018, une algodystrophie avait été évoquée dans les suites d'une fracture par écrasement de la deuxième phalange du gros orteil du pied gauche. Un traitement lui avait alors été prescrit. L'assurée ne pouvait toujours pas marcher plus de 5 minutes et souffrait de douleurs continues. Sans tenir compte des difficultés pour se déplacer, ce qui restait toutefois possible en s'appuyant sur des béquilles, on pouvait s'attendre, dans une activité professionnelle exercée d'employée de bureau, à condition qu'elle puisse étendre sa jambe, à une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le 3 novembre 2017 et à 100% dès le 8 janvier 2018.
34. Par décision du 10 janvier 2018, la SUVA a annulé sa décision du 26 octobre 2017 et retenu que l'assurée était capable de travailler à 50% dès le 3 novembre 2017 et à 100% dès le 8 janvier 2018. L'incapacité de travail à 100% n'était plus justifiée médicalement pour les seules suites de l'accident du 30 avril 2017.

35. Le 15 janvier 2018, l'assurée a indiqué à la SUVA ne pas vouloir toucher la somme qui lui avait été versée pour le paiement de ses indemnités à 50% du 3 novembre 2017 au 7 janvier 2018, car elle aurait dû toucher des indemnités journalières à 100%.
36. Par courrier du 7 février 2018, l'assurée a fourni à la SUVA :
- un rapport établi le 15 octobre 2017 dans lequel la doctoresse K_____, spécialiste en neurologie, indiquait que le traitement de Miacalcic, qui avait débuté en raison des suspicions d'algoneurodystrophie, avait dû être interrompu en raison d'épistaxis. Les douleurs étaient présentes surtout lorsque la patiente marchait ou lorsque son orteil gauche était effleuré et elles étaient nettement moins intenses au repos. Suite à sa fracture, la patiente boitait et souffrait de douleurs lombaires depuis un mois. Lorsqu'elle se trouvait dans la position assise avec les pieds surélevés, elle se sentait bien. Quand elle marchait, sa douleur lombaire augmentait et elle avait la sensation que ses membres inférieurs ne suivaient plus, qu'elle n'arrivait plus à avancer. Il n'y avait pas de signes pour retenir une atteinte radiculaire. Il s'agissait plutôt de douleurs musculo-squelettiques favorisées par la boiterie. Un syndrome douloureux régional complexe (ci-après SDRC) du pied gauche était suspecté.
 - un rapport établi par la Dresse K_____ le 26 janvier 2018, dans lequel elle indiquait que la patiente présentait des douleurs au pied droit (recte : gauche) lors de la marche, mais peu au repos. Ces douleurs pouvaient devenir très intenses selon la durée de la marche et irradiaient parfois jusqu'à la cuisse et à la fesse. Globalement, l'assurée trouvait que ses capacités de marche s'amélioraient lentement, mais que la durée de la station debout était limitée. La Dresse K_____ avait constaté un SDRC de type 1, en phase de lente récupération, sans atteinte radiculaire. Elle ne prévoyait pas de revoir sa patiente, mais restait à disposition pour réévaluer la situation.
37. Par courrier du 8 février 2018, l'assurée a formé opposition à la décision du 10 janvier 2018, concluant au versement par la SUVA des indemnités journalières à 100% dès le 30 avril 2017 jusqu'à épuisement de son droit. La décision du 10 janvier 2018 présentait un défaut de motivation et violait ainsi son droit d'être entendue, puisqu'elle n'était pas à même de la contester utilement. De plus, son médecin traitant avait encore attesté le 8 janvier 2018 qu'elle n'avait pas recouvré sa capacité de travail à 100%. Enfin, il était curieux qu'une telle décision ait pu être prise par la SUVA sans que le médecin-conseil de celle-ci ne l'ait revue ni qu'aucun élément médical ne soit discuté ou présenté.
38. Le 3 mars 2018, le Dr G_____ a estimé que les éléments apportés par l'assurée dans son opposition ne permettaient pas de revoir son appréciation médicale.
39. Par décision sur opposition du 16 mars 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée et maintenu sa décision du 10 janvier 2018. Sa décision était

suffisamment motivée, puisqu'elle se fondait essentiellement sur l'appréciation médicale du Dr G_____, qui était elle-même fondée sur l'ensemble du dossier.

40. Le 18 avril 2018, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition du 16 mars 2018. Elle concluait à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi des indemnités journalières à 100% dès le 30 avril 2017 jusqu'à épuisement de son droit. L'intimée s'était fondée sur de brefs rapports du Dr G_____, qui n'étaient pas convaincants. Ce médecin ne l'avait vue qu'à une seule reprise, le 23 août 2017. Ses avis médicaux étaient de plus fluctuants et non étayés. Il n'avait pas pris position sur le SDRC, alors que plusieurs médecins avaient posé ce diagnostic et estimé que celui-ci était en lien de causalité directe avec l'accident survenu en avril 2017. Son état de santé ne s'était jamais stabilisé et était donc encore lié à l'événement assuré.

En complément de son recours, l'assurée a notamment joint un courrier établi le 16 mars 2018 par la Dresse C_____, dans lequel celle-ci indiquait que l'assurée continuait d'avoir d'importantes douleurs dans le gros orteil gauche et que la marche était toujours très difficile avec une boiterie. Au niveau psychique, l'assurée présentait un état anxio-dépressif lié à la santé de son membre inférieur gauche ainsi qu'à sa situation sociale et financière. Elle était en effet sans emploi et ne percevait plus de perte de gain ni de chômage. Depuis février, l'évolution était très lentement favorable, avec nettement moins de douleurs au repos, mais aucune amélioration concernant la mobilisation et la marche. Au niveau psychique, il n'y avait pas d'amélioration. Actuellement, l'assurée ne pouvait pas reprendre son activité habituelle à 100%. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés à la marche importante avec boiterie et une limite du périmètre de marche à 5 minutes. Il n'y avait pas de douleur au repos après une heure de récupération des 5 minutes de marche et une impossibilité à rester en position debout. Au niveau psychique, l'assurée avait des troubles de la concentration, du sommeil et une grande fatigabilité. Du point de vue médico-théorique, sa capacité de travail était nulle, à cause des limitations fonctionnelles.

41. Dans un avis médical du 24 avril 2018, le Dr L_____, du SMR, considérait, en référence aux rapports médicaux du Dr H_____ du 10 juillet 2017 et de la Dresse C_____ du 16 mars 2018, que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et qu'il convenait de poursuivre l'instruction et d'adresser dans six mois un rapport médical initial au Dr M_____ et de demander des renseignements complémentaires au Dr H_____.
42. Dans sa réponse du 14 juin 2018, l'intimée a confirmé sa décision s'agissant de l'aptitude de la recourante à reprendre son activité professionnelle à 50% dès le 3 novembre 2017. Elle a toutefois admis qu'elle devait instruire plus avant la question du rendement exigible dans l'activité professionnelle au-delà du 8 janvier 2018, sur la base d'un rapport de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologique, du centre de compétence de médecine des

assurances, qui avait été chargée d'établir une appréciation médicale en mai 2018. Le recours devait être partiellement admis sur ce point.

Dans son rapport précité, la Dresse N_____ estimait que le SDRC dont souffrait l'assurée était compatible avec une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le 3 novembre 2017 avec l'aide de béquilles. Elle pouvait porter des charges légères à l'aide d'un sac à dos (par exemple un classeur fédéral) et devait surélever sa jambe blessée si nécessaire.

43. Par courrier du 12 août 2018, la recourante a transmis à la chambre de céans :
- un rapport de la Dresse C_____ du 30 juillet 2018, dans lequel il était indiqué que l'assurée ne pouvait pas utiliser de béquilles, puisque cela augmentait ses douleurs du pied lors de l'oscillation de ce dernier.
 - un rapport établi par Mme J_____ du 31 juillet 2018, dans lequel celle-ci indiquait avoir déjà effectué dix-huit séances de physiothérapie en juillet 2017 avec l'assurée. À la suite de ces séances, la situation ne s'était que peu améliorée, avec une augmentation du périmètre de marche à 10, 15 minutes. La recourante était revenue la voir le 26 juin 2018. Sa situation s'était péjorée, avec des douleurs plus importantes et une réduction du périmètre de marche à 5 minutes. La marche avec des béquilles avait déjà été envisagée et testée en 2017, mais ce moyen de marche ne s'était pas révélé bénéfique et ne l'était pas plus en juin 2018.
 - un rapport établi par la Dresse K_____ le 4 août 2018, laquelle indiquait avoir vu l'assurée à trois reprises depuis son accident. Celle-ci souffrait toujours de douleurs au pied gauche. Le Tramadol améliorait ses douleurs, mais la posologie ne pouvait être augmentée en raison des effets secondaires.
44. Dans un rapport établi le 10 septembre 2018, la Dresse K_____ a indiqué que, sur le plan neurologique, la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle d'employée de bureau était de 50% avec un rendement maximal de 40%, soit une capacité de travail maximale de 20% (sic), depuis le 30 avril 2017. La capacité de travail dans une activité strictement adaptée, soit une activité d'employée de bureau avec la possibilité de changer de position et de se lever si besoin, était de 50% depuis le 30 avril 2017.
45. Par courrier du 18 septembre 2018, la recourante a notamment transmis à la chambre de céans :
- un rapport établi le 17 juillet 2018 par la Dresse C_____, dans lequel celle-ci indiquait que l'évolution de l'état de santé de la recourante était très lente. Elle arrivait à marcher 5 minutes sans douleurs, mais lentement et avec boiterie, puis la marche devenait très douloureuse. En position assise, elle avait également des douleurs dans son pied gauche, si celui-ci était en déclive. Elle était soulagée si son pied était surélevé, mais cela déclenchait des tensions dans sa hanche gauche et dans le bas du dos. En position allongée, elle ne se plaignait pas de

son pied. L'utilisation de cannes anglaises était très difficile en raison d'antécédents traumatique et opératoire aux épaules.

- un rapport de prise en charge en ergothérapie du 4 juin 2018, qui indiquait que malgré ses douleurs, la recourante pouvait se chausser et supporter une chaussette et que la marche était possible, mais avec une endurance très limitée.
46. Lors d'une comparution des parties du 26 septembre 2018, la recourante a notamment déclaré avoir travaillé 30 ans dans une agence immobilière et avoir dû dans ce cadre beaucoup se déplacer et porter parfois des charges très lourdes.
47. Par ordonnance du 15 octobre 2018, la chambre de céans a ordonné, avec l'accord de la recourante, l'apport de son dossier en cours auprès de l'assurance-invalidité.
48. Le 11 février 2019, la recourante a produit :
- un rapport établi le 7 janvier 2019 par la Dresse K_____ indiquant être frappée par la persistance des douleurs lombaires basses de la recourante, avec irradiation sur la face postérieure du membre inférieur gauche, qui s'ajoutaient à des douleurs au pied gauche en relation avec le SDRC. Ses limitations fonctionnelles étaient encore accentuées. Elles fluctuaient en fonction des douleurs qui variaient durant la journée. La recourante avait besoin de changer de position régulièrement selon les douleurs. La position assise était souvent limitée à 5 minutes en raison des rachialgies. La marche était également limitée à 5 minutes maximum, parfois moins, selon les douleurs. Actuellement, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était de 20%. Une activité adaptée était celle d'employée de commerce avec la possibilité de changer de position aussi souvent que nécessaire, de se lever et de marcher un peu.
49. Le 3 juin 2019, la recourante a produit :
- un rapport établi le 22 avril 2019 par le docteur O_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, qui indiquait avoir observé à l'évaluation clinique une hypoesthésie et un poing gachette dorso-médial sur l'hallux. Cette situation, très suspecte d'un entrapement nerveux avec SDRC avait motivé un test de perfusion à la lidocaïne le 18 avril 2019. En fin de perfusion, la douleur du pied et l'extension sciatique avaient disparu, ce qui laissait peu de doute sur la nature neuropathique séquellaire. La localisation de la douleur résiduelle permettait de penser qu'il s'agissait du nerf cutané dorso-médial, branche terminale du fibulaire superficiel.
50. Le 21 juin 2019, l'intimée a observé qu'aucun des rapports produits ne se prononçait sur la capacité de travail ni sur l'exigibilité et qu'elle maintenait ses précédentes conclusions.
51. Le 10 septembre 2019, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle allait subir une opération chirurgicale en lien avec son affection du pied gauche le 8 octobre 2019. Le docteur P_____, médecin-assistant du service de chirurgie

plastique et de la main du centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après le CHUV), confirmait la présence d'une neuropathie traumatique du nerf tibial postérieur à hauteur du tunnel tarsien gauche. Cela démontrait que son atteinte au pied gauche n'était de loin pas stabilisée et que des douleurs étaient encore bien présentes et handicapantes.

La recourante transmettait en annexe de son écriture :

- un rendez-vous fixé par le service de chirurgie plastique et de la main du CHUV du 21 août 2019 fixé au 8 octobre 2019 pour une intervention.
- un rapport établi par le Dr P_____ le 21 août 2019 indiquant que le status confirmait une neuropathie traumatique du nerf tibial postérieur à hauteur du tunnel tarsien gauche et une neuropathie traumatique des branches terminales du nerf péronier superficielle, au niveau du bord dorso-médial du premier métatarsien gauche. Il posait ainsi l'indication d'une neurolyse chirurgicale, qui se ferait en ambulatoire.

52. Le 13 novembre 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport établi le 8 novembre 2019 par le docteur Q_____, médecin assistant du service de chirurgie plastique et de la main du département de l'appareil locomoteur du CHUV, indiquant qu'il ne pouvait pas affirmer que les nerfs douloureux et libérés lors de l'opération du 8 octobre 2019 étaient situés à proximité de l'hallux fracturé durant l'accident d'avril 2019. En revanche, anamnestiquement, le traumatisme par écrasement du pied par une grosse planche pouvait expliquer une contusion plus large au niveau du dos du pied et du mollet. L'opération du 8 octobre 2019 avait consisté effectivement à la libération des nerfs et à l'ablation de toute structure anatomique pouvant les comprimer, donc conduisant à une irritation nerveuse, tout en respectant les nerfs. Macroscopiquement durant l'intervention, les nerfs avaient l'air intact. Selon les plaintes décrites en préopératoire ainsi que l'amélioration postopératoire des douleurs, on pouvait de manière quasi certaine affirmer qu'une compression sur ces nerfs avait eu lieu.

53. Le 3 décembre 2019, l'intimée a considéré, sur la base d'une appréciation de la Dresse N_____, qu'il ne se justifiait pas de s'écarter de sa précédente position. Il n'apparaissait pas que l'intervention du 8 octobre 2019 pouvait être reconnue comme étant en lien de causalité avec l'accident du 30 avril 2017 et elle n'aurait pas dû être prise en charge par elle.

Selon les conclusions de la Dresse N_____ du 2 décembre 2019, si entrapement d'une branche du nerf tibial à la hauteur de la fracture, deuxième phalange du premier orteil, il y avait, elle ne voyait pas en quoi une décompression du nerf tibial à la hauteur du tunnel tarsien ou une décompression du nerf fibulaire profond à la hauteur de la tête de la fibula pouvait soulager la recourante. Ces deux compressions nerveuses, s'il y avait, n'étant pas des séquelles de l'événement du 30 avril 2017, elles ne pouvaient remettre en cause la capacité de travail reconnue

de la recourante en novembre 2017, par suite de la fracture de la deuxième phalange du premier orteil à gauche subie par cette dernière le 30 avril 2017.

54. La recourante a encore produit le 16 avril 2020 un rapport établi le 13 février 2020 par le professeur R_____, service de chirurgie plastique, reconstructrice du CHUV, dans lequel celui-ci indiquait que lors de son dernier examen du 29 janvier 2020, il avait noté des douleurs résiduelles sur le gros orteil de la recourante assez mal délimitées et variables avec le temps. Elles pouvaient être clairement atténuées par la mobilisation des articulations, y compris la cheville. La situation de l'assurée était complexe. Suite à son intervention au niveau rétromalléolaire et du col du péroné, une amélioration nette et claire était apparue.
55. Le 24 juin 2020, la chambre de céans a demandé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) copie de son dossier actualisé.
56. Il ressort du dossier actualisé de l'OAI que celui-ci a confié une expertise de la recourante au docteur S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son rapport du 2 avril 2019, l'expert a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :
- lombalgies chroniques évoluant depuis septembre 2017, discopathie dégénérative L5-S1 avec petite hernie extra-foraminale gauche, sans conflit radiculaire radiologique (IRM du 31.08.2018) ;
 - status après fracture comminutive de la phalange distale du gros orteil gauche (30.04.2017), syndrome douloureux chronique du membre inférieur gauche, possibles séquelles de CRPS type I (algodystrophie ou maladie de Südeck) ;
 - status après arthroscopie épaule droite, acromioplastie et suture du tendon du susépineux (11.05.2015) ;
 - status après cure chirurgicale de syndrome du tunnel carpien à droite (14.04.2016).

Sous évaluation médicale et médico-assurantielle, l'expert a indiqué que l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux chronique. L'examen clinique actuel ne suggérait pas la présence d'une fibromyalgie. Seulement cinq points selon Smythe étaient positifs. L'assurée continuait à avoir d'importantes douleurs du membre inférieur gauche à 23 mois de la fracture. On restait surpris devant l'intensité des douleurs décrites par l'assurée. Elle était très démonstrative. Aucun des multiples examens radiologiques effectués jusqu'à présent n'avait montré les images typiques de Südeck, ni aucune autre lésion inquiétante. Si l'assurée avait développé cette maladie, elle était actuellement au stade de séquelle.

Sur le plan strictement somatique et objectif, il n'y avait pas d'argument pour dire que l'assurée ne pouvait pas exercer les métiers qu'elle avait eus jusqu'à décembre 2016. Elle pouvait exercer une activité sédentaire dans laquelle elle pourrait alterner à sa guise la position assise avec la position debout. Elle devait éviter le port de charges, les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, de marcher en

terrain irrégulier ainsi que de monter ou descendre les pentes ou les escaliers. Des courts déplacements à plat étaient possibles.

Sur le plan strictement somatique, objectivable et si on ne tenait pas compte des symptômes douloureux décrits par l'assurée, il n'y avait aucun argument pour dire qu'elle ne pouvait pas exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire comme elle l'avait exercée jusqu'à décembre 2016.

Si on prenait en compte les intenses douleurs décrites par l'assurée, elle ne pouvait plus exercer aucune activité ni lucrative ni ménagère. Une évaluation psychiatrique peut être nécessaire.

57. Dans un rapport du 17 juillet 2019, le Dr T_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué que l'ensemble des critères diagnostiques présents permettaient de retenir des traits de la personnalité anxieuse et dépendante, actuellement non décompensé (Z73.1).

Selon le dossier asséurologique, l'examen clinique et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, l'expert retenait que les critères diagnostics de la CIM-10 étaient remplis pour un trouble dépressif récurrent léger, depuis 2015, dans le contexte d'un trouble douloureux somatoforme persistant et de traits de la personnalité anxieuse et dépendante, actuellement non décompensé. Il ne retenait pas de limitations fonctionnelles significatives chez l'assurée qui gérait sans difficultés son quotidien d'un point de vue psychiatrique et qui n'avait pas nécessité de prise en charge psychiatrique hebdomadaire, ni d'hospitalisation en psychiatrie, ni de traitement antidépresseur. Les indices jurisprudentiels de gravité de novembre 2017 pour les troubles dépressifs récurrents légers, qui étaient les mêmes que pour les troubles douloureux somatoformes persistants n'étaient pas remplis depuis 2015 jusqu'au jour de l'expertise. La capacité de travail était de 100% sans diminution du rendement depuis 2015.

58. Dans un avis du 3 août 2019, le service médical régional de l'OAI (ci-après le SMR) a rappelé que, vu le contexte d'appréciations différentes des taux de capacité de travail, à plus de 18 mois de la fracture, le SMR avait considéré dans son avis du 27 novembre 2018 qu'une expertise orthopédique était incontournable pour se positionner sur la capacité de travail exigible depuis le 30 avril 2017. Cette expertise avait été réalisée par le Dr S_____. Le SMR avait proposé, comme le Dr S_____, la réalisation d'une expertise psychiatrique. Cette expertise avait été réalisée par le Dr T_____, qui dans son rapport du 17 juillet 2019, avait fait le constat que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante d'un point de vue psychiatrique en tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017 en vigueur. Le SMR estimait cette expertise convaincante. Dans le cadre de la poursuite de l'instruction, de nouvelles pièces médicales avaient été versées au dossier. Le Dr O_____, spécialiste de la douleur, confirmait l'origine neurogène des douleurs. L'assurée attendait actuellement d'être convoquée dans le service du

Prof. R_____. Dans ce contexte, le SMR proposait de poursuivre l'instruction en raison d'un état de santé non stabilisé.

59. Dans un rapport final du 4 mars 2020, le SMR a considéré, au vu des pièces médicales au dossier que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis la fracture du gros orteil gauche, soit le 30 avril 2017. L'atteinte invalidante principale était des douleurs neurogènes par entrapement nerveux associé à un syndrome douloureux régional chronique après fracture comminutive de la phalange distale du gros orteil gauche. Aucune capacité de travail n'était exigible d'elle que ce soit dans l'activité habituelle d'employée polyvalente ou dans une activité adaptée. La question de l'aptitude à la réadaptation ne se posait pas. Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs importantes niveau du gros orteil gauche ne permettant pas la déambulation. Une révision du dossier dans un an était proposée.
60. Par décision du 8 mai 2020, l'OAI a reconnu à l'assurée, à partir du 1^{er} février 2016 jusqu'au 31 juillet 2016, le droit à une rente entière et du 1^{er} août 2016 au 31 août 2016 le droit à un quart de rente. Dès le 1^{er} septembre 2016, le droit à la rente était supprimé. À partir du 1^{er} avril 2017, le droit de l'assurée à une rente entière était à nouveau reconnu. Depuis janvier 2018 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte. Suite au projet de décision du 30 mai 2017 et aux observations de la recourante, l'OAI avait complété l'instruction du dossier. Il ressortait des renseignements médicaux recueillis que tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, une incapacité de travail totale était reconnue dès le 30 avril 2017. Avant cette date, les incapacités et les capacités de travail retenues précédemment restaient identiques, tant dans la sphère professionnelle que ménagère. Dès le 30 avril 2017, au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité résultant des deux domaines découlait du calcul suivant :

- activité professionnelle $80\% \times 100\% = 80\%$

- sphère ménagère $20\% \times 70\% = 14\%$

- degré d'invalidité = 94%

61. Le 14 août 2020, la recourante a informé la chambre de céans que l'OAI avait rendu, le 1^{er} mai 2020, une décision lui octroyant une rente d'invalidité entière et que l'intimée avait pris en charge à bien plaisir sa première opération du pied du 18 octobre 2019. L'intimée avait également accepté de prendre en charge sa deuxième opération du pied.

Elle a produit un courrier adressé à elle par l'intimée le 6 août 2020 l'informant qu'elle avait réexaminé sa position du 14 mai 2020 suite à la réception des nouveaux documents produits et qu'elle prenait en charge l'intervention proposée par le Prof. R_____ ainsi que l'arrêt de travail qui en découlerait, conformément au tarif LAA en vigueur, et qu'elle assumerait les frais de cette hospitalisation en division commune.

-
62. Le 18 août 2020, l'intimée a relevé que les rapports des experts commis par l'OAI ne lui permettaient pas de modifier ses conclusions, rappelant que dans l'assurance-invalidité, les prestations étaient accordées indépendamment de la cause de l'invalidité, contrairement à ce qui était le cas dans le cadre de l'assurance-accidents.
 63. Le 25 août 2020, la recourante a annoncé qu'elle allait transmettre des observations à la chambre de céans suite à l'écriture de l'intimée du 18 août 2020, ce qu'elle n'a pas fait.
 64. Le 9 septembre 2010, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement des indemnités journalières par l'intimée dès le 3 novembre 2017 et, plus particulièrement, sur sa capacité de travail depuis lors.
5. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans

cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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).

6. a. Selon l'art. 16 LAA l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA.) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1)

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

b. Selon la jurisprudence, en cas d'incapacité de travail de longue durée dans l'ancienne profession, il convient de tenir compte de la capacité de travail exigible dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité. Si la personne assurée doit entreprendre de changer de profession en vertu de son devoir de diminuer le dommage, l'assureur doit requérir de celle-ci qu'elle le fasse et doit lui octroyer un délai de transition approprié, pour s'adapter au changement de circonstances, et en particulier pour rechercher un emploi, délai dans lequel l'assureur doit continuer à lui verser les indemnités journalières. Le délai de transition est en principe de trois à cinq mois (arrêts du Tribunal fédéral 8C_926/2008 du 30 juillet 2009 consid. 7.1 et 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3 et les références). D'après la doctrine, ce délai paraît trop court dans le système de prestations de l'assurance-accidents, où l'indemnité journalière est souvent amenée à être remplacée par une rente. En effet, le droit à l'indemnité journalière s'éteint (notamment) au moment de la naissance du droit à une rente, naissance qui est elle-même subordonnée à la condition que l'état de santé de la personne assurée se soit stabilisé. Or, on ne saurait guère exiger de celle-ci qu'elle change de profession avant que son état de santé ne soit stable (Jean-Maurice FRESARD/ Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Meyer (éd.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3ème éd. 2016, p. 973, n. 214 ; ATAS/37/2012 du 24 janvier 2012; ATAS/734/2019 du 19 août 2019).

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

b. 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).

c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 suffisants 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. 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).

e. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La

valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. 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).
9. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).
- b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du

droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

10. a. En l'espèce, l'intimée a considéré, dans sa décision sur opposition du 16 mars 2018, que la recourante avait retrouvé une capacité de travail de 50% pour les seules suites de l'accident dès le 3 novembre 2017 et de 100% dès le 8 janvier 2018, sur la base d'un rapport du Dr G_____ du 3 mars 2018. Ce rapport confirmait un rapport du 8 janvier 2018, dans lequel ce médecin avait constaté que l'assurée ne pouvait toujours pas marcher plus de 5 minutes et qu'elle souffrait de douleurs continues. Le Dr G_____ ajoutait que, sans tenir compte des difficultés pour se déplacer, ce qui restait toutefois possible en s'appuyant sur des béquilles, on pouvait s'attendre, dans une activité professionnelle exercée d'employée de bureau, à condition que l'assurée puisse étendre sa jambe, à une reprise de l'activité professionnelle à 50%, dès le 3 novembre 2017, et à 100%, dès le 8 janvier 2018.

Le 24 août 2017, le Dr G_____ avait conclu à un probable syndrome algodystrophique dans les suites d'une fracture par écrasement de la deuxième phalange du gros orteil, avec une évolution qui n'était pas favorable, compte tenu des difficultés importantes de l'assurée pour se déplacer, de sorte qu'une incapacité de travail était encore justifiée.

Dans un bref rapport du 4 octobre 2017, le Dr G_____ avait indiqué que, sans tenir compte des difficultés de l'assurée pour se déplacer, ce qui devait être possible en s'appuyant sur des béquilles, on pouvait s'attendre à une reprise à 50% dès le 3 novembre 2017.

Les conclusions du Dr G_____ des 4 et 25 octobre 2017 ainsi que du 8 janvier 2018 attestant du fait que la recourante pouvait à nouveau travailler sont peu détaillées et peu convaincantes. En effet, le 4 octobre 2017, il n'expliquait pas ce qui avait changé depuis son examen de la recourante du mois d'août précédent, suite auquel il avait retenu une totale incapacité de travailler. Par ailleurs, il évaluait, le 4 octobre 2017, la capacité de travail de la recourante à 50% dès le 3 novembre 2017 en faisant abstraction des difficultés de celle-ci à se déplacer, tout en estimant néanmoins qu'il devait lui être possible de le faire avec des béquilles, alors que cela était contesté par la recourante, et sans examiner concrètement ce que son travail exigeait, ni prendre en compte la nécessité de s'y rendre.

Le 25 octobre 2017, le Dr G_____ a conclu à une reprise du travail dès le 1^{er} novembre 2017 dans l'ancienne activité de bureau de la recourante « au taux antérieur », sans aucune motivation, alors que dans son rapport précédent du 4 octobre 2017, il avait retenu une reprise à 50% dès le 3 novembre 2017.

Le 8 janvier 2018, le Dr G_____ a constaté que la recourante ne pouvait toujours pas marcher plus de 5 minutes et qu'elle souffrait de douleurs continues. Il faisait toujours abstraction des difficultés à se déplacer, mais retenait à nouveau, sans motivation à ce sujet et en contradiction avec son précédent rapport, une capacité de travail de 50% dès le 3 novembre 2017 et de 100% dès le 8 janvier 2018.

L'intimée n'a elle-même pas jugé convaincant le dernier rapport du Dr G_____, puisqu'elle a considéré, dans sa réponse au recours interjeté contre sa décision sur opposition du 16 mars 2018, qu'il était nécessaire d'instruire plus avant la question du rendement exigible dans l'activité professionnelle au-delà du 8 janvier 2018.

En conclusion, la décision querellée se fonde sur des rapports médicaux du Dr G_____ qui ne peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante.

b. La Dresse C_____ a estimé, le 6 novembre 2017 et le 16 mars 2018, que la marche était toujours très difficile et que la recourante ne pouvait reprendre son activité habituelle à 100%.

Cette appréciation est confirmée par le Dr S_____, dont le rapport d'expertise du 2 avril 2019 remplit les réquisits pour se voir reconnaître une pleine force probante. L'expert a en effet conclu que sur le plan strictement somatique objectivable et si on ne tenait pas compte des symptômes douloureux décrits par l'assurée, il n'y avait aucun argument pour dire que celle-ci ne pourrait pas exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire comme elle l'avait exercée jusqu'à décembre 2016. En revanche, si l'on prenait en compte les intenses douleurs qu'elle décrivait, elle ne pouvait plus exercer aucune activité ni lucrative ni ménagère.

Dès lors qu'il a été établi par la suite que les douleurs de la recourante avaient une cause objective, soit la compression de nerfs, selon le rapport établi par le Dr Q_____ du 9 novembre 2019, il faut, comme l'a fait le SMR dans son dernier rapport, conclure qu'elle était totalement incapable de travailler dans toute activité, conformément à la seconde conclusion de l'expert.

c. La Dresse N_____ a retenu, dans son rapport du 29 mai 2018, que les éventuelles séquelles d'un SDRC n'empêchaient pas la recourante d'exercer partiellement sa profession, en se déplaçant le moins possible avec des moyens auxiliaires et en portant des charges légères avec un sac à dos et en surélevant sa jambe blessée si nécessaire.

Ces conclusions ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause l'appréciation de l'expert, ce d'autant plus qu'il ressort des rapports des 30 juillet et 31 juillet 2018, établis par la Dresse C_____ et Mme J_____, que la recourante ne pouvait pas utiliser de béquilles en 2017 et 2018.

d. Dans un rapport du 10 septembre 2018 adressé à l'OAI, la Dresse K_____, qui avait revu la recourante le 3 août 2018, a indiqué que, sur le plan neurologique, sa capacité de travail dans l'activité habituelle d'employée de bureau était de 50% avec un rendement maximal de 40%, soit une capacité de travail maximal de 20% (sic), depuis le 30 avril 2017. Dans une activité strictement adaptée, soit une activité d'employée de bureau avec la possibilité de changer de position et de se lever si besoin, la capacité de travail était évaluée à 50% depuis le 30 avril 2017.

Ce rapport n'est pas clair, voire contradictoire, et ne remet donc pas non plus en cause les conclusions de l'expert sur la capacité de travail de la recourante, ce d'autant plus que le 7 janvier 2019, la Dresse K_____ a estimé que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était alors de 20%.

e. Il ressort enfin du rapport du Dr Q_____ du 9 novembre 2019 que les douleurs de la recourante étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident subi en avril 2017, de même que l'opération qu'elle a subie le 8 octobre 2019. En effet, le Dr Q_____ a indiqué dans ce rapport qu'anamnestiquement le traumatisme par écrasement du pied par une grosse planche pouvait expliquer la contusion subie par la recourante et que l'on pouvait affirmer de manière quasi certaine qu'une compression sur ses nerfs avait eu lieu. L'opération du 8 octobre 2019 avait consisté à la libération de ces nerfs et en l'ablation de toute structure anatomique pouvant les comprimer et conduire à une irritation nerveuse.

Le rapport établi le 13 février 2020 par le Prof. R_____ indique que suite à l'opération précitée une amélioration nette de l'état de santé était apparue. Ce constat confirme que les douleurs de la recourante étaient, du moins en partie, dues à une compression des nerfs causée par son accident d'avril 2017.

f. Il résulte des considérations qui précèdent que l'intimée ne pouvait retenir, sur la base des rapports du Dr G_____, que l'état de santé de la recourante lui permettait de travailler à 50% dès novembre 2017. Il est au contraire établi, en particulier par les rapports de la Dresse C_____ et des Drs S_____, Q_____ et R_____, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante était totalement incapable de travailler dès cette date et, à tout le moins, jusqu'à la décision querellée.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 16 mars 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour paiement à la recourante des indemnités journalières à 100% dès le 1^{er} novembre 2017.
12. La recourante obtenant gain de cause, et ayant été assistée d'un avocat pendant une partie de la procédure, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 16 mars 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour reprise du paiement des indemnités journalières à la recourante à 100% depuis le 1^{er} novembre 2017.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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