

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3047/2021

ATAS/262/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 avril 2025

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

représentée par Maître Marie-Josée COSTA, avocate

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1969, a été engagée en qualité d'employée de bureau pour B_____ dès 1986. Elle a été licenciée avec effet au 31 août 2015.
- b.** L'assurée s'est ensuite 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'intimée).
- B.** **a.** 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.
- b.** Le 2 mai 2017, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, de la Clinique D_____, 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.
- c.** 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.
- d.** À teneur du formulaire de rapport initial LAA du 16 mai 2017, rempli par la doctoresse E_____, médecin généraliste, de la Clinique D_____, l'assurée souffrait d'une « fracture multi fragmentaire intra articulaire de P2 O1 gauche » et son traitement devrait se terminer quatre semaines plus tard.
- e.** Selon un rapport médical intermédiaire du 28 juin 2017 établi par la Dre 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.
- f.** Le 30 juin 2017, le docteur F_____, 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.
- g.** Selon un rapport établi le 10 juillet 2017 par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique, l'état de santé de l'assurée s'améliorait, 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.

h. Le 21 août 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué avoir demandé à ce qu'une IRM soit effectuée afin de déterminer si l'assurée souffrait d'une algodystrophie (ou CRPS) et que cet examen ne l'avait pas démontré.

i. Le 24 août 2017, le Dr F_____ a rapporté avoir examiné l'assurée le jour précédent. Celle-ci ressentait toujours des fortes douleurs. Elle souffrait d'un probable syndrome algodystrophique dans les suites de sa fracture. L'incapacité de travail était encore justifiée.

j. Le 25 octobre 2017, le Dr F_____ 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 ».

k. 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.

l. Dans un rapport du 3 novembre 2017, la Dre C_____ a indiqué que l'activité exercée n'était plus exigible de l'assurée. Une réadaptation serait possible, si elle pouvait travailler assise sans avoir à trop se déplacer. Actuellement, un 10% était envisageable.

m. 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.

n. Dans un rapport du 8 janvier 2018, le Dr F_____ a estimé que sans tenir compte des difficultés pour se déplacer de l'assurée, ce qui restait toutefois possible en s'appuyant sur des béquilles, on pouvait s'attendre, dans une activité professionnelle exercée d'employée de bureau lui permettant d'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.

o. 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.

p. 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.

q. 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.

r. 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, concluant à son annulation et à l'octroi des indemnités journalières à 100% dès le 30 avril 2017 jusqu'à épuisement de son droit.

s. Par arrêt du 21 octobre 2020 (ATAS/995/2020), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 16 mars 2018 et renvoyé la cause à l'intimé pour reprise du paiement des indemnités journalières à la recourante à 100% depuis le 1^{er} novembre 2017, au motif que la décision querellée se fondait sur des rapports médicaux du Dr F_____ qui ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante.

t. Le 28 octobre 2021, le Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 21 octobre 2020 (8C_733/2020).

C. a. Par courriel du 20 octobre 2017, l'assurée a transmis à la SUVA une prescription de la Dre 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.

b. Par décision du 20 mai 2019, la SUVA a informé l'assurée qu'il ressortait des pièces de son dossier médical ainsi que de l'appréciation médicale du 18 avril 2018 qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement du 30 avril 2017 et ses douleurs persistantes lombaires. Par conséquent, la SUVA ne pouvait lui allouer des prestations d'assurance.

La SUVA acceptait, à bien plaisir, de prendre en charge les frais de taxi jusqu'au 7 janvier 2018 inclus.

c. Le 3 juin 2019, l'assurée a contesté la décision précitée et produit plusieurs rapports médicaux.

d. Par décision sur opposition du 16 juillet 2019, la SUVA a écarté l'opposition, retenant que les conclusions du Dr F_____ avaient une pleine valeur probante et que c'était à bon droit qu'elle avait refusé d'engager sa responsabilité pour les troubles du rachis que présentait l'assurée. Elle pouvait en outre utiliser les transports publics pour se rendre sur son lieu de travail.

e. Le 10 septembre 2019, l'assurée a formé recours contre la décision précitée, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (A/3275/2019), concluant à une instruction complémentaire du dossier sur la question du lien de causalité entre son atteinte lombaire et l'accident.

f. Le 10 décembre 2021, l'intimée a informé la chambre de céans que suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 28 octobre 2021, elle avait estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise en vue de déterminer le droit de la recourante à ses prestations au-delà du 16 mars 2018. Les experts devaient se prononcer notamment sur le lien de causalité entre l'accident du 30 avril 2017 et les troubles lombaires présentés dès juillet 2018 par la recourante. En conséquence, l'intimée demandait la suspension de la procédure jusqu'à prise de connaissance de l'expertise à mettre en œuvre.

g. Par arrêt incident du 22 décembre 2021 (ATAS/1339/2021), la chambre de céans a suspendu la base de l'instance dans l'attente de la nouvelle expertise diligentée par l'intimée.

h. L'expertise a été réalisée le 20 avril 2023 par le I_____ (ci-après : I_____), soit pour lui le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie.

i. Par arrêt du 26 juin 2024 (ATAS/515/2024, procédure A/3275/2019), la chambre de céans a rejeté le recours contre la décision sur opposition de l'intimée du 16 juillet 2019, sur base de l'expertise du I_____ qu'elle a jugée probante.

D. a. L'assurée a été opérée le 8 septembre 2020 en raison de douleurs neuropathiques de l'hallux gauche par une neurolyse du nerf plantaire digital tibial gauche.

b. Le 2 décembre 2020, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était toujours justifiée pour les suites de son opération du 8 septembre 2020 jusqu'au 4 décembre 2020.

c. Par décision du 3 février 2021, la SUVA a informé l'assurée qu'elle la considérait capable de travailler à 100% dès le 5 décembre 2020 et que son droit à l'indemnité journalières avait pris fin le 4 décembre 2020.

d. Le 9 février 2021, le docteur M_____, médecine interne et rhumatologie FMH, a indiqué que l'assurée présentait des douleurs persistantes de son premier orteil du pied gauche dans les suites de sa fracture de cet orteil qui avait été compliquée d'un CRPS de type II en 2017. Il a précisé le 26 février 2021 que l'assurée était incapable de reprendre son activité professionnelle habituelle.

e. Le 15 mars 2021, le Dr L_____ a estimé que l'assurée pouvait travailler comme employée de bureau.

f. Dans une appréciation médicale du 3 mai 2021, le Dr L_____ a confirmé ses conclusions après examen des nouveaux rapports médicaux produits par l'assurée.

g. Par décision sur opposition du 13 août 2021, la SUVA a considéré qu'il n'existait pas d'élément médical déterminant permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr L_____. C'était donc à bon droit qu'elle avait retenu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans sa profession habituelle d'employée de bureau à compter du 5 décembre 2020 et mis un terme au versement des indemnités journalières au 4 décembre 2020.

E. a. L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 14 septembre 2021, concluant à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée et à ce qu'il soit dit que

l'intimée devait poursuivre le versement des indemnités journalières au-delà du 4 décembre 2020, avec suite de dépens.

b. Le 8 octobre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Le 29 octobre 2021, la recourante a répliqué.

d. Par ordonnance du 18 août 2022, la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à l'entrée en force de l'arrêt qui serait rendu dans le cadre de la procédure A/3275/2019.

e. La procédure a été reprise suite à l'entrée en force de l'arrêt rendu le 26 juin 2024 par la chambre de céans dans la cause A/3275/2019 (ATAS/515/2024).

f. Le 19 novembre 2024, l'intimée a informé la chambre de céans qu'elle persistait dans ses conclusions sur la base de l'expertise du I_____ le 9 décembre 2023. C'était à bon droit qu'elle avait mis fin au versement des indemnités journalières à la recourante au 4 décembre 2020.

g. La recourante n'a pas fait de remarque dans le délai qui lui a été imparti sur les dernières écritures de l'intimée, ni sur le rapport d'expertise du I_____.

EN DROIT

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.1 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme au versement des indemnités journalières à la recourante au 4 décembre 2020, au motif qu'elle était totalement capable de travailler dans sa profession habituelle d'employée de bureau à compter du 5 décembre 2020.
3. 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, 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; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

En principe, 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).

4. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise par deux experts du I_____. La chambre de céans a déjà admis la valeur probante de cette expertise dans son arrêt du 26 juin 2024, dans la cause A/3275/2019 (ATAS/515/2024). Faute de critique à son encontre par les parties, il n'y a pas lieu d'en juger autrement dans la présente cause. Dans leur rapport du 9 décembre 2023, les experts ont conclu, de façon consensuelle, que sur le plan orthopédique, la capacité de travail de la recourante dans une activité sédentaire était de 50% dès le 23 novembre 2017 et de 100% dès le 15 janvier 2018, date de la consolidation définitive de la fracture sur le bilan radiologique. En ce qui concernait le CRPS dont la causalité était admise, celui-ci était centré exclusivement sur l'hallux et devait permettre à la recourante une capacité travail de 100% pour une activité de bureau assise. L'accident n'avait entraîné aucune lésion sur le plan neurologique.

Les conclusions de l'expertise sont claires et, sur cette base, il est établi, au degré la vraisemblance prépondérante, que la recourante était totalement capable de travailler dans sa profession habituelle d'employée de bureau à compter du 5 décembre 2020, comme l'a retenu l'intimée dans la décision querellée. Celle-ci doit ainsi être confirmée.

5. Infondé, le recours sera rejeté.

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis *a contrario* LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Julia BARRY

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