

EN FAIT

1. Mme R_____, est enseignante depuis le 1^{er} septembre 1999 au Département de l'instruction publique du canton de Genève. Elle est assurée à ce titre contre le risque accident auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS.
2. Le 17 novembre 2003, elle a rempli une déclaration d'accident pour l'Office du personnel de l'Etat en indiquant un accident du 21 juillet 2003 alors qu'elle était sur un bateau, en mer. Déséquilibrée, elle était tombée très lourdement sur le pied droit avant de s'écraser sur le bord du bateau.
3. Elle a été en incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident.
4. Elle a tout d'abord consulté le service des urgences de l'hôpital d'Alès (Gard) lequel a prescrit de la physiothérapie et du repos.
5. Le 18 août 2003, l'assurée a consulté le Dr A_____, chirurgie orthopédique FMH, lequel a attesté le 15 octobre 2004 d'un diagnostic de tuméfaction du pied, douleurs "Lisfranc", hypoesthésie diffuse (œdème du pied) et d'une incapacité de travail totale du 25 août 2003 probablement jusqu'au "16 septembre 2003".
6. Une IRM du 19 août 2003 conclut à un hématome en voie de résorption au niveau des tissus mous du dos du pied débordant latéralement en regard de la gaine des tendons péroniers qui sont normaux. Pas d'atteinte décelable au niveau osseux ni tendineux.
7. Le Dr B_____, spécialiste FMH neurochirurgie, a attesté le 13 octobre 2003 avoir opéré en urgence l'assurée le 10 octobre 2003 à la Clinique Générale-Beaulieu et mentionne une "*discotomie microchirurgicale par voie interlaminaire L4-L5 gauche : volumineuse hernie discale L4-L5 gauche*". Il note qu'il s'agit d'une patiente ayant fait une chute sur un bateau avec impaction au niveau de la cheville droite au mois de juillet. Ceci a amené une boiterie et petit à petit une irradiation lombosciatalgique gauche très importante.
8. a) Au cours de son hospitalisation, le 31 octobre 2003, l'assurée, alors qu'elle sortait de son fauteuil roulant, est tombée, une rampe de sécurité sur laquelle elle prenait appui ayant cédé. L'assurée a subi des douleurs cervicales, dorsales et aux côtes ayant nécessité un traitement d'acupuncture, de physiothérapie et des massages (selon un entretien avec l'assurée à l'agence de la SUVA du 25 octobre 2004).

b) Le 17 mars 2004, l'assurée a fait une nouvelle chute à son domicile. Alors qu'elle fermait des volets, elle est tombée à la renverse de tout son long. Elle s'est plainte d'une insensibilité dans le bras droit jusqu'aux doigts, de manque de force, de

céphalées et de douleurs cervicales (selon l'entretien avec l'assurée à l'agence de la SUVA du 25 octobre 2004).

9. Le 2 septembre 2004, l'Office du personnel de l'Etat de Genève a annoncé à la SUVA les accidents des 21 juillet 2003, 31 octobre 2003 et 17 mars 2004.
10. Selon un rapport de la SUVA intitulé "*analyse de la situation*" du 25 octobre 2004, l'état de l'assurée, suite à l'accident du 21 juillet 2003 et à l'intervention du 10 octobre 2003, avait évolué très lentement. Une relative mobilité de la colonne avait été retrouvée vers septembre 2004 mais des douleurs dorsales et au pied gauche (compression du nerf de la colonne) subsistaient et le pied droit était bleu et gonflé avec impossibilité de le charger complètement.
11. L'assurée a repris le travail à 30 % dès le 23 août 2004, puis à 50 % dès le 1^{er} novembre 2004 et à 70 % dès le 8 mars 2005.
12. Le 27 décembre 2004, le Dr C_____, rhumatologie FMH, médecine physique et réhabilitation FMH, pathologie du sport, a attesté que le Dr D_____, chirurgie orthopédique FMH, chirurgie du pied et de la cheville, lui avait adressé la patiente le 12 novembre 2003 pour une prise en charge en rééducation d'une algodystrophie post-traumatique du pied droit, avec des signes inflammatoires et une charge impossible du pied. L'évolution avait été très lentement favorable, au printemps 2004, la patiente n'avait pratiquement plus de signes inflammatoires avec une charge possible sur le pied droit à 25 kg.
13. Le 13 janvier 2005, le Dr D_____ a attesté qu'il suivait la patiente depuis son hospitalisation à la Clinique Générale-Beaulieu. Elle avait présenté un épisode d'entorse grave du pied droit en juillet 2003, sur un bateau. Le diagnostic précis n'avait jamais été réellement posé; la patiente a ressenti des douleurs très violentes jusqu'à l'hospitalisation. En ce qui concerne le pied droit, après bilan par CT-Scan, radiographie et EMG, il a diagnostiqué une lésion par probable étirement ou contusion du nerf tibial postérieur droit, avec probablement des lésions capsulo-ligamentaires plantaires. Celles-ci étaient alors en complète résolution, alors que la lésion neurologique était encore très douloureuse. Une algoneurodystrophie de Südeck s'était certainement greffée sur cette situation algique. Il avait revu la patiente en janvier 2004. Elle continuait à se plaindre de douleurs post-traumatiques du nerf tibial postérieur droit avec l'algoneurodystrophie surajoutée. Néanmoins, l'évolution était favorable, avec un signe de tinnel qui se déplaçait au niveau de la plante du pied. En octobre, il était encore au niveau de la malléole interne droite.
14. Le 18 juillet 2005, le Dr C_____ a attesté d'une algodystrophie post-traumatique du pied droit au décours et d'un status après entorse du pied droit en juillet 2003 avec lésion capsulo-ligamentaire et contusions du nerf tibial postérieur. L'évolution était globalement favorable, avec petites exacerbations en dents de scie.

Il y avait eu une dernière aggravation en mai en relation avec un stress psychologique. La capacité de travail était de 50 % depuis le 23 mai 2005.

15. Le 25 juillet 2005, le Dr C_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport médical. Il relève que la patiente signale un grand recul, avec une inflammation du nerf, une douleur du pied jusqu'au dos et le pied qui gonfle, chauffe ou se refroidit. Il poursuit : *"en août 2003 la seule lésion identifiée au niveau du pied droit était un hématome en voie de résorption. Il n'y avait pas d'atteinte décelable au niveau osseux et tendineux. Ensuite divers diagnostics ont été évoqués, notamment le diagnostic d'algodystrophie. A l'heure actuelle il y a une symptomatologie douloureuse qui s'aggrave à nouveau à partir du pied et remonte en direction proximale pour laquelle aucune explication, à ma connaissance, n'a été découverte. Ce jour, l'examen du pied et de la cheville à droite est pratiquement normal. Il existe une légère diminution de la mobilité passive liée à une symptomatologie douloureuse d'intensité variable (...). Une capacité de travail totale dans la profession d'enseignante peut être reconnue dès la date de l'examen étant donné un horaire très varié de dix-neuf heures de cours, la possibilité de travail à domicile et la possibilité de travailler en position assise. Il est en effet difficile de décrire un poste de travail qui soit plus adapté à la situation de l'assurée même si des douleurs résiduelles peuvent persister au niveau du pied droit. Quelques contrôles médicaux peuvent encore être réalisés"*.
16. Par décision du 28 juillet 2005, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 31 juillet 2005, hormis quelques contrôles médicaux.
17. Le 21 août 2005, l'assurée a fait opposition à cette décision.
18. Le 2 septembre 2005, le Dr D_____, médecin-conseil de l'employeur, a relevé que l'évolution favorable anticipée en avril 2005, suite à l'accident d'août 2003, n'avait pas pu avoir lieu et l'assurée était toujours en incapacité de travail de 30 % depuis le 1^{er} juillet 2005 et probablement encore pendant l'année scolaire 2005-2006, une reprise à 100 % devant être envisagée par la suite.
19. Le 7 octobre 2005, le Dr D_____, a confirmé son précédent préavis suite à la consultation du 31 août 2005. L'incapacité de travail partielle était de 30 % d'un poste à 80 %. Il encourageait l'assurée à reprendre un plein temps, mais ne pouvait exclure qu'elle doive diminuer son temps de travail à 50 % d'un 100 % durant l'année scolaire.
20. Le 2 novembre 2005, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a complété son opposition en concluant à la prise en charge de séances de physiothérapie, de chaussures adaptées et de supports plantaires pour son pied droit ainsi qu'au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) complète. Elle a transmis un rapport médical du Dr C_____ du 23 octobre 2005 selon lequel, suite à l'accident du 21 juillet 2003, un CT-scan avait permis de diagnostiquer une

lésion par étirement contusion du nerf tibial postérieur droit avec des lésions capsulo-ligamentaires plantaires du pied qui avaient évolué relativement favorablement alors que la lésion neurologique était restée douloureuse avec développement d'une algodystrophie secondaire. Les douleurs du pied avaient entraîné une boiterie provoquant une décompensation par une volumineuse hernie gauche nécessitant une cure chirurgicale. Depuis le printemps 2005, le pied droit ne montrait pratiquement plus de signe d'algodystrophie avec une mobilité de la cheville et du pied normale. Toutefois, en charge prolongée (lors de la marche ou en position debout) la patiente se plaignait encore de douleurs progressives principalement en fin de journée avec apparition de signe d'activation du système nerveux sympathique (pied plutôt froid et bleuté). Il était à noter que ces douleurs étaient modulées par le stress soit physique soit psychologique et ceci expliquait la présence d'exacerbations douloureuses ponctuelles présentées par la patiente. Toutefois au vu de l'évolution durant l'année, une reprise de travail à temps complet à la rentrée scolaire d'août 2005 était proposée.

Il pose les diagnostics de : algodystrophie post-traumatique du pied droit en fin de résolution. Status après entorse grave du pied droit en juillet 2003 avec contusion du nerf tibial postérieur droit et lésion capsulo-ligamentaire du pied. Status après discotomie microchirurgicale L4-L5 pour une volumineuse hernie discale gauche le 13 octobre 2003.

On pourrait s'attendre à une récupération complète d'ici quelques mois. Les plaintes actuelles étaient en relation avec l'algodystrophie, actuellement au décours. Etant donné que la patiente présentait encore des exacerbations des douleurs, surtout en charge prolongée ou lors de stress physique et psychique important, elle nécessitait encore des séances épisodiques de physiothérapie, ainsi que des chaussures adaptées et des supports plantaires. Pour l'instant il restait difficile d'évaluer une atteinte à l'intégrité des suites de l'accident étant donné qu'actuellement il considérait le cas non stabilisé complètement. Une évaluation stationnaire pouvait être possible d'ici six mois.

21. Par décision du 14 mars 2006, la SUVA a confirmé qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière au 31 juillet 2005 mais qu'elle acceptait la continuation de la prise en charge du traitement. Vu la situation médicale, l'assurée serait prochainement convoquée auprès du médecin-conseil.
22. Le 10 mai 2006, le Dr C _____ a rendu un rapport médical suite à l'examen de l'assurée. Celle-ci se plaignait de douleurs dans la plante des pieds, aux talons et dans toute la jambe. Elle devait porter des chaussures larges et des supports et suivait un traitement de physiothérapie une fois par semaine. Il a relevé que la situation était en voie de stabilisation et que la physiothérapie pouvait être continuée pendant quelques temps.

23. A la demande du Dr C _____, le Dr C _____ l'a informé le 5 octobre 2006 qu'il avait examiné l'assurée la dernière fois le 21 juillet 2006. Le pied droit n'avait plus de signe d'algodystrophie et ne présentait pas de limitation significative de la mobilité de la cheville et du pied. Toutefois elle continuait à présenter épisodiquement des douleurs, principalement lors de stress ou en fin de journée. Peut-être s'agissait-il de signes d'activation du système sympathique lors de phénomènes de stress. Toutefois, il retenait l'état de la patiente comme stabilisé sans séquelles. La patiente continuait à faire ponctuellement de la physiothérapie. Actuellement, il lui était difficile de justifier la nécessité d'une poursuite de traitement; toutefois elle semblait en tirer un bénéfice sur le plan symptomatologique.
24. Le 12 octobre 2006, le Dr C _____ a relevé que, selon le médecin-traitant, la situation était stabilisée, le traitement terminé et il n'y avait pas de séquelles.
25. Par décision du 1^{er} novembre 2006, la SUVA a mis un terme à ses prestations.
26. Le 27 novembre 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision en se référant à un certificat médical du Dr D'C _____ du 26 novembre 2006 selon lequel, bien que d'un point de vue clinique le pied de l'assurée ne présentait pas d'atteintes dystrophiques ni de limitation de la mobilité articulaire, la patiente continuait à présenter des douleurs à l'effort avec présence, dans ces moments-là, de troubles vasomoteurs nets indiquant la persistance d'activation du système sympathique. Dès lors, il tenait à pondérer son affirmation précédente quant à l'absence actuelle de séquelles. En effet, d'un point de vue anamnestique, on pouvait retenir la persistance d'une séquelle douloureuse à l'effort. Ces limitations douloureuses à l'effort avaient comme conséquence une incapacité de la part de la patiente à augmenter ses horaires de travail. En effet, l'assurée travaillait actuellement dans un poste d'enseignante à environ 80 % (à savoir dix-sept heures hebdomadaires). Elle aimerait, pour des raisons financières, reprendre un poste à temps complet (entre vingt heures et vingt-quatre heures par semaine) mais elle n'arriverait pas à augmenter ses horaires en raison des douleurs handicapantes de son pied en fin de journée. Le manque à gagner estimé par la patiente est d'environ 1'700 fr. mensuel.
27. Par décision du 5 janvier 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée en relevant que celle-ci ne contestait plus le refus de prise en charge du traitement. S'agissant de la capacité de travail, elle avait été reconnue comme entière par décision du 14 mars 2006 entrée en force. Il n'existait aucune séquelle invalidante, ni aucun fait nouveau qui permettrait de réviser la décision du 14 mars 2006.
28. Le 3 février 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en alléguant que l'accident avait encore de lourdes conséquences et nécessitait des soins une à deux fois par semaine; elle

ne pouvait travailler davantage, menait une vie très réduite et ne pouvait porter de chaussures normales.

29. Le 21 mars 2007, la SUVA a conclu au rejet du recours en relevant que la poursuite du traitement n'était plus médicalement justifiée.
30. Le 19 avril 2007, le Dr C_____ a relevé qu'il suivait l'assurée depuis le 12 novembre 2003. Il relève que *"Madame R_____ est victime d'une entorse grave du pied droit le 21.07.2003. Un diagnostic précis n'a pas été posé dans un premier temps. Plus tard, un bilan radiologique a permis de diagnostiquer une lésion par étirement et contusion du nerf tibial postérieur droit avec des lésions capsulo-ligamentaires du pied qui ont évolué relativement favorablement toutefois avec apparition d'une algodystrophie secondaire. Ces douleurs du pied ont entraîné également une boiterie ayant progressivement provoqué des fortes douleurs dans la région lombaire avec décompensation par une volumineuse hernie discale gauche nécessitant une cure chirurgicale en L4-L5 le 13.10.2003. Lorsque j'ai vu la patiente la première fois, elle présentait une algodystrophie marquée du pied droit avec des signes inflammatoires (tuméfaction, érythème, hyperpathie) avec une mise en charge impossible du pied droit. L'évolution a été très lentement favorable sous un traitement médicamenteux et une physiothérapie adaptée. C'est seulement vers le printemps 2004 que la patiente n'a pratiquement plus de signes inflammatoires visibles avec une charge possible sur le pied droit à 25 kg. Depuis le printemps 2005, le pied droit ne montre pratiquement plus de signe d'algodystrophie, toutefois lors d'efforts ou de charges prolongées la patiente présente encore des douleurs avec apparition de signes d'activation du système nerveux sympathique (pied froid, légèrement bleuté)".*

L'assurée se plaignait de douleurs en charge prolongée ou lors d'efforts, avec pied froid et bleuté. Le diagnostic posé était celui d' *"algodystrophie post-traumatique du pied droit au décours avec persistance d'une intolérance à l'effort et à la charge prolongée"*.

Il poursuit : *"Ces troubles me semblent être une conséquence probable de l'accident du 21.07.2003. En effet, les lésions articulaires et nerveuses suite à l'entorse du pied droit ont entraîné clairement une algodystrophie et nous sommes encore en la présence de séquelle résiduelle de cette algodystrophie. (...) En raison de l'amélioration progressive des douleurs, une reprise de travail a été possible à 50 % dès le 23.08.2004 puis une reprise de travail à 70 % dès le mois de février 2005. Dès le 1^{er} août 2005, une reprise d'activité professionnelle à 100 % a été proposée tenant compte de ses horaires de travail"*.

Une incapacité de travail de 25 % depuis le 1^{er} août 2005 était justifiée en raison des douleurs en charge et position debout prolongée. Elle était actuellement capable

d'enseigner selon un horaire de 16 à 19 heures par semaine. Il existait une incapacité résiduelle de 20 à 25 %.

31. Le 23 avril 2007, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties. La recourante a déclaré :

"J'enseigne actuellement à 80 % l'histoire de l'art et l'italien au collègue Nicolas Bouvier. Avant mon accident de juillet 2003 j'avais demandé à pouvoir retravailler à plein-temps dès septembre 2003. J'ai recommencé à travailler à 30 % en août 2004, à 50 % en novembre 2004, à 70 % en mars 2005 et à 80 % en juillet 2005.

Mon incapacité de travail oscille entre 20 et 30 % depuis juillet 2005. Il y a deux mois j'ai renouvelé ma demande de mon temps de travail pour un plein-temps. Je précise que je ne sais pas si je suis capable de travailler à plein-temps mais je suis obligée de déposer une telle demande pour un impératif financier.

Actuellement je souffre encore de mon pied droit, lequel présente un sùdeck qui m'occasionne de fortes douleurs du pied et de la jambe. Je ne peux plus conduire de moto, j'ai un système spécial pour l'accélérateur de ma voiture, je souffre à la marche en montée et en descente et je dois porter des chaussures spéciales. En 2006, j'avais également demandé à augmenter mon temps de travail ce qui m'avait été refusé en raison de mon état de santé.

Je demande à ce que la décision de refus d'indemnités journalières du 14 mars 2006 soit revue et que la SUVA prenne en charge le traitement, soit de la physiothérapie, de l'acuponcture, de l'ostéopathie et les factures de mes médecins. Je demande également une IPAI.

Parfois j'ai le pied glacé, parfois il est bouillant et rouge, il y actuellement une stabilisation dans la symptomatologie. Je vais me rendre en mai au HUG pour une tentative de traitement. Actuellement je prends parfois des analgésiques, des anti-inflammatoires, des médicaments homéopathiques et je pratique des bains pour mon pied.

Je n'ai pas réagi à la décision du 14 mars 2006 car, d'une part, mon ancien avocat ne m'a pas correctement expliqué les conséquences de celle-ci et, d'autre part, je pensais que la SUVA me reconnaissait une incapacité de travail de 20 %.

Je réclame l'indemnité journalière portant sur les 20 % de mon activité qui m'ont été refusés suite à ma demande d'augmentation de travail pour l'année scolaire 2006-2007, voire pour l'année scolaire 2005-2006 dès lors qu'il me semble que j'avais également à l'époque déposé une demande d'augmentation de mon temps de travail.

J'ai repris un travail à 80 % en forçant car j'en paie le prix quotidiennement dès lors que je dois me reposer en dehors de mes heures de travail. Malgré le fait que j'alterne les positions en travaillant mon pied me fait souffrir."

La SUVA a relevé qu' *"il n'y a pas de droit à une IPAI en raison du seul état douloureux du pied. Pour le reste nous confirmons notre décision de cessation d'indemnités journalières et de prise en charge du traitement"*.

En l'état, les parties ont déclaré être d'accord de laisser le dossier en suspens dans l'attente des rapports médicaux des HUG qui devaient être rendus suite à la consultation de mai 2007.

32. Le 30 juillet 2007, la recourante a transmis plusieurs pièces et estimé qu'au vu de celles-ci, la décision de la SUVA du 5 janvier 2007 n'était pas fondée en tant qu'elle refusait de revoir sa décision de refus d'indemnité journalière du 14 mars 2006 et rejetait son opposition en mettant un terme aux indemnités journalières et en refusant tout IPAI. Elle a produit les documents suivants :

- Un formulaire *"vœux d'emploi 2003-2004"*, signé le 30 janvier 2003 par la recourante, comprenant une demande d'augmentation de son taux d'activité à un poste D (20-24).
- Un formulaire *"vœux d'emploi 2004-2005"*, signé le 29 janvier 2004, comprenant une demande identique.
- Un rapport médical du 27 avril 2007 du Dr D_____, rendu à la suite de l'examen de la recourante les 7 avril 2004, 20 avril 2005 et 31 août 2005.

Il pose le diagnostic de *"status post entorse grave du pied droit, avec contusion du nerf tibial droit et lésion capsulo-ligamentaire du pied. Algodystrophie post-traumatique du pied droit au décours. Status après discotomie microchirurgicale L4-L5 pour volumineuse hernie discale gauche en octobre 2003"*. Il estime qu'à l'époque du dernier examen, on se trouvait dans un délai encore raisonnable suite aux séquelles d'une algodystrophie du pied droit, condition connue pour générer des douleurs résiduelles persistantes.

- Un rapport complémentaire du 14 mai 2007 du Dr D_____ rendu à la suite de l'examen de la recourante.

Il relève que *"les troubles constatés sont certainement la conséquence de l'accident du 21.08.2003. La raison est qu'il n'existe pas d'autres pathologies antérieures au niveau du membre inférieur droit ni d'autres problématiques médicales pouvant expliquer les troubles résiduels"*.

L'assurée n'avait pas recouvré une totale capacité de travail suite aux conséquences de son accident du 21 juillet 2003, en raison de l'état douloureux

chronique au niveau du pied droit, aggravé par la marche et les déplacements, ceux-ci étant nécessaires dans son enseignement, et d'une fatigue chronique. Le cas n'était pas stabilisé.

- Une attestation du directeur du collège et école de commerce Nicolas Bouvier du 25 juin 2007 attestant de l'attribution à la recourante du poste 16-19 (80 %) et non pas 20-24 (100 %) pour des raisons de santé durant les années scolaires 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007.
- Un rapport médical du Dr Alex F_____, médecin adjoint responsable antalgie post-opératoire et interventionnelle aux HUG, du 22 mai 2007 à la suite d'une consultation du 22 mai 2007. Il pose le diagnostic d'algodystrophie du pied droit depuis 2003 et relève que *"Les douleurs, typiquement algodystrophiques au niveau du pied, irradient dans le MID avec des retentissements musculaires dorsolombaires, augmentées par la marche, diminuées par le repos et associées à une mauvaise qualité du sommeil. Afin d'améliorer la situation, nous proposons, comme vous l'avez suggéré les phases diagnostics suivantes :*
 1. *bloc sympathique lombaire afin d'écartier la composante autonome de ses douleurs,*
 2. *bloc somatique au niveau L5-S1 droite afin d'écartier la contribution somatique périphérique de ces douleurs,*
 3. *si nous constatons que ni le système autonome, ni le système somatique ne contribuent à la persistance de ses douleurs, nous en concluons qu'il s'agit d'une douleur centralisée pour laquelle la patiente pourrait bénéficier de séances d'hypnothérapie avec le Dr G_____".*
- Un rapport médical du Dr E_____, clinique VITA-MED, médecine générale et tropicale, du 30 juillet 2007. Il était le médecin-traitant de la recourante depuis novembre 2005. Il avait déconseillé à sa patiente de subir les tests préconisés par le Dr F_____ pour les raisons suivantes :

"Ma patiente a eu un accident de scooter le 30.05.2007 et il me semblait totalement inadapté de lui faire subir des tests à but diagnostics. Ma patiente souffre depuis 2003 et sa vie est limitée par les douleurs qu'elle ressent depuis cette date au niveau du membre inférieur droit (MID). Elle n'est en aucun cas une simulatrice, mais bien au contraire une personne qui a l'habitude de sous-estimer et de ne pas assez tenir en compte ce que son corps lui envoie comme message. Il me semble par conséquent inopportun en l'état de lui faire subir des tests dont la valeur diagnostique est d'une part discutable et d'autre part dont les résultats pourraient être mis en au vu de l'accident dont a été victime Madame Isabelle R_____".

33. Le 12 octobre 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours et produit une appréciation médicale du Dr H_____, FMH chirurgie orthopédique, du

24 septembre 2007, selon laquelle on pouvait admettre, selon la littérature médicale, l'existence d'un lien de causalité vraisemblable entre une algodystrophie et un accident si l'intervalle les séparant était court, soit six à huit semaines. Un intervalle de plusieurs mois, comme c'était le cas en l'espèce, excédait la norme maximale et donc l'hypothèse évoquée dans la littérature médicale d'une association entre hernie discale lombaire symptomatique (opérée chez la recourante le 13 octobre 2003) et développement d'une algodystrophie du pied (constatée par le Dr D_____ en janvier 2004) paraissait bien fondée.

Par ailleurs, le concept selon lequel il existerait chez la recourante, au titre de résultante d'une algodystrophie, une activation du sympathique n'était guère convaincant. En outre, selon le Dr C_____, sa patiente n'avait pratiquement plus de signes inflammatoires au printemps 2004, ce qui était cohérent avec la littérature médicale qui estimait que le stade 1 de l'algodystrophie durait en moyenne quatre mois. En conclusion, la prise en charge de l'algodystrophie au titre de séquelle d'une entorse était a posteriori bien discutable et il était infondé de considérer qu'une algodystrophie de stade 1 après amendement de ses signes cliniques pouvait être à la source de douleurs chroniques.

34. Le 16 novembre 2007, la recourante a transmis des avis médicaux complémentaires et sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale, soit :

- Un avis de la Dresse I_____, FHM neurologie, du 9 novembre 2007, relevant que l'hypothèse du Dr H_____ d'une algodystrophie du pied droit développée sur un syndrome radiculaire du même côté était tout à fait exclue car le syndrome radiculaire de la patiente concernait le côté gauche, une volumineuse hernie discale L4-L5 gauche ayant été opérée le 10 octobre 2003 en urgence. D'autre part, elle relève que *"l'EMG pratiqué le 24 octobre 2003 par le Dr J_____ mettait en évidence une discrète lésion du nerf tibial postérieur droit au tunnel tarsien avec dénervation très modérée, non évolutive, dans le court fléchisseur du premier orteil. Dans ce cadre, il me semble qu'une algodystrophie en lien avec cet accident reste probable"*.
- Un avis du Dr B_____ du 13 novembre 2003 selon lequel la patiente *"a été opérée d'une hernie discale L4-L5 gauche volumineuse et luxée, avec une importante parésie. Cette patiente a fait une chute sur un bateau (21.07.2003), avec impaction au niveau de la cheville droite. Ceci a amené une boiterie, et la patiente se déplace avec des cannes. La hernie discale ne peut être tenue responsable du syndrome algodystrophique au pied droit, celui-ci étant par ailleurs nettement endommagé par l'accident précédant l'épisode lombaire. Pour le problème du pied droit, nous avons demandé l'avis de l'orthopédiste FMH Dr M. D_____ . Consultation le 20 octobre 2003. Le 30 octobre 2003, le Dr D_____ a adressé un rapport au Dr C_____ dans lequel il apparaît clairement que le diagnostic est posé et le traitement en cours"*.

35. Le 27 novembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse K_____, rhumatologue.
36. Les 4 décembre 2007 et 17 décembre 2007, les parties ont déclaré n'avoir aucune objection à faire valoir quant à l'expert désigné et adhérer à la mission d'expertise.

La recourante a encore produit un avis du Dr D_____ du 19 novembre 2007 selon lequel l'algodystrophie était secondaire à l'accident, le Dr H_____ ayant commis une erreur manifeste d'interprétation puisque l'assurée avait souffert d'un syndrome radiculaire gauche et non droit. Elle présentait encore le 8 mai 2007 des séquelles de l'algodystrophie et les douleurs chroniques causées par celle-ci avaient entraîné une souffrance globale invalidante importante constatée lors de consultations entre le 7 avril 2004 et le 14 novembre 2007.

37. Le 18 mai 2008, la Dresse K_____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur l'étude du dossier ainsi qu'une consultation du 5 février 2008.

Elle signale que l'assurée se plaint toujours de douleurs du pied droit, accompagnées de dysesthésies, de lombalgies fluctuantes et de cervicalgies. Elle travaille actuellement à 80 % et dit ne pas pouvoir augmenter son taux de travail. L'examen clinique ne montre pas de troubles trophiques ni de limitation de la mobilité articulaire. En revanche, il existe des troubles sensitifs des 1-2-3èmes rayons, un signe de Tinel positif dans la région de la malléole interne et une très discrète diminution de la force en flexion des orteils. Tous ces éléments, autant l'anamnèse que la clinique, évoquent une lésion du nerf tibial postérieur à droite, séquellaire à l'accident de juillet 2003.

Elle avait très probablement développé une algodystrophie dans les suites de la contusion du pied droit en juillet 2003. Il s'agissait d'une complication de l'accident et non pas de l'épisode de lombosciatalgies gauches. On pouvait estimer, comme le Dr C_____, que cette pathologie était guérie mi-2005. Actuellement il persistait des douleurs, une allodynie et des dysesthésies du pied droit gênant la patiente à la marche et la nuit, associées à la description de troubles vasomoteurs le soir (non constatés lors de la consultation). Ces symptômes et l'examen clinique actuel évoquaient la persistance d'une atteinte du nerf tibial postérieur, séquellaire à l'accident de juillet 2003. Ce problème était probablement passé au second plan en raison de l'algodystrophie. Concernant la prise en charge thérapeutique, un nouvel avis du Dr D_____ pourrait être demandé, en proposant des infiltrations, des techniques de désensibilisation, voire une neurolyse chirurgicale. Du point de vue de sa capacité de travail, malgré les douleurs, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. La capacité de travail était donc de 100 % car son travail était adapté, varié, elle ne devait pas se déplacer beaucoup, et elle pouvait changer de positions régulièrement.

Les diagnostics posés étaient les suivants : contusion du pied droit sur chute en juillet 2003, compliquée d'algodystrophie du pied droit, atteinte séquellaire du nerf tibial postérieur du pied droit et lombosciatalgies gauches déficitaires en octobre 2003 sur hernie discale L4-L5 gauche, opérée le 10 octobre 2003 (discotomie microchirurgicale interlaminaire L4-L5 gauche, prise en charge par l'assurance). L'état de santé était stabilisé. La contusion du pied droit était guérie, il n'y avait pas de séquelle d'algodystrophie. Il persistait des signes cliniques du pied droit séquellaire à l'atteinte du nerf tibial postérieur du pied droit, symptomatologie n'entraînant pas de limitations fonctionnelles. Les différentes lésions constatées étaient en relation directe avec l'accident, et les atteintes à la santé étaient certaines. L'épisode de lombosciatalgies sur hernie discale n'est pas en relation avec l'accident. Concernant la contusion du pied droit due à l'accident de juillet 2003, le statu quo sine avait été atteint dans les 2-3 mois après l'accident. Concernant l'algodystrophie ayant compliqué ces lésions post-traumatiques, le statu quo sine avait été atteint en tout cas mi-2005. Concernant l'atteinte de nerf tibial postérieur, le statu quo sine n'était pas atteint et était certainement en relation avec l'accident, la patiente n'ayant aucun symptôme auparavant et ceux-ci étaient survenus dans les suites immédiates de l'accident. On pourrait proposer d'autres approches thérapeutiques, de type infiltrations du canal tarsien, traitements de désensibilisation, avis chirurgical. Si la lésion existait depuis 2003, les symptômes sensitifs étaient très probablement séquellaires et le traitement pouvait être difficile avec persistance définitive des troubles. Il n'y avait plus de limitation fonctionnelle objective et donc actuellement plus d'incapacité de travail depuis le 1^{er} août 2005. Une IPAI de 5 % était justifiée et la SUVA devrait prendre en charge la suite du traitement.

38. Le 11 juin 2008, la recourante a observé que l'expertise était claire et bien motivée. Elle établissait que le traitement médical n'était pas terminé de sorte que l'intimée se devait de le prendre en charge et octroyer une IPAI de 5 %. En revanche, la capacité de travail pleine et entière était contestée par tous les médecins consultés dont le Dr D_____, médecin-conseil de l'Etat. Il convenait de demander à l'experte de se prononcer clairement sur cette capacité de travail, en particulier si elle considérait qu'elle pouvait effectuer un 100 % d'un 100 %. Elle persistait dans ses conclusions, soit l'octroi d'indemnités journalières dès le 1^{er} août 2005 sur la base d'une incapacité de travail de 20 % et d'une IPAI de 5 % ainsi que la prise en charge du traitement médical dès le 1^{er} novembre 2006.
39. Le 18 juin 2008, l'intimée a déclaré qu'elle n'avait pas d'observations ou de critiques à l'encontre de l'expertise et requérait qu'il soit désormais passé à jugement.
40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 7 janvier 2008, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) applicable au cas d'espèce.
2. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante a droit à une indemnité journalière au-delà du 31 juillet 2005, au versement d'une IPAI ainsi qu'à la prise en charge des traitements suivis depuis le 1^{er} novembre 2006.
3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références).

d) Si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente

d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2 art. 24 LAA).

4. a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment 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 125 V 352 consid. 3a et les références).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

5. En l'espèce, il est préalablement à constater que le rapport d'expertise judiciaire, complet, clair et bien motivé, remplit toutes les conditions jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les parties l'admettent aussi, sous réserve, de la part de la recourante, de la conclusion de l'experte lui reconnaissant depuis le 1^{er} août 2005 une capacité de travail complète, dans la mesure où elle estime que cette appréciation n'est pas claire.

A cet égard, il ressort du rapport d'expertise que, malgré les douleurs, la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle de sorte que l'experte a indiqué que la capacité de travail était de 100 % (expertise p. 11), puis plus loin, que, sans limitation fonctionnelle objective, il n'y avait donc actuellement plus d'incapacité de travail (expertise p. 14), puis qu'une pleine capacité de travail avait été retrouvée le 1^{er} août 2005 (expertise p. 14), et, enfin, que le travail était adapté et que la patiente pouvait tout mettre en œuvre pour poursuivre son activité professionnelle, sa capacité de travail dans son activité actuelle étant de 100 % (expertise p. 15). Il apparaît que cette appréciation est claire, ce d'autant que l'experte a bien précisé l'absence de limitations fonctionnelles constatée chez la recourante. Au demeurant, l'experte a bien compris l'enjeu du litige quant à la reconnaissance d'une capacité de travail de la recourante de 80 ou de 100 % puisqu'elle relève que la recourante réclame à l'intimée des prestations d'assurance pour limitation de sa capacité de travail de 20 % en raison du fait qu'elle ne peut pas augmenter son temps de travail à 100 % (expertise p. 3 et 9), et que, selon la recourante, son incapacité de travail serait de 20-30 % depuis juillet 2005 (expertise p. 4). Il convient en conséquence de considérer que la conclusion du rapport d'expertise reconnaissant une pleine capacité de travail à la recourante dans son activité actuelle dès le 1^{er} août 2005 est claire et ne justifie pas qu'il soit procédé à un complément d'expertise sur ce point.

La recourante se prévaut encore des avis médicaux de ses médecins traitants concernant sa capacité de travail. Selon l'avis du Dr C _____ du 23 octobre 2005, au vu de l'évolution durant l'année 2005, la patiente avait pu dès le 27 juillet 2005 reprendre une activité professionnelle à 100%. On pouvait s'attendre à une récupération complète d'ici quelques mois car il persistait uniquement des signes d'activation du système sympathique douloureux. Elle était apte à enseigner vingt heures hebdomadaires, ce qui correspondait à un temps complet. Le 5 octobre 2006, le Dr C _____ a confirmé que l'état de la patiente était stabilisé sans séquelles. C'est uniquement le 26 novembre 2006, qu'il a précisé que la patiente continuait de présenter des douleurs à l'effort ce qui ne lui permettait pas de travailler à un taux supérieur à 80 %, soit dix-sept heures hebdomadaires, puis le 19 avril 2007 il a estimé qu'une incapacité de travail de 20 à 25 % depuis le 1^{er} août 2005 était justifiée en raison des douleurs. Or, cette nouvelle appréciation, fondée sur les plaintes douloureuses subjectives de la patiente et fournie postérieurement aux avis des 23 octobre 2005 et 5 octobre 2006 n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise quant à l'existence d'une capacité de travail complète depuis le 1^{er} août 2005.

Quant au Dr D _____, les 2 septembre et 7 octobre 2005 il a attesté d'une incapacité de travail de 30 % sur un poste à 80 %, probablement encore jusqu'en août 2006 et d'une reprise à 100 % pouvant être envisagée par la suite. Le 14 mai 2007, il a estimé que la recourante n'avait pas recouvré une totale capacité de travail en raison d'un état douloureux chronique et le 19 novembre 2007 que la souffrance globale était invalidante. Cette appréciation d'une capacité de travail diminuée repose également sur les plaintes subjectives de l'assurée et comprend uniquement, sur la base de diagnostics identiques, une estimation différente de l'impact des affections sur la capacité de travail de la recourante. Provenant de surcroît de la part du médecin-traitant, elle n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise judiciaire.

6. a) La recourante requiert en premier lieu le versement d'une indemnité journalière à hauteur d'une incapacité de travail de 20 % depuis le 1^{er} août 2005. A cet égard, la question de savoir si la décision du 14 mars 2006 supprimant l'indemnité journalière dès le 1^{er} août 2005, entrée en force, peut être revue dans le cadre de la présente procédure, peut souffrir de rester indéterminée, vu les conclusions de l'experte quant à l'existence d'une capacité de travail totale de la recourante dès le 1^{er} août 2005, constatation qui ne permet en toute hypothèse pas d'accorder à la recourante une indemnité journalière dès le 1^{er} août 2005.

b) Ensuite, la recourante conclut à l'octroi d'une IPAI de 5 % et à la prise en charge du traitement nécessité par les suites de l'accident de juillet 2003. A cet égard, le rapport d'expertise conclut également dans ce sens, de sorte qu'il conviendra d'admettre les conclusions de la recourante sur ces points, de surcroît au vu de l'accord de l'intimée, laquelle a accepté les conclusions de l'expertise judiciaire.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée dans la mesure où elle refuse l'octroi d'une IPAI de 5 % et la prise en charge du traitement et confirmée pour le surplus. Il sera dit que la recourante a droit à une IPAI de 5 % ainsi qu'à la prise en charge de l'intégralité du traitement nécessité par les suites de l'accident de juillet 2003.

Une indemnité de 2'000 fr. sera allouée à la recourante, à la charge de l'intimée.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Au fond :

1. Admet partiellement le recours.
2. Annule partiellement la décision du 5 janvier 2007 de la SUVA dans le sens des considérants.
3. La confirme pour le surplus.
4. Dit que la recourante a droit à une IPAI de 5 % et à la prise en charge par l'intimée du traitement nécessité par les suites de l'accident.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr.
6. 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); 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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