

GE_GERICHTE ATAS/995/2020 vom 21. Oktober 2020

GE Cour de justice, 2020-10-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_995_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/995/2020 du 21 octobre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/995/2020 del 21 ottobre 2020

Erwägungen

E. 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 1er 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.

E. 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.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème 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).

E. 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.

E. 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

A/1264/2018 - 16/24 - 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

A/1264/2018 - 17/24 - 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).

E. 6

a. Selon l'art. 16 LAA l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA1) 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).

E. 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

A/1264/2018 - 18/24 - 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 LPG 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 en œuvre une nouvelle expertise. La

A/1264/2018 - 19/24 - 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).

E. 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).

E. 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

A/1264/2018 - 20/24 - 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).

E. 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.

A/1264/2018 - 21/24 - 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 1er 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.

A/1264/2018 - 22/24 - 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.

A/1264/2018 - 23/24 -

E. 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 1er novembre 2017.

E. 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]).

E. 13

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1264/2018 - 24/24 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.