

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1616/2014

ATAS/346/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 mai 2016**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à MONNETIER MORNEX,  
FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître Douglas HORNUNG

recourante

contre

SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-  
Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1972, est employée de B\_\_\_\_\_ AG, en tant qu'agente d'accueil, au taux d'occupation de 50 %. À ce titre, elle est assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la SUVA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Le 4 octobre 2013, elle a fait une déclaration d'accident à la SUVA, indiquant que le 6 septembre précédent, alors qu'elle reprenait son service après une pause, elle s'était tordue la cheville droite en marchant sur des dalles irrégulières, ce qui avait provoqué une entorse.
3. La SUVA a décidé, le 8 octobre 2013, de lui allouer des prestations d'assurance pour les suites de cet accident professionnel.
4. La doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin généraliste pratiquant à Monnetier-Mornex, a attesté, par plusieurs certificats médicaux successifs, que l'état de santé de l'assurée nécessitait un arrêt de travail à 100 % du 7 au 8 septembre 2013 et du 14 septembre au 6 octobre 2013, puis dès le 4 novembre 2013 jusqu'au 31 mars 2014. Dès cette date, l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail à 50 %, qui a été prolongé jusqu'au 31 mai 2014.
5. L'assurée a indiqué à la SUVA, le 8 novembre 2013, qu'elle n'était pas apte à travailler, que le traitement médical n'était pas achevé et qu'une consultation était fixée le 18 novembre 2013 auprès de la Dresse C\_\_\_\_\_.
6. Le 11 novembre 2013, l'assurée a adressé à la SUVA une déclaration de rechute depuis le 4 novembre 2013.
7. La SUVA a indiqué à l'assurée, par courrier du 13 novembre 2013, que sa nouvelle incapacité de travail dès le 4 novembre 2013 l'obligeait à réexaminer sa responsabilité et qu'elle formulait des réserves à partir de cette date.
8. La Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA, le 19 novembre 2013, qu'elle avait constaté initialement, après l'accident du 6 septembre 2013 de l'assurée, des douleurs du pied droit à la suite d'une chute et un traumatisme du pied. La nouvelle incapacité de travail dès le 4 novembre 2013 était motivée par le fait que la patiente ne pouvait rester debout plus d'une heure sans que la douleur réapparaisse. Elle avait des douleurs intermittentes au pied droit apparaissant à la station debout et en fin de journée. Les douleurs étaient situées à la voûte plantaire et à la cheville, avec irradiation dans le mollet. Le diagnostic était des lésions musculaires et "mot illisible". Se posait la question d'une entorse. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident. Les traitements entrepris étaient : repos, antalgiques, anti-inflammatoires et ostéopathie. L'incapacité de travail de la patiente était de 100 % jusqu'au 24 novembre 2013, en attendant l'avis d'un rhumatologue. Elle avait vu la patiente en consultation les 7, 14 et 19 septembre, le 6 octobre ainsi que les 1<sup>er</sup> et 4 novembre 2013 et attestait d'une incapacité de travail à 100 % dès le 7 septembre 2013.

9. L'assurée a indiqué par téléphone à la SUVA, le 6 janvier 2014, qu'elle avait consulté à une reprise le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatismes, maladies des os et des articulations et médecine du sport, exerçant à Annemasse. Il lui avait fait une infiltration qui l'avait soulagée pendant une semaine seulement. Elle en était toujours au même stade. Son pied était souvent enflé, surtout si elle restait longtemps debout, soit une heure environ. Elle avait toujours des douleurs et ne voyait pas d'amélioration. Selon la Dresse C\_\_\_\_\_, il pouvait s'agir d'un problème au niveau des nerfs, raison pour laquelle une consultation avait été fixée le 14 janvier 2014 avec la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie.
10. Par courrier du 26 novembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a informé la Dresse C\_\_\_\_\_ du fait que sa patiente s'était fait une talalgie avec canal tarsien lors d'une torsion du pied. Elle avait des paresthésies des orteils, un tinel positif et une talalgie classique. Il l'avait infiltrée au niveau du talon et calée avec une hémi-semelle. Il conviendrait de la prolonger si la sédation n'était pas suffisante d'ici le lundi suivant. Il traiterait éventuellement le tronc du nerf plus tard et si cela résistait, il pourrait faire un EMG et une échographie.
11. Le Docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du service médical des agences de la SUVA, a suggéré à cette dernière, le 16 janvier 2014, de demander l'EMG et l'US proposés par le Dr D\_\_\_\_\_ et tout document radiologique, type IRM, pour avis, ce qui a été fait par courrier du 16 janvier 2014.
12. La Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA, le 16 janvier 2014, qu'elle avait reçu l'assurée en consultation deux jours auparavant. Elle avait pratiqué à cette occasion un ENMG, avec un résultat normal pour les nerfs SPI et SPE. Elle diagnostiquait une atteinte traumatique du nerf plantaire médial droit, une probable luxation de la cheville droite, un œdème et des douleurs neurogènes. Elle préconisait un traitement consistant en de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires. L'incapacité de travail dépendrait de l'évolution. Après traitement, il y avait, à son avis, un bon pronostic.
13. La Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué, le 16 janvier 2014, à la Dresse C\_\_\_\_\_ que la clinique était effectivement suggestive d'une atteinte du nerf plantaire médial droit. Cette atteinte pouvait être due à l'étirement ou encore à la compression par l'œdème adjacent suite à la luxation de la cheville. Une physiothérapie ainsi qu'un traitement local par des anti-inflammatoires étaient à poursuivre pour cette cheville, puis des infiltrations locales de corticoïdes pourraient être effectuées à l'endroit de la tuméfaction. Ceci dit, les troubles sensitifs dépassaient le territoire du nerf plantaire médial. La patiente avait l'impression de sentir cette sensation sur tout le membre inférieur droit. De ce fait, une IRM médullaire basse pourrait être effectuée à la recherche d'une cause expliquant ces troubles sensitifs. La patiente présentait aussi des réflexes achilléens diminués des deux côtés et, étant donné les antécédents de lombosialgies bilatérales, une IRM lombaire était à effectuer à la recherche de compressions chroniques des racines S1 des deux côtés. Il n'y avait pas de signe de dénervation aiguë dans les myotomes S1. La patiente n'avait pas encore eu de

séances de physiothérapie et celles-ci étaient à démarrer impérativement, à raison d'une à deux fois par semaine, pour mobiliser la cheville, pour une physiothérapie antalgique et retrouver une mobilité non douloureuse. Une IRM du pied lui serait bénéfique. Elle ne voyait pas pour l'instant la nécessité d'une prise en charge chirurgicale, notamment au niveau du canal tarsien.

14. Le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA le 29 janvier 2014 que l'incapacité de travail totale était toujours, a priori, justifiée pour les seules suites de l'accident du 6 septembre 2013, mais qu'il fallait compléter le dossier : "Poursuite de l'IT ? Récupération des échographies, IRM, etc...".
15. Le 19 février 2014, la SUVA a reçu :
  - un rapport du docteur G\_\_\_\_\_ au sujet d'un scanner du pied droit effectué le 6 novembre 2013 sur l'assurée, dont il résultait qu'il n'y avait pas d'anomalie de la trame osseuse et qu'aucune fracture n'avait été décelée. Un hallux valgus avec remaniements dégénératifs de l'articulation métatarso-phalangienne du premier rayon avait été constaté. Les autres interlignes articulaires étaient respectés. Il n'y avait pas de lésion visible dans les parties molles.
  - et un rapport du docteur H\_\_\_\_\_, au sujet d'une échographie de la voûte plantaire droite de la patiente, effectuée le 9 décembre 2013, en raison de la persistance de douleurs à deux mois d'un traumatisme. L'examen ne mettait pas en évidence d'anomalie des structures musculaires du versant médial et postérieur du pied droit. On notait un aspect discrètement épaissi du nerf tibial postérieur droit par rapport au gauche (4 mm contre 2,6 mm), une perméabilité normale des veines de la voûte plantaire et un aspect normal de l'aponévrose plantaire. En conclusion, ce médecin indiquait : "discret épaississement du nerf tibial postérieur dans son trajet sous malléolaire interne. Indication éventuelle d'un examen IRM afin d'éliminer un conflit postérieur".
16. Le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé, le 20 février 2014, que l'assurée avait repris une première fois le travail le 7 octobre 2013 et qu'elle s'était à nouveau retrouvée en arrêt de travail total dès le 4 novembre 2013. La question du lien de causalité entre l'accident et la nouvelle incapacité travail du 4 novembre 2013 se posait.
17. Le docteur I\_\_\_\_\_ a indiqué à la Dresse E\_\_\_\_\_ qu'il avait procédé à une IRM de la cheville et du pied droits de la patiente, le 26 février 2014. Cette dernière ne montrait pas d'altération significative décelable au niveau de la partie inférieure du nerf tibial ainsi que de la partie craniale de ses deux branches de division, nerf plantaire médial et latéral. La structure des nerfs était normale, sans signe d'altération significative. Aspect fasciculaire préservé. Absence de signe de masse pouvant être à l'origine d'une compression extrinsèque des nerfs. Les muscles de la plante du pied montraient un aspect habituel, sans signe d'hypotrophie ou d'infiltration graisseuse. Pas d'œdème. Absence d'anomalie musculaire pouvant faire suspecter une dénervation. Les autres structures du canal tarsien montraient un aspect normal. Artère tibiale postérieure bien satellite sans particularité. Tendons du

complexe postéro-interne, parfaitement normal, sans signe de tendinopathie ou ténosynovite. Tendons du compartiment antérieur et postéro-externe sans anomalie décelable. Confirmation d'un discret épaissement du fascia plantaire au niveau postérieur associé à un éperon sous-calcaneén de type mécanique. Pas d'importante anomalie inflammatoire locale. Le tiers moyen du facial était normal. L'articulation talo-crurale montrait un aspect habituel. Pas de signe d'épanchement intra-articulaire ou d'atteinte érosive inflammatoire. Les autres articulations de la cheville et du tarse étaient normales. Tendon d'Achille sans particularité.

18. Le docteur J\_\_\_\_\_, radiologue, et le docteur K\_\_\_\_\_, médecine nucléaire, de IMGE Imagerie Moléculaire Genève, ont indiqué à la Dresse C\_\_\_\_\_, le 11 février 2014, qu'ils avaient procédé le 10 février 2014 à : "SPECT/CT et scintigraphie osseuse avec perfusion", qui avaient permis d'objectiver des signes d'arthrose active cunéo-métatarsienne intermédiaire du pied droit, des signes de fasciite plantaire discrète du pied droit, des remaniements dégénératifs non hyperactifs de l'os trigone, sans argument en faveur de conflit du carrefour postérieur de la cheville droite. Il n'y avait pas de signe d'algodystrophie du membre inférieur droit.
19. Selon l'appréciation médicale du Dr F\_\_\_\_\_ du 19 mars 2014, l'ensemble du dossier permettait de confirmer l'existence de nombreuses pathologies de type dégénératif qui n'avaient pas été décompensées d'une façon déterminante par l'événement traumatique annoncé. Dans le contexte et avec les éléments disponibles, il ne pouvait pas retenir une rechute. Il n'y avait donc pas de causalité, pour le moins probable, entre l'accident et la nouvelle incapacité de travail à partir du 4 novembre 2013.
20. Par décision du 25 mars 2014, la SUVA a refusé de prendre en charge les frais de traitement de la nouvelle incapacité de travail de l'assurée dès le 4 novembre 2013. Elle lui conseillait de s'adresser à son assurance maladie.
21. Le 8 avril 2014, HELSANA ASSURANCES SA a fait opposition à la décision de la SUVA du 25 mars 2014, puis l'a retirée le 22 avril 2014, ayant pu constater que l'incapacité de travail de l'assurée était due à une maladie.
22. L'assurée a contesté, le 7 avril 2014, par le biais de son médecin traitant, la décision de la SUVA. L'arrêt de travail que ce médecin avait ordonné, le 4 novembre 2013, était une conséquence directe de l'événement du 6 septembre 2013. Les douleurs et la gêne étaient toujours dans la même zone qu'initialement et elle ne s'était plainte d'aucune gêne avant l'accident. Elle demandait une nouvelle analyse du cas et, si besoin, le recours à un expert indépendant.
23. Le 25 avril 2014, l'assurée a formé opposition contre la décision de la SUVA du 25 mars 2014, par le biais d'un conseil juridique.
24. La SUVA a confirmé sa position dans une décision sur opposition du 2 mai 2014. Elle se référait à l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ et aux examens qui confirmaient l'existence de lésions de type dégénératif. La Dresse C\_\_\_\_\_ ne précisait pas

comment elle était arrivée à une conclusion contraire. Selon la jurisprudence constante un raisonnement fondé sur l'adage post hoc, *ergo propter hoc* (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales et ne pouvait être admis comme moyen de preuve. Les médecins de famille devaient en premier lieu se concentrer sur le traitement médical. Leurs rapports n'avaient pas pour but de porter une évaluation objective et concluante de l'état de santé de leurs patients propre à répondre aux questions d'assurance et, partant, ne remplissaient pas les conditions matérielles d'une expertise au sens de la jurisprudence. Par ailleurs du fait de leur rapport de confiance avec les patients, les médecins de famille étaient, en cas de doute, plutôt enclins à se prononcer en faveur de ces derniers. Aucune autre mesure d'instruction n'était nécessaire en l'espèce, en particulier, pas une expertise externe.

25. L'assurée a recouru à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, le 4 juin 2014, concluant à ce que son recours contre la décision qui lui avait été notifiée le 5 mai 2014 soit déclaré recevable, à l'annulation des décisions des 25 mars et 2 mai 2014 de la SUVA, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, à ce qu'il soit dit que la SUVA devait prendre en charge tous ses frais médicaux depuis le 6 septembre 2013 et l'y condamner en tant que de besoin. Elle a fait valoir qu'elle avait été mise en arrêt de travail depuis le 6 septembre 2013, arrêt qui avait été prolongé à plusieurs reprises jusqu'au 31 octobre 2013. Le certificat médical du 30 septembre 2013 n'avait cependant jamais été adressé à son employeur. Elle avait reçu un appel téléphonique à son domicile du responsable des plannings de son employeur lui demandant de prendre ses vacances durant la période couverte par le dernier certificat médical. Craignant de perdre son travail, elle s'y était rendue, les 2 et 3 novembre 2013. Elle avait alors ressenti des douleurs d'une telle intensité qu'elle s'était vue dans l'obligation de consulter à nouveau son médecin traitant. Les douleurs étaient identiques à celles qui avaient suivi son accident du 6 septembre 2013. L'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ se fondait sur le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 11 février 2014, dans lequel ce dernier mettait en évidence une hypercaptation du calcanéum correspondant à un éperon calcanéen avec fasciite plantaire. Le radiologue aurait aussi signalé une arthrose cunéo-métatarsienne. Cette seule opinion était parfaitement contraire aux avis et opinions des divers médecins qu'elle avait consultés. Selon son médecin traitant, l'incapacité du 4 novembre était une rechute de l'accident du 6 septembre 2013. En application de la jurisprudence, même si, par impossible, il fallait considérer que l'origine de la lésion était due, pour partie ou vraisemblablement, à un état antérieur malade ou dégénératif, celle-ci devait être assimilée à un accident dès lors qu'une cause extérieure avait au moins déclenché les symptômes dont elle souffrait. Une expertise s'imposait dès lors que le Dr F\_\_\_\_\_ s'était fondé uniquement sur l'avis du Dr J\_\_\_\_\_, sans tenir compte de celui des Dresses C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Cette dernière évoquait une atteinte du nerf plantaire médial droit par compression suite au traumatisme subi, et non pas résultant d'une dégénérescence ou d'une arthrose.

Le Dr F\_\_\_\_\_ ne l'avait même pas examinée. Le dossier médical était manifestement incomplet.

26. Par réponse du 3 juillet 2014, la SUVA conclut au rejet du recours. Toutes les plaintes de la recourante avaient été entendues, décrites, examinées et discutées. C'était en toute connaissance de cause et sur la base d'un dossier médical complet que son médecin d'arrondissement avait pris position sur son état de santé. Il n'était pas nécessaire que le Dr F\_\_\_\_\_ examine lui-même la patiente. Son rapport avait une entière valeur probante. La Dresse C\_\_\_\_\_ se contentait d'inférer la possibilité d'une rechute par le seul fait de l'absence de symptomatologie affectant le membre inférieur droit de l'assurée avant l'accident. Les autres allégations de la recourante n'étaient corroborées par aucun élément du dossier.
27. La recourante a répliqué le 30 juillet 2014. Elle persistait dans ses conclusions. Elle avait consulté une nouvelle fois son médecin traitant, la Dresse C\_\_\_\_\_, le 22 juillet 2014. Cette dernière lui avait remis une attestation confirmant que ses douleurs n'étaient pas liées à l'arthrose préexistante avant le traumatisme, mais à l'accident du 6 septembre 2013. Il était évident que l'arrêt de travail dès le 4 novembre 2013 était une rechute au sens juridique du terme et qu'il était une conséquence directe de l'événement du 6 septembre 2013. Il s'agissait de la même atteinte, qui se manifestait à nouveau suite à la sollicitation trop rapide ou trop forte des nerfs accidentés.
28. L'intimée a dupliqué le 21 août 2014. En cas de rechute ou de séquelles tardives, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'était pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident avait été reconnue. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident devaient être supportées par l'assuré qui requérait des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte. La règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartenait à la partie qui invoquait la suppression du droit entraînait seulement en considération s'il n'était pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves d'un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, correspondait à la réalité. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne devait pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il était encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsistait plus ou que la personne assurée était dorénavant en parfaite santé. En l'espèce, la CNA avait procédé aux mesures d'instruction nécessaires en requérant les résultats de tous les examens médicaux se rapportant au pied droit de l'assurée et en recueillant l'avis de tous les médecins ayant eu à connaître son cas. S'agissant de l'opinion exprimée par le Dresse C\_\_\_\_\_ le 22 juillet 2014, cette dernière se contentait d'exprimer un avis divergent en se fondant principalement sur la constatation de l'absence de plainte similaire avant l'événement du 6 septembre 2013, ce qui n'était pas convainquant, dès lors que les examens réalisés confirmaient l'existence de nombreuses pathologies de

type dégénératif qui n'avaient pas été décompensées de manière déterminante par l'événement traumatique annoncé. Il était douteux qu'un lien de causalité entre les plaintes actuelles de l'assurée et l'événement accidentel puisse être admis au degré de la vraisemblance prépondérante sur la base de la seule affirmation du médecin-traitant, étant rappelé que le service médical de l'assureur-maladie de la recourante était parvenu aux mêmes conclusions que l'intimée.

29. La chambre de céans a ordonné le 6 février 2015 une expertise orthopédique qu'elle a confiée au docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH chirurgie de l'appareil locomoteur, chirurgie arthroscopique, médecine du sport et de l'activité physique.
30. À teneur du rapport d'expertise du 19 octobre 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué avoir pris connaissance des nombreuses pièces du dossier, visionné les images des scanner, IRM et SPECT/CT qui avaient été effectuées, avoir reçu en consultation l'assurée les 13 avril, 19 juin et 19 octobre 2015, effectué une recherche extensive dans la littérature médicale sur l'anatomie et sur les troubles neurologiques de l'arrière pied et pris contact avec le Drs J\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

L'expert a relevé les données subjectives de l'expertisée et a procédé à des constatations objectives. L'examen clinique du pied objectivait une diminution de la température sur la zone de la voûte médiale de 2°. Il y avait un galbe au niveau de la voûte plus proéminent au pied droit qu'au pied gauche. La palpation de la zone médiale du talon et de la voûte plantaire était douloureuse avec un signe de Tinel positif à la partie distale du canal tarsien. Les examens paracliniques (IRM, échographies et SCAN/CT) n'étaient pas contributifs.

Il a posé les diagnostics suivants :

- "Neuropathie post-traumatique du nerf tibial postérieur et de ses branches distales.
- Arthropathie dégénérative du Lisfranc, status après cure d'hallux valgus bilatéral, cette pathologie prédomine radiologiquement au pied gauche et n'est pas symptomatique actuellement".

Il concluait que la recourante ne présentait pas un état maladif antérieur et que l'accident était la cause la plus probable (75 % ou plus) de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire de la pathologie du nerf tibial postérieur et ses branches distales. Les atteintes générant les symptômes actuels n'étaient pas d'ordre dégénératif. Il y avait une atteinte de nature dégénérative bilatérale sans répercussion clinique actuelle, qui prédominait à la scintigraphie osseuse à gauche et qui était située distalement à l'endroit douloureux. L'arthropathie dégénérative était un facteur étranger à l'accident du 6 septembre 2013 qui avait contribué avec ce dernier aux lésions constatées, mais elle ne contribuait pas aux lésions des nerfs. L'accident n'avait pas déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans lui.

L'incapacité de travail de la recourante dans son travail à l'aéroport était de 100 %, si l'horaire dépassait quatre heures en raison de l'obligation de stations debout prolongées.

Le diagnostic de neuropathie compressive du tibial postérieur induisait une limitation de la capacité de travail en station debout de 100 % après quelques heures. Dans un travail assis cette incapacité était réduite de manière majoritaire. La capacité travail était de 50 à 100 % selon les tâches à accomplir. La capacité travail dans une activité lucrative adaptée de type secrétariat pourrait être de 100 %. Il y avait une diminution de rendement si l'activité nécessitait une station debout.

Le Dr F\_\_\_\_\_ avait conclu qu'on ne pouvait retenir la notion de rechute. Ses conclusions étaient basées sur le rapport du SPECT/CT. Il n'était pas mentionné qu'il avait lui-même procédé à l'examen des images. Ces dernières attestaient que les lésions décrites dans le pied droit étaient en fait moins marquées, c'est-à-dire avec moins d'hyperfixation à la phase scintigraphique que du côté gauche. L'expert avait sollicité le Dr K\_\_\_\_\_, car les images montraient plus d'hypercaptation au pied gauche qu'au pied droit. Cette observation était corroborée par la réponse complémentaire du Dr K\_\_\_\_\_ selon lequel, sur la scintigraphie plantaire, l'hypercaptation de l'articulation cunéo-métatarsienne du pied gauche était plus intense que celle du pied droit. Le fait que l'hyperfixation prédominait à gauche devait faire relativiser la signification de cette hyperfixation dans le cadre de la compréhension de la cause des douleurs car le côté gauche n'était pas le siège de douleurs limitant l'activité. L'expert relevait que les causes de la clôture du dossier par la SUVA en moins de deux mois n'étaient pas mentionnées. On pouvait admettre qu'elles étaient purement administratives sans que l'aspect médical n'ait été intégré. La symptomatologie douloureuse n'avait jamais cessé. La symptomatologie liée à une pathologie neurologique pouvait être confondue avec celle de l'aponévrose plantaire aussi connue sous le concept d'éperon calcanéen.

Pour la pathologie neurologique, les symptômes étaient des douleurs au niveau de la voûte plantaire du côté médial qui s'aggravaient à la station debout. La douleur commençait comme une gêne qui se modifiait ensuite en une sensation de brûlure qui pouvait aller jusqu'à la perte de sensibilité pour une réduction de la sensibilité. La douleur pouvait être ressentie sur la face externe. La douleur était souvent décrite à l'insertion proximale du muscle abducteur du premier orteil. Les critères diagnostics étaient principalement donnés par la clinique et pas par une imagerie comme l'IRM. La pathologie douloureuse durable de l'assurée paraissait le plus vraisemblablement en rapport avec une atteinte traumatique neurologique au niveau du nerf tibial. Il était admis que l'atteinte d'un nerf créait une douleur importante qui n'était souvent pas en corrélation avec ce que l'imagerie pouvait illustrer (douleurs neuropathiques). L'atteinte s'était produite par un mécanisme de compression de la partie arrière du pied quand il s'était trouvé pris en étau, coincé, entre les dalles le 6 septembre 2013. Les pathologies durables résultant d'atteintes traumatiques des nerfs périphériques étaient notoirement sujets à une latence de reconnaissance et de

prise en charge. Le CT SCAN demandé en novembre 2013 n'était pas l'examen de choix pour la recherche d'une pathologie des tissus mous. Un examen IRM aurait été plus probablement pertinent dès mi-septembre. La capacité d'une IRM effectuée fin février 2014, soit six mois après l'accident, de montrer des signes directs ou indirects de pathologie aiguë post-traumatique était très réduite. Le rapport de fin novembre 2013 du Dr D\_\_\_\_\_ était empreint d'un optimisme de résolution qui n'était pas corroborée par la catamnèse. Il fallait relever qu'il mentionnait la possibilité d'une lésion touchant les nerfs mais ne poursuivait pas dans cette direction à la prise en charge.

Le rapport manuscrit de la Dresse E\_\_\_\_\_ était inducteur de mauvaises interprétations. En effet, il y avait des points relevés mais noyés qui étaient : "... rapidement décharges électriques et œdème sur la p. interne médiale... ENMG du 14 01 14 normale pour les nerfs SPI et SPE ddc... l'évaluation du nerf médial plantaire droit non conclusive", ce qui ne correspondait pas à indemne ou sans lésion. L'examen ENMG de ce nerf était connu pour être difficile. Les observations du neurologue étaient cohérentes avec une pathologie neurologique.

31. La recourante a observé, le 13 novembre 2015, qu'au vu des conclusions claires et indubitables de l'expert, il y avait un rapport de causalité naturelle et adéquate. Ainsi, les prestations de la SUVA étaient dues et devaient être versées. Elle persistait donc dans ses conclusions.
32. L'intimée a observé, le 27 novembre 2015, que selon l'appréciation neurologique du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie FMH, auquel elle avait soumis les conclusions de l'expert, il n'existait en réalité pas d'indication confirmant, directement ou indirectement, une lésion du nerf tibial, en dehors des plaintes (subjectives) de l'assurée. Il n'était pas anodin de relever qu'aucun expert ne faisait mention de séquelles post-traumatiques. Les différentes investigations médicales, en particulier l'imagerie, n'avaient en définitive pas permis d'objectiver plus que des signes d'arthrose active cunéo-métatarsien intermédiaire du pied droit. Partant, l'intimée maintenait qu'un syndrome du tunnel tarsien droit n'avait pas été établi avec le degré nécessaire de la vraisemblance prépondérante. Le Dr M\_\_\_\_\_ soulignait que l'expert avait laissé des questions indécises dans son rapport. L'intimée requérait par conséquent de la chambre d'assurance sociale qu'elle pose les questions complémentaires suivantes à l'expert :
  - 1) pouvait-il expliquer comment, par son examen clinique sommaire, il arrivait à la conclusion d'un syndrome du tunnel tarsien ?
  - 2) Considérant que l'assurée s'était uniquement tordue la cheville droite, pouvait-il préciser le mécanisme exact par lequel l'événement du 6 septembre 2013 avait pu causer une lésion du nerf tibial postérieur, et à quel niveau ?
  - 3) Pouvait-il expliquer les raisons pour lesquelles les douleurs de l'assurée étaient actuellement plus intenses sur le côté extérieur du pied, territoire sensitif non pas du nerf plantaire mais du nerf sural ?

- 4) Pouvait-il expliquer concrètement les raisons pour lesquelles l'arthrose active, la fasciite plantaire, voire l'éperon plantaire ne contribuaient pas à la symptomatologie actuelle ?

L'intimée a transmis en annexe le rapport du Dr M \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2015.

33. La recourante a demandé à la chambre des assurances sociales, le 9 décembre 2015, d'écarter le courrier de l'intimée du 27 novembre 2015 estimant que la SUVA agissait de façon contraire au principe de la bonne foi en demandant des questions complémentaires et en reportant ainsi le moment où elle pourrait recevoir les prestations qui lui étaient dues. L'expertise judiciaire était claire, détaillée convaincante. Ce n'était pas l'avis d'un médecin employé par la SUVA qui pouvait la remettre en cause.
34. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si les prestations de l'assurance-accidents étaient encore dues par l'intimée dès le 4 novembre 2013, et en particulier, s'il y a un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, subi par la recourante le 6 septembre 2013, et son atteinte à la santé dès le 4 novembre 2013.
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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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.

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

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 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 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1)

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

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 (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

b. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps

---

prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a 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 et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

c. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

6. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de

l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 118 V 286 consid. 1b).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

7. 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).
8. 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). 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).
9. a. En l'espèce, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de l'appareil locomoteur, en chirurgie arthroscopique ainsi qu'en médecine du sport et de l'activité physique, a rendu son rapport d'expertise en se fondant sur le dossier médical complet de l'assurée et après avoir reçu cette dernière à trois reprises en consultation. Il a effectué des recherches dans la littérature médicale et a pris contact avec les Drs J\_\_\_\_\_, radiologue, et E\_\_\_\_\_, neurologue. Son rapport contient une anamnèse et des constats objectifs fondés sur l'examen clinique de l'expertisée. Il a précisé que les examens paracliniques n'étaient pas contributifs dans le cas d'espèce et a répondu de façon détaillée aux questions posées, justifiant ses conclusions par rapport à celles contraires d'autres praticiens. Ses conclusions sont claires et ne contiennent pas d'indice faisant douter de leur pertinence. Une pleine force probante doit ainsi être reconnue à l'expertise.  
b. L'intimée a fait valoir que selon l'appréciation neurologique du Dr M\_\_\_\_\_, il n'existait en réalité pas d'indication confirmant, directement ou indirectement, une lésion du nerf tibial, en dehors des plaintes (subjectives) de l'assurée.

Cet avis médical ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de l'expert, dès lors que ce dernier a précisé de manière complète et convaincante que dans le cas d'espèce, les critères diagnostics étaient principalement donnés par la clinique et pas par l'imagerie et qu'il était admis que l'atteinte d'un nerf créait une douleur

importante qui n'était souvent pas en corrélation avec ce que l'imagerie pouvait illustrer. L'expert a encore indiqué que le CT/SCAN demandé en novembre 2013 n'était pas l'examen de choix pour la recherche d'une pathologie des tissus mous, qu'un examen IRM aurait été plus probablement pertinent dès mi-septembre et que la capacité d'une IRM effectuée fin février 2014, soit six mois après l'accident, de montrer des signes directs ou indirects de pathologie aiguë post-traumatique était très réduite.

c. L'intimé a relevé qu'il n'était pas anodin de relever qu'aucun expert ne faisait mention de séquelles post-traumatiques.

A cet égard, il convient de rappeler qu'un seul expert a été mandaté dans la présente procédure et qu'il s'agit du Dr L\_\_\_\_\_, les médecins qui ont établi les autres rapports médicaux figurant au dossier ne peuvent être qualifiés d'experts.

d. L'intimée soutient que les différentes investigations médicales, en particulier l'imagerie, n'avaient pas permis d'objectiver plus que des signes d'arthrose active cunéo-métatarsien intermédiaire du pied droit. Un syndrome du tunnel tarsien droit n'avait pas été établi avec le degré nécessaire de la vraisemblance prépondérante.

Si l'on doit admettre que le diagnostic retenu par l'expert n'est pas établi par l'imagerie, il n'en reste pas moins que ce diagnostic est suffisamment établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, par les constatations cliniques faites par l'expert.

e. Il n'y a pas lieu de demander à l'expert des explications complémentaires relatives à sa conclusion d'un syndrome du tunnel tarsien, étant précisé que l'expert n'a pas mentionné ce syndrome dans son diagnostic, au vu de la clarté des explications qu'il a données sur la façon dont il avait posé son diagnostic.

f. Il ne se justifie pas non plus de demander à l'expert de préciser le mécanisme exact par lequel la torsion de la cheville de l'assurée a pu causer une lésion du nerf tibial postérieur, dès lors qu'il a déjà indiqué dans son rapport que l'atteinte s'était produite par un mécanisme de compression de la partie arrière du pied quand il s'était trouvé pris en étau, coincé, entre les dalles le 6 septembre 2013.

g. L'intimé souhaite encore que l'expert explique les raisons pour lesquelles les douleurs de l'assurée étaient actuellement plus intenses sur le côté extérieur du pied, territoire sensitif non pas du nerf plantaire mais du nerf sural.

L'intimé semble ainsi mettre en doute les conclusions de l'expert, sans indiquer clairement en quoi elles ne seraient pas convaincantes. Cette question ne justifie pas un complément de l'expertise, dont la valeur probante n'apparaît pas sérieusement contestable.

h. Enfin, l'intimée souhaite que l'expert explique concrètement les raisons pour lesquelles l'arthrose active, la fasciite plantaire, voire l'éperon plantaire ne contribuaient pas à la symptomatologie actuelle.

L'expert a donné des explications détaillées à ce sujet, en indiquant que le SPECT/CT du 11 février 2014 relevait des signes d'arthrose du pied droit et qu'il avait sollicité l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ dans le cadre de son examen. Il avait finalement constaté sur les images, qui figurent en page 7 de l'expertise, que l'atteinte ne correspondait pas avec le site douloureux cliniquement. Ces explications répondent à la question de l'intimée.

i. Au vu des considérations qui précèdent, la chambre de céans se fondera sur le rapport d'expertise du 19 octobre 2015 et ne donnera pas suite à la demande de complément formée par l'intimée.

j. Il en résulte qu'il est établi avec le degré de vraisemblance requis par la jurisprudence que l'atteinte à la santé de la recourante dès le 4 novembre 2013 était encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 6 septembre 2013.

k. Au vu des conclusions de l'expertise, l'atteinte à la santé de la recourante dès le 4 novembre 2013, est entièrement due aux conséquences de l'accident et pas à l'arthropathie dégénérative dont elle souffre qui n'est pas symptomatique, de sorte que l'on ne se trouve pas dans un cas d'application de l'art. 36 al. 1 LAA, qui traite des cas dans lesquels l'atteinte est partiellement due aux conséquences d'un accident.

10. Au vu des considérations qui précèdent, l'intimée ne pouvait refuser à la recourante les prestations de l'assurance-accidents à la suite de sa nouvelle incapacité de travail dès le 4 novembre 2013, en application de l'art. 6 al. 1 LAA.
11. Le recours sera donc admis, la décision de l'intimée du 2 mai 2014 annulée et il sera dit que l'intimée doit prendre en charge des prestations dues à la recourante au-delà du 4 novembre 2013.
12. La recourante, qui est représentée et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens qui sera fixée à CHF 4'000.- (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimée le 2 mai 2014.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge des prestations dues au recourant au-delà du 4 novembre 2013.
5. Condamne l'intimée à payer à la recourante le montant de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

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