

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4046/2013

ATAS/189/2015

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

**Arrêt du 11 mars 2015**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-SACONNEX,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Laurence  
CRUCHON

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1986, a été employée en tant qu'assistante administrative dès 2008 pour B\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur). A ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la Suva ou l'intimée).
2. Selon une déclaration de sinistre du 7 janvier 2013, l'assurée a subi un accident survenu le 4 janvier 2013 en Thaïlande. Elle était passagère d'un scooter qui avait été percuté par un scooter arrivant en sens inverse. Elle a souffert de multiples lésions à la main et à la jambe gauches, ainsi que d'un trauma crânien et d'une contusion thoracique. Les premiers soins ont été prodigués au Thai International Hospital.
3. Selon un rapport du Thai International Hospital du 4 janvier 2013, l'assurée présentait aux extrémités un œdème modéré, une sensibilité à la palpation et une limitation de la mobilité de la main gauche, ainsi que des blessures par abrasion sur la cuisse, la jambe et l'épaule gauches. Les diagnostics étaient ceux de multiples blessures par abrasion souillées et de fracture fermée de la partie proximale du 5<sup>ème</sup> métacarpien de la main gauche.
4. Selon une note d'entretien du 8 janvier 2013, l'assurée a indiqué à la Suva avoir été blessée à la main gauche et porter un plâtre. Elle avait également souffert d'écorchures et de contusions au niveau de la jambe gauche. Son état ne nécessitait plus d'hospitalisation et elle pourrait être rapatriée en fin de semaine.
5. Le 15 janvier 2013, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 4 janvier au 3 février 2013.
6. Un écho-doppler du membre inférieur gauche pratiqué le 16 janvier 2013 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a permis d'exclure une thrombose veineuse profonde.
7. La doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à des radiographies du genou et de la main gauches de l'assurée le 17 janvier 2013. Elle n'a pas constaté de lésion osseuse traumatique au genou. La radiographie de la main révélait un élargissement de l'espace scapho-lunaire pouvant être secondaire à une lésion ligamentaire et une fracture non déplacée avec aspect hétérogène de la base des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> métacarpiens, peut-être à composante intra-articulaire.
8. Le 1<sup>er</sup> février 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une IRM du genou de l'assurée. Il a conclu à une probable atteinte partielle du ligament latéral interne avec un important œdème périphérique dans sa portion proximale et à une contusion osseuse fémorale distale externe sans autre lésion associée.
9. Par courrier du 4 février 2013, la Suva a fixé le montant de l'indemnité journalière à CHF 148.40.

10. La Dresse C\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée au 3 avril 2013 par certificat du 4 février 2013.
11. Dans son rapport du 6 mars 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fracture de la base des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> métacarpiens, d'atteinte partielle du ligament latéral interne du genou gauche, de contusion osseuse fémorale distale externe, de contusion lombaire et d'état anxieux à la suite de l'accident. L'évolution était lente. Un avis orthopédique avait été demandé pour le genou et l'assurée suivait un traitement de physiothérapie. Il n'y avait pas lieu de s'attendre à un dommage permanent.
12. Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neuroradiologie, a réalisé une IRM lombaire le 6 mars 2013 et a conclu par rapport à l'examen du 26 mars 2009 à la stabilité d'un antérolisthésis de L5-S1 secondaire à une lyse isthmique bilatérale. Il n'y avait pas de nouvelle lésion.
13. L'assurée a consulté le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 7 mars 2013. Dans son rapport du même jour, ce médecin a relevé que le genou gauche restait empâté, avec une petite lame liquidienne, des douleurs essentiellement internes à la palpation des tissus mous et de l'insertion fémorale du ligament latéral interne. Il n'y avait pas de signe d'instabilité ligamentaire. L'IRM semblait confirmer un status après atteinte du ligament latéral interne, qui était encore très épaissi, et une contusion osseuse du condyle externe. Une immobilisation n'avait pas de sens. Le Dr H\_\_\_\_\_ préconisait un traitement des douleurs et une mobilisation. La symptomatologie douloureuse restait modérée et l'œdème ne concernait que le condyle externe, si bien qu'on ne pouvait parler d'algodystrophie.
14. La Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale du 4 avril au 3 mai 2013 par certificat du 27 mars 2013.
15. Le 10 avril 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution en dents de scie avec un épisode de type vaso-moteur associé à une peau lisse faisait penser à une algodystrophie, même si celle-ci n'était pas impressionnante. Il a proposé un traitement médicamenteux et la poursuite de la physiothérapie.
16. Interpelé par la Suva, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué le 29 avril 2013 qu'il avait constaté d'importants signes d'algodystrophie le 10 avril 2013. Le diagnostic était celui de lésion du ligament latéral interne, de contusion osseuse très importante du condyle externe et de probable algodystrophie secondaire. S'agissant de l'incapacité de travail, il y avait lieu de se référer à la Dresse C\_\_\_\_\_.
17. Le 1<sup>er</sup> mai 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dès le 4 mai 2013.
18. Dans son rapport du 22 mai 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics précédemment posés. L'évolution de la main révélait des douleurs résiduelles. Pour

le genou, l'évolution était lente avec le développement d'une algodystrophie associée à un œdème très douloureux.

19. Le 27 mai 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail de 50 %.
20. L'IRM du genou réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_ le 30 mai 2013 a mis en évidence une évolution nettement favorable avec la persistance résiduelle d'un très discret hypersignal T2 médullaire osseux du condyle fémoral externe et antérieur ainsi que d'une discrète tuméfaction et d'un hypersignal des fibres proximales du ligament latéral interne en voie de normalisation.
21. Dans son rapport du 31 mai 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution stagnait. Le genou était gonflé et chaud. Une nouvelle IRM avait été demandée. Les diagnostics étaient ceux de lésion du ligament latéral interne, de contusion osseuse du genou gauche et d'algodystrophie secondaire. La rééducation se poursuivait. Le Miacalcic® n'avait pas eu beaucoup d'effet et avait été cessé. L'incapacité de travail devait être vue avec la Dresse C\_\_\_\_\_. A la question « Raisons de la poursuite de l'incapacité de travail », le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué « *parce que c'est moi qui la suis et que si vous voulez vous en charger, il n'y a aucun problème* ».
22. Le 4 juin 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a signalé à la Dresse C\_\_\_\_\_ que la nouvelle IRM était tout à fait rassurante par rapport à l'IRM précédente. Les signes inflammatoires diminuaient sans signe d'autre lésion particulière. L'assurée pouvait ainsi être encouragée à augmenter progressivement l'exercice physique. Elle devait pouvoir reprendre le travail à temps complet en juillet.
23. La Suva a eu un entretien avec l'assurée en date du 27 juin 2013. Cette dernière a exposé que son travail consistait en des tâches administratives variées. Elle devait parfois livrer des plateaux de montres dans les étages inférieurs à l'aide d'un chariot. Elle travaillait aussi bien debout qu'assise. Le port de charges n'excédait pas deux à trois kg. S'agissant de sa main, l'évolution était bonne. Elle n'avait pas encore récupéré toute la force et les douleurs se manifestaient parfois lors de mouvements, peu au repos. S'agissant du genou, il gonflait progressivement durant la matinée depuis la reprise du travail. Elle boitait et avait subi plusieurs lâchages. Les douleurs étaient aléatoires. L'assurée se plaignait d'une limitation fonctionnelle de la jambe, elle ne pouvait ni la fléchir ni s'agenouiller. La montée et la descente des escaliers ainsi que les déplacements sur les terrains en pente étaient compliqués. S'agissant de la colonne lombaire, les douleurs étaient apparues début février 2013. Elle ressentait une lourdeur accompagnée de craquements sur le haut de la colonne. Elle ne suivait aucun traitement pour ce problème de dos.
24. Le 3 juillet 2013, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a indiqué qu'au vu des examens IRM rassurants et de l'activité exercée, on pouvait s'attendre à présent à une reprise d'activité à 75 % pour un mois et à 100 % ensuite. Des douleurs pouvaient persister au niveau du genou compte tenu du syndrome algodystrophique, seulement évoqué. Il a noté que les troubles lombaires étaient en relation de causalité au mieux

possible avec l'événement traumatique, puisqu'ils s'agissaient de troubles dégénératifs déjà investigués en 2009.

25. A la même date, la Dresse C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fracture de la base des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> métacarpiens compliquée d'une algodystrophie avec douleur et œdème et d'atteinte du ligament latéral interne et contusion osseuse fémorale distale externe compliquées par l'algodystrophie.
26. Par courrier du 8 juillet 2013, la Suva a annoncé à l'assurée qu'elle fixait la reprise du travail à 75 % au 15 juillet 2013 et à 100 % dès le 18 août 2013, conformément à l'appréciation de son médecin-conseil.
27. L'assurée a contesté l'appréciation de la Suva par courriel du 10 juillet 2013. Son genou enflait et lâchait et elle ressentait de grosses douleurs. Le nouveau traitement par Lyrica® induisait en outre des étourdissements, des troubles de la vision, un manque de concentration et des somnolences.
28. La Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dès le 26 juin 2013 par certificat du 1<sup>er</sup> juillet 2013.
29. Le 10 juillet 2013, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésie, a déclaré suivre l'assurée pour des douleurs chroniques. Il a contesté la position de la Suva et a demandé que l'avis des médecins traitants soit respecté. Il a déclaré « maintenir avec des arguments médicaux fondés que [l'assurée] présentait une incapacité de travail de 50 % » pour une durée indéterminée et a joint un certificat d'arrêt de travail.
30. Selon une note d'entretien téléphonique du 11 juillet 2013, la Suva a renoncé à exiger la reprise du travail dans l'attente d'un examen par le médecin d'arrondissement.
31. L'assurée a été examinée par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en date du 23 juillet 2013. Après avoir consulté les radiographies, ce spécialiste a résumé les pièces du dossier et rapporté les déclarations de l'assurée, qui se disait principalement dérangée par son genou gauche. Elle avait des sensations de lâchage aléatoires, des douleurs du côté interne et à l'avant du genou. Ces douleurs survenaient par lancées sans élément déclenchant et elles descendaient parfois dans la jambe. Elles s'atténuaient au repos. Elle avait des difficultés dans les escaliers. Quelques douleurs à la main persistaient, plutôt lors de sollicitations. L'assurée décrivait également des douleurs plus ou moins constantes dans le dos. Dans ses constatations, le médecin a indiqué que l'assurée avait un comportement particulier marqué par des hyperréactions et une collaboration parfois limitée, ce qui avait perturbé tant l'examen que le diagnostic. L'assurée marchait sans boiterie mais avait refusé de marcher sur la pointe des pieds et des talons. Il avait constaté un discret épaissement du genou gauche sans épanchement évident. L'examen était perturbé par une crispation et des manifestations d'opposition ne permettant pas une mesure fiable de l'amplitude articulaire. La palpation de l'interligne et du condyle internes était douloureuse, de même que la palpation sous-rotulienne. Il n'y

avait pas de tiroir antérieur ni de battement anormal. A l'issue de l'examen clinique, le Dr K\_\_\_\_\_ a noté que l'assurée avait manifesté de vives réactions lorsqu'avait été abordée la question de sa capacité de travail. Dans son appréciation, il a fait état d'un épaissement résiduel du périmètre du genou associé à une amyotrophie modérée de la cuisse et de la jambe, ainsi que de quelques signes irritatifs à la palpation du trajet du ligament latéral interne sans mise en évidence de laxité anormale. La fonction de la main gauche était bien rétablie. Au plan médical, l'assurée présentait un status après contusion osseuse avec probable entorse du ligament latéral interne en bonne voie de guérison selon l'IRM. La physiothérapie et le traitement médicamenteux devaient être poursuivis. Un suivi orthopédique était indiqué car le genou n'était pas complètement guéri. Des phénomènes anxieux, déjà signalés en mars 2012, se greffaient en outre sur le cas, ce que confirmait l'examen. Une évaluation psychologique était recommandée. Si l'on se fondait sur la seule atteinte somatique objective, une capacité de travail de 75 % telle qu'estimée par le Dr I\_\_\_\_\_ paraissait d'ores et déjà exigible, sans tenir compte des troubles vertébraux ou des troubles psychologiques. Les douleurs dorsales relevaient d'un état antérieur à l'accident, lequel n'avait occasionné aucune lésion vertébrale. A plus de 6 mois, l'accident ne déployait plus d'effet sur le plan vertébral. En revanche, les troubles du genou restaient en lien de causalité avec l'accident.

32. Par décision du 25 juillet 2013, la Suva a fixé la reprise du travail à 75 % dès le 31 juillet 2013 et à 100 % dès le 31 août 2013 en se référant à l'avis du Dr K\_\_\_\_\_.
33. L'assurée s'est opposée à la décision de la Suva le 23 août 2013. Relatant les difficultés rencontrées en raison de son genou, elle s'est référée à une échographie du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, qui contredisait selon elle le caractère rassurant de l'évolution du genou relevé par la Suva. Il y avait ainsi lieu d'annuler la décision non motivée et de reprendre l'instruction du dossier.

Elle a joint un rapport d'échographie du 16 août 2013 du Dr L\_\_\_\_\_. Ce médecin a notamment relevé que les tendons quadricipital et rotulien étaient intacts, que les bourses prérotuliennes étaient calmes, le ligament collatéral interne respecté et les ménisques interne et externe en parfaite position. L'examen du compartiment interne réveillait des douleurs relativement vives à l'examen du nerf saphène interne. Les douleurs pouvaient être prolongées sur tout le trajet du nerf jusqu'au pli inguinal, dans lequel s'engageait une hernie crurale. Le radiologue a conclu aux séquelles d'une tuméfaction de la conjonction supéro-externe de l'appareil extenseur du genou gauche, à une hypersensibilité du nerf saphène interne, à une hernie crurale gauche intermittente s'engageant lors des poussées abdominales et à un conflit irritatif au détriment des tendons du compartiment du poplité interne.

34. Par certificats des 15 et 27 juillet 2013, le Dr J\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 50 % du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2013.

35. Le 4 septembre 2013, le Dr J\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail à 50 % jusqu'au 30 septembre 2013.
36. Le 31 octobre 2013, l'assurée a complété son opposition, alléguant qu'une scintigraphie avait été réalisée et que ses résultats étaient compatibles avec une algodystrophie. Ses symptômes persistaient et les lâchages augmentaient. L'assurée contestait avoir présenté un état anxieux avant l'accident. Elle a également nié avoir eu une attitude oppositionnelle avec le Dr K\_\_\_\_\_, et a souligné qu'elle avait spontanément décidé d'augmenter son temps de travail à 70 % dès le 2 octobre 2013. Elle sollicitait notamment la mise en œuvre d'une expertise pour diagnostiquer l'algodystrophie.

L'assurée a produit un rapport de scintigraphie osseuse du 23 septembre 2013, réalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), aux termes duquel il n'y avait pas d'image scintigraphique typique d'une algodystrophie du membre inférieur gauche. On remarquait néanmoins une asymétrie modérée du remodelage osseux au niveau des genoux au profit du côté gauche, sans hyperactivité au temps précoce, qui pourrait être compatible avec une algodystrophie localisée de ce genou compte tenu du délai après le traumatisme.

37. La doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un certificat d'arrêt de travail à 50 % du 1<sup>er</sup> septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2013 et à 30 % dès le 2 octobre 2013 par certificat du 1<sup>er</sup> octobre 2013.
38. Le 16 octobre 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'un arrêt de travail de 30 % dès le 20 octobre 2013.
39. Le 4 novembre 2013, le Dr J\_\_\_\_\_ a établi un certificat d'arrêt de travail à 30 % du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2013.
40. Le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, s'est déterminé le 7 novembre 2013. Après avoir brièvement résumé le dossier de l'assurée, il a relevé que la hernie crurale mise en évidence par les derniers examens était une pathologie médicale sans lien de causalité avec l'accident. Il n'y avait ni rupture tendineuse ni épanchement intra-articulaire du genou gauche. Les résultats de l'échographie et de la scintigraphie osseuse paraissaient compatibles avec l'activité de bureau décrite par l'assurée lors de l'entretien du 27 juin 2013. Un traitement médical et un suivi étaient justifiés. Le courrier du Dr J\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2013 mentionnait des douleurs chroniques sans préciser si elles étaient la conséquence des troubles vertébraux, de la hernie crurale ou de l'accident. Il s'est rallié aux avis des Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ s'agissant des délais de reprise du travail en précisant qu'il ne se prononçait pas sur une éventuelle incapacité en raison d'une maladie.
41. La Suva a écarté l'opposition par décision du 13 novembre 2013. Elle s'est référée aux avis de ses médecins d'arrondissement et a soutenu que l'incapacité de travail attestée par la Dresse C\_\_\_\_\_ ne résistait pas à ces appréciations, émises en toute connaissance de cause. La Dresse C\_\_\_\_\_ ne précisait pas ses conclusions et ne

---

distinguait pas entre les séquelles de l'accident et la maladie. Le Dr J \_\_\_\_\_ n'avait pas non plus précisé l'étiologie des douleurs chroniques de l'assurée. Le Dr H \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs préconisé une reprise du travail dès juillet 2013. La Suva continuerait à prendre en charge le suivi et le traitement médicaux nécessaires pour les séquelles de l'accident.

42. Le 2 décembre 2013, la Dresse C \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 30 % du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2013.
43. L'assurée a interjeté recours contre la décision de la Suva par écriture du 16 décembre 2013. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à l'audition des Drs C \_\_\_\_\_, J \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, et au fond à l'annulation de la décision et au versement des prestations d'accident à 50 % du 1<sup>er</sup> août au 30 septembre 2013 et à 30 % jusqu'au rétablissement complet de sa capacité de travail. La recourante a allégué que la problématique liée à son accident n'était pas encore stabilisée et que les douleurs persistaient. Son incapacité de travail était exclusivement imputable à l'atteinte de son genou.
44. La recourante a complété son recours le 28 janvier 2014 en persistant dans ses conclusions. Elle a précisé qu'elle n'avait pas subi de nouvel examen médical depuis son recours. Elle a produit un courrier du 20 décembre 2013 de la Dresse C \_\_\_\_\_, qui indiquait que les arrêts de travail qu'elle avait établis étaient consécutifs à l'accident et à ses complications à la main et au genou gauches. Il n'y avait aucun lien avec des problèmes de dos et la recourante n'était pas traitée pour un problème d'anxiété limitant sa capacité de travail.
45. Dans sa réponse du 19 mars 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a allégué que sa décision reposait sur une instruction poussée du dossier médical. Elle a répété que les avis de ses médecins-conseils prévalaient sur l'appréciation de la Dresse C \_\_\_\_\_, qui ne motivait pas davantage ses conclusions dans son courrier du 20 décembre 2013. L'intimée a contesté que les rapports de Drs H \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ puissent être considérées comme des prises de position motivées. Il n'existait ainsi aucun élément permettant de remettre en cause les avis circonstanciés des Drs I \_\_\_\_\_, K \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_. La recourante se limitait à alléguer que ses douleurs étaient consécutives à l'accident de la circulation. Un tel raisonnement ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. L'audition des médecins traitants était de plus inutile car le dossier était complet.
46. Par duplique du 15 avril 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions en sollicitant également l'audition de ses nouveaux médecins, les docteurs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_, ou à l'octroi d'un délai pour produire des attestations de ces praticiens. Elle a également sollicité la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et neurologique. La recourante a indiqué que son incapacité de travail de 30 % persistait mais que l'évolution était positive car les lâchages étaient moins fréquents

et l'amplitude de l'articulation s'améliorait. Les douleurs subsistaient cependant. Elle avait consulté une neurologue et avait rendez-vous avec un spécialiste en anesthésiologie. La recourante a souligné que le seul médecin qui l'avait examinée était le Dr K\_\_\_\_\_. Elle a affirmé que les certificats de ses médecins traitants n'étaient pas en lien avec les troubles vertébraux ou des phénomènes anxieux. Les avis des médecins d'arrondissement n'étaient pas prépondérants par rapport à ceux des médecins traitants dont les rapports avaient objectivé les atteintes de la recourante. L'audition de ces médecins était ainsi impérative.

47. La Chambre de céans a entendu les parties le 21 mai 2014.

La recourante a affirmé que la décision de l'intimée était prématurée en raison du diagnostic tardif de l'algodystrophie. Elle a décrit ses activités en indiquant travailler aussi bien assise que debout. Son employeur avait tenté d'aménager son poste afin qu'elle doive moins marcher. Pour descendre les pièces, il y avait un ascenseur mais elle devait aussi marcher. Elle avait des douleurs, des gonflements et des lâchages.

Elle a produit les pièces suivantes :

- a. rapport du 4 mai 2014 de la doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, dans lequel cette spécialiste s'est dite frappée par la persistance d'une tuméfaction de la face interne du genou gauche avec une discrète chaleur locale, la scintigraphie permettant de retenir le diagnostic de probable *complex regional pain syndrome* (CRPS) II. La neurologue avait encouragé la recourante à poursuivre l'activité physique, modifié son traitement médicamenteux et discuté d'un traitement par auto-hypnose et d'une thérapie neurale ;
- b. rapport de consultation adressé à la Dresse C\_\_\_\_\_ par la doctoresse R\_\_\_\_\_, relevant notamment une sévère amyotrophie quadricipitale ;
- c. cinq certificats attestant d'une incapacité de travail à 30 % du 1<sup>er</sup> janvier 2014, se poursuivant au 1<sup>er</sup> mai 2014, établis par la Dresse C\_\_\_\_\_.

48. Le Dr N\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les nouveaux éléments médicaux le 4 juillet 2014. Il a précisé qu'il s'était entretenu avec les Dresses Q\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ afin que l'avis d'un chirurgien viscéral soit recueilli s'agissant de la hernie crurale. Dans son appréciation, il a noté que le Dr L\_\_\_\_\_ avait constaté des douleurs vives à l'examen du nerf saphène, à l'endroit où se logeait la hernie crurale, qui pouvait irriter ce nerf. La symptomatologie du genou était de type allodymique, soit une réaction neurologique d'hypersensibilité. Ceci pouvait s'expliquer par l'irritation du nerf par la hernie. Il était donc probable que la symptomatologie soit d'origine malade. Il ne modifiait pas son appréciation précédente.

49. Par écriture du 18 juillet 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle s'est référée au rapport du Dr L\_\_\_\_\_, qui avait indiqué que les ligaments étaient intacts, bien en place et réguliers et que les ménisques interne et externe étaient en

parfaite position. La conclusion du Dr N\_\_\_\_\_ était ainsi parfaitement conforme aux éléments médicaux du dossier.

50. Dans ses observations du 7 août 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a contesté que ses douleurs soient liées à une pathologie malade. Elle a affirmé que le Dr L\_\_\_\_\_ lui avait indiqué qu'il était possible que la hernie crurale soit apparue à la suite du choc de l'accident. Il ne s'agissait dès lors pas d'une maladie. La recourante a affirmé que l'intimée en tirait un nouvel argument pour contester sa prise en charge, alors qu'elle n'avait jamais évalué ce problème jusqu'ici, ce qui était contraire aux règles de la bonne foi. La recourante a précisé qu'elle avait demandé à son employeur de reprendre son activité à 80 % dès le 1<sup>er</sup> août 2014 alors que son articulation n'était toujours pas fonctionnelle, ce qui démontrait sa bonne volonté. Elle regrettait que le médecin d'arrondissement ne se prononce pas sur l'algodystrophie.
51. Le 26 septembre 2014, la recourante a transmis à la Chambre de céans l'avis du docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie. Elle a précisé qu'elle persistait dans ses conclusions.
- Dans le rapport joint du 3 septembre 2014, le Dr S\_\_\_\_\_ a indiqué que son examen clinique, très pauvre et rarement positif chez une femme, ne confirmait pas la présence d'une hernie crurale. Après discussion avec la recourante, au vu de la clarté de la symptomatologie de l'affection du genou et du dos, il ne retenait pas que la hernie fût responsable des douleurs chroniques. Il ne proposait pas de solution chirurgicale, la hernie étant asymptomatique.
52. Le 13 octobre 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a souligné que le Dr S\_\_\_\_\_ ne contestait pas les résultats de l'échographie et de la scintigraphie osseuse partielle.
53. La Chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante le 14 octobre 2014.
54. A la même date, la Chambre de céans a informé les parties que la cause était 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 de la loi sur l'assurance-accidents (LAA – RS 832.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2013 et de 30 % depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013.
5. 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).

6. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1<sup>ère</sup> phrase LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit

s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

7. 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 LPG), 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

---

d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

8. Il convient en premier lieu d'examiner si les rapports sur lesquels se fonde l'intimée répondent aux exigences dégagées par la jurisprudence.

L'avis du Dr K\_\_\_\_\_ a été établi en parfaite connaissance du dossier médical de la recourante, dont ce spécialiste a rapporté les plaintes. Il se fonde également sur un examen clinique aussi détaillé que le permettaient les réactions allodymiques de la recourante, ainsi que sur l'étude de l'imagerie médicale. Le Dr K\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic précis et ses conclusions quant à la capacité de travail, confirmant celles du Dr I\_\_\_\_\_ aux termes desquelles la recourante pouvait reprendre le travail à 75 % puis à 100 %, sont claires. Elles correspondent d'ailleurs au pronostic émis par le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 juin 2013 au vu du caractère rassurant de la deuxième IRM du genou réalisée.

Il n'y a d'ailleurs aucun élément permettant de remettre en cause ces conclusions selon lesquelles la recourante était médicalement apte à reprendre son activité à plein temps dès le 1<sup>er</sup> août 2013. On notera en premier lieu que la recourante exerce une activité administrative, dont on peut supposer qu'elle est essentiellement sédentaire même si elle comprend certaines activités debout. La recourante a du reste indiqué que son employeur avait aménagé son poste de manière à diminuer les déplacements lors de son audition du 21 mai 2014. Par ailleurs, les activités pour lesquelles la recourante a signalé des difficultés lors de son entretien du 27 juin 2013 étaient la montée et la descente des escaliers ainsi que les déplacements sur des terrains en pente. L'immeuble dans lequel elle travaille étant doté d'un ascenseur selon ses déclarations, on peut admettre qu'elle ne se trouve pas confrontée à de telles situations dans sa vie professionnelle. On notera par ailleurs que les médecins traitants ayant attesté d'une incapacité de travail durant la période litigieuse n'ont défini aucune limitation fonctionnelle. Enfin, le Dr H\_\_\_\_\_ préconisait en mars 2013 déjà la mobilisation. Partant, on doit admettre que l'atteinte du genou de la recourante n'est pas incompatible avec une activité légère telle que celle d'assistante administrative. Dans ces conditions, les douleurs invoquées par la recourante – dont les médecins d'arrondissement ne contestent pas qu'elles persistent dans une certaine mesure – ne suffisent pas à justifier la prolongation de l'incapacité de travail. En effet, si le droit aux indemnités journalières peut rester ouvert jusqu'à la stabilisation de l'état de santé, non acquise en l'occurrence, cela n'empêche pas l'assureur de mettre un terme à leur versement avant la guérison complète lorsque le décours de l'atteinte n'empêche pas la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Contrairement à ce que semble affirmer le mandataire de l'intimée dans son écriture du 19 mars 2014, l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du genou et l'accident n'était pas contestée par le Dr

---

K\_\_\_\_\_, mais elle ne suffit pas à fonder un droit aux prestations en l'espèce au vu de la nature de l'atteinte et de l'activité exercée. Enfin, la recourante a augmenté de sa propre initiative son taux d'activité à 70 % dans un premier temps puis à 80 %, sans problème ou aggravation apparents, ce qui tend également à corroborer les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ et relativise la portée des arrêts de travail établis par ses médecins traitants.

Quant aux rapports de ces derniers, ils ne suffisent pas à remettre en cause les appréciations des médecins d'arrondissement de l'intimée dès lors que du point de vue formel, ils ne comprennent pas tous les éléments permettant de reconnaître une pleine valeur probante à un rapport médical. S'agissant en particulier du Dr J\_\_\_\_\_, il a certes évoqué dans son rapport du 10 juillet 2013 « des arguments médicaux fondés » à l'appui de la prolongation de l'incapacité de travail de la recourante, sans toutefois exposer quels étaient ces arguments. Quant aux certificats que ce médecin a établis par la suite, ils ne sont aucunement motivés. Tel est également le cas des certificats d'incapacité de travail de la Dresse C\_\_\_\_\_. La neurologue consultée par la recourante ne s'est quant à elle pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante, qu'elle a cependant encouragée à poursuivre l'activité physique dans son rapport du 4 mai 2014. Le Dr S\_\_\_\_\_ ne s'est déterminé que sur la hernie crurale et non sur l'atteinte du genou et la capacité de travail de la recourante.

Les arguments de la recourante ne conduisent pas non plus à une autre appréciation. En premier lieu, contrairement à ce qu'elle affirme, il ne ressort pas de l'échographie du Dr L\_\_\_\_\_ que l'évolution de son genou ne serait pas rassurante. La persistance de douleur, que l'intimée ne nie pas, n'est comme on l'a vu pas suffisante pour reconnaître une incapacité de travail. Partant, la survenance d'une algodystrophie, qui pourrait expliquer certains symptômes de la recourante, n'a pas non plus une portée décisive sur l'issue du présent litige.

La recourante a conclu à la mise en œuvre de plusieurs mesures d'instruction, telles que l'audition de nombreux médecins, la mise en œuvre d'une expertise neurologique et orthopédique et d'une expertise pour mettre en évidence une algodystrophie. Si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, dès lors que les arguments des médecins traitants ne suffisent pas à nier la valeur probante du rapport du Dr K\_\_\_\_\_, une expertise

bidisciplinaire s'avère inutile. Quant à l'expertise destinée à prouver une algodystrophie, elle n'est pas non plus nécessaire puisque l'existence de cette atteinte n'est pas exclue par les médecins d'arrondissement mais n'empêche pas l'exercice d'une activité adaptée selon leur appréciation. Enfin, l'audition des médecins est requise par la recourante au motif que ces derniers ont objectivé ses atteintes. Or, ces atteintes ont également été prises en compte par les médecins-conseils de l'intimée, si bien qu'il est superfétatoire de les entendre.

9. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée doit être confirmée.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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