

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/569/2018

ATAS/830/2018

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

**Arrêt du 25 septembre 2018**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par Swiss Claims Network          **recourante**

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1 LUCERNE          **intimée**

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs**

---



**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1979, originaire du Sénégal, de nationalité française, est titulaire d'un baccalauréat et d'un brevet de technicien supérieur en Hôtellerie-Restauration. Elle a suivi plusieurs formations, notamment de responsable de cuisine, de réceptionniste polyvalente et de gestionnaire d'unité hôtelière, et a acquis de nombreuses expériences professionnelles. Elle s'est établie à Genève en 2011 et a été engagée par B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) en qualité d'employée domestique et cuisinière à temps complet dès le 21 mars 2011. À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 24 avril 2013, l'assurée a été victime d'un accident professionnel. Selon la déclaration d'accident du 24 mai 2013, un siphon a explosé dans sa main droite alors qu'elle préparait une mousse aux fruits. L'ustensile lui a échappé de la main et s'est brisé dans la porte d'un four. Elle a présenté des contusions aux doigts de la main droite. Les premiers soins ont été prodigués à la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet le 7 mai 2013 et l'assurée a été en incapacité totale de travail du 7 au 13 mai 2013. La SUVA a pris en charge les suites du sinistre.
3. L'assurée a consulté le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel lui a dispensé un traitement entre le 23 mai et le 16 juin 2014 (cf. justificatif de remboursement, pièce 20 de la SUVA).
4. Par rapport du 11 juin 2014, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué au Dr C\_\_\_\_\_ qu'il avait reçu l'assurée la veille pour un bilan par électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) en raison de douleurs des membres supérieurs prédominant à droite avec une suspicion de syndrome du tunnel carpien. À l'anamnèse, il a noté que l'assurée se plaignait de douleurs du membre supérieur droit, touchant surtout le 4<sup>ème</sup> doigt au niveau de la main, mais également le pouce et la face interne du poignet, le coude et parfois l'ensemble du membre supérieur, accompagnées d'épisodes d'engourdissements et de fourmillements de l'ensemble de la main et des doigts le matin au réveil, pouvant parfois la réveiller la nuit avec une impression de fatigue de l'ensemble du bras, une perte de force et de multiples lâchages d'objets. Au niveau du membre supérieur gauche, l'assurée décrivait également quelques douleurs au coude et au poignet, exacerbées par le changement de temps, mais beaucoup moins intenses qu'à droite et sans fourmillement, engourdissement, perte de force ou lâchage associé. Le status neurologique était rassurant, tout comme l'ENMG des membres supérieurs qui ne révélait pas d'anomalie. Il n'avait aucune explication neurologique concernant les douleurs présentées par l'assurée.
5. Du 23 juillet au 11 août 2014, l'assurée a été en incapacité totale de travail, attestée par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin praticien.

6. Le 10 octobre 2014, l'assurée a subi une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du poignet droit. Dans son rapport y relatif du 14 octobre 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, radiologue FMH, a conclu à une ostéonécrose du pôle proximal de l'os scaphoïde avec un remaniement osseux, très probablement post-traumatique, sans trait de fracture visualisée, ainsi qu'à une suspicion d'une atteinte partielle du ligament scapho-lunaire sans signe de diastasis significatif.
7. Le 21 octobre 2014, une arthro-IRM du poignet droit a été effectuée. Selon le rapport établi le jour même par le docteur G\_\_\_\_\_, médecin radiologue, cet examen a mis en évidence une rupture de la portion ventrale du ligament scapho-lunaire et une fissuration transfixiante occupant la moitié proximale du faisceau dorsal du même ligament, une rupture des fibres fovéolaires et de la majeure partie des fibres à destination styloïdienne du ligament triangulaire du carpe.
8. En date du 9 décembre 2014, l'employeur a annoncé une rechute de l'accident du 24 avril 2013.
9. Par rapport du 19 décembre 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin FMH spécialiste en chirurgie de la main, a fait état de douleurs post-traumatiques invalidantes du poignet droit en extension en lien avec l'accident du 24 avril 2013. Il avait été consulté par l'assurée le 24 octobre 2014, date depuis laquelle l'incapacité de travail était totale.
10. Dans un rapport du 16 janvier 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA que l'assurée avait continué, depuis l'événement du 24 avril 2013, à avoir des douleurs au poignet droit qu'elle avait traitées par physiothérapie et immobilisation. Ledit traitement et une infiltration n'avaient pas eu de succès. Un dommage permanent sous la forme d'une arthropathie pouvait être attendu. L'incapacité de travail était totale.
11. Suite à une IRM du poignet droit réalisée le 19 janvier 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu, dans son rapport établi le jour même, à la persistance d'un hyposignal T1 du pôle proximal de l'os scaphoïde superposable à l'IRM comparative du 10 octobre 2014. Toutefois, compte tenu de l'évolution, on ne pouvait pas parler de manière simple, non équivoque et définitive, d'une ostéonécrose. Un nouveau contrôle était indispensable.
12. Le 19 janvier 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a également procédé à des radiographies du poignet « gauche » (recte : droit). Le compte-rendu y relatif, daté du même jour, fait état d'un aspect en flexion de l'os scaphoïde pouvant être mis en rapport avec les lésions déjà connues du ligament scapho-lunaire.
13. Par rapport du 29 janvier 2015, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, a exposé que la scintigraphie osseuse réalisée le jour même avait permis de conclure à une hyperhémie et à une hyperfixation intense et focale du pôle proximal de l'os scaphoïde droit associée à une densification de l'os spongieux et à la présence de remaniements géodiques millimétriques. L'ensemble était compatible avec une ostéonécrose aseptique du pôle proximal du scaphoïde.

14. Le 16 février 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en raison d'intenses douleurs au poignet depuis l'accident du 24 avril 2013.
15. En date du 16 février 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a signalé à la SUVA une péjoration clinique sous traitement conservateur. Il a diagnostiqué une ostéonécrose du scaphoïde à droite de stade 1-2 et indiqué que le traitement actuel consistait en une immobilisation. Une greffe vascularisée était proposée.
16. Dans un rapport adressé le 3 mars 2015 au médecin-conseil de la SUVA, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a expliqué que l'assurée l'avait spontanément consulté le 2 mars 2015. La douleur à prédominance radiale ressentie au moment du sinistre avait eu tendance à augmenter dans les semaines, puis les mois ayant suivi l'événement traumatique. Selon les éléments cliniques et les examens complémentaires à sa disposition, il s'agissait d'un status deux ans après un traumatisme de mécanisme indéterminé du poignet droit, avec actuellement un aspect compatible avec une maladie de Preiser de stade 2, soit une ostéo-condensation du pôle proximal de type 2. Un tel aspect pouvait également être trouvé après une fracture consolidée du scaphoïde, ce qu'il ne pouvait exclure en l'absence d'éléments diagnostiques antérieurs au mois d'octobre 2014. Il n'y avait actuellement aucun signe d'arthrose secondaire ni de fragmentation osseuse et l'ostéo-condensation était modérée, ce qui parlait plutôt en faveur d'un pronostic favorable. Il estimait que la lésion scapho-lunaire ne justifiait ni investigations complémentaires ni traitement spécifique, le principal stabilisateur étant intact. Il ne voyait pas d'objection à une reprise progressive de l'activité de cuisinière et un premier bilan serait effectué le 25 mars 2015.
17. Le 9 mars 2015, l'assurée s'est entretenue avec un collaborateur de la SUVA. Elle a précisé les circonstances de l'accident du 24 avril 2013, déclarant qu'elle avait essayé par réflexe de rattraper le siphon qui avait explosé et qu'elle avait alors percuté, avec sa main et son poignet, une étagère où se trouvait un four à vapeur avec une porte en verre. Le siphon s'était retrouvé dans le four et elle avait reçu des morceaux de verre sur tout le bras droit. Elle avait présenté des douleurs surtout au dos de la main, au pouce et à la base du poignet. Elle n'avait pas voulu se rendre aux urgences et avait acheté un bandage et des anti-inflammatoires en pharmacie. Elle avait pris des antidouleurs et appliqué de la pommade pendant une semaine. Le 29 avril 2013, elle avait repris son travail, mais avait eu d'intenses douleurs. Elle avait alors consulté un ostéopathe qui l'avait manipulée. Les douleurs persistant, elle s'était rendue à la Permanence de Chantepoulet où une radiographie avait été réalisée. Elle avait bénéficié d'un traitement médicamenteux, d'une attelle et de séances de physiothérapie. Elle avait été en incapacité de travail du 7 au 14 mai 2013. Elle ne voulait pas arrêter de travailler, car elle soutenait sa famille au Sénégal et craignait de perdre son emploi. Elle avait tenu comme elle pouvait jusqu'en juillet 2014, puis avait été en arrêt de travail du 25 juillet au 11 août 2014. En août 2014, elle avait moins souffert, car elle avait eu moins de travail, ses

---

patrons étant en vacances. Mais à la reprise, les douleurs étaient revenues. Elle avait bénéficié d'une infiltration de cortisone en novembre 2014.

18. En date du 12 mars 2015, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin auprès de la SUVA, a considéré que l'atteinte présentée par l'assurée était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 24 avril 2013 et que les troubles actuels étaient d'origine post traumatique.
19. Par courrier du 23 mars 2015, la SUVA a informé l'assurée qu'il acceptait de prendre en charge les suites de l'accident assuré.
20. Le 25 mars 2015, l'assurée a tenté une reprise de travail à 50%, mais un nouvel arrêt complet de travail a été signé dès le 26 mars 2015.
21. Par rapport envoyé à l'OAI le 30 mars 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une probable nécrose aseptique du scaphoïde droit, dont l'évolution était difficile à prévoir. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité de cuisinière et de 50% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015 dans une activité adaptée, sans port de charges de plus de 5 kg et sans mouvements répétitifs du poignet droit. L'assurée devait porter une attelle au poignet droit et sa capacité de résistance était limitée en raison des douleurs.
22. Le 31 mars 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a adressé l'assurée à la Consultation de la douleur des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG). Il a indiqué qu'il suivait l'intéressée depuis un mois pour une probable nécrose aseptique proximale du scaphoïde au poignet droit au décours, entraînant un syndrome douloureux chronique qu'il s'expliquait mal et sur lequel il souhaitait obtenir l'avis des spécialistes des HUG.
23. Dans un rapport non daté, enregistré par l'OAI le 8 avril 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une ostéonécrose du pôle proximal de l'os scaphoïde avec un remaniement osseux du poignet droit, une suspicion d'une atteinte partielle du ligament scapho-lunaire et un syndrome douloureux au membre supérieur droit. Depuis l'accident de 2013, l'assurée avait continué à exercer son travail de cuisinière malgré les douleurs persistantes du poignet droit. Les traitements conservateurs de physiothérapie, d'immobilisation, ainsi que les antalgiques et médicaments n'avaient pas apporté de succès. L'état du poignet droit s'était dégradé en terme de mobilité avec des blocages occasionnels, pouvant même survenir lors de la conduite automobile. Il avait constaté un poignet droit douloureux à la mobilisation et une irradiation des douleurs du poignet au membre supérieur droit et au cou. L'assurée suivait actuellement des séances d'ergothérapie. L'incapacité de travail était totale et les limitations fonctionnelles comprenaient l'utilisation du membre supérieur et le port de charges.
24. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin auprès de l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques aux HUG, a diagnostiqué un

syndrome douloureux de l'hémicorps droit d'origine indéterminée et une maladie de Preiser.

25. Du 1<sup>er</sup> juin au 30 août 2015, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure d'orientation en prenant en charge une mesure Prima à l'œuvre suisse d'entraide ouvrière, mesure destinée à définir ou préciser un projet professionnel et des objectifs clairs, travailler sur une stratégie de retour à l'emploi (cf. communication de l'OAI du 3 juin 2015).
26. Par rapport du 22 juin 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux de l'hémicorps droit d'origine indéterminée avec une maladie de Preiser, de rupture de portion ventrale du ligament scapho-lunaire et de rupture du ligament triangulaire lésion de type 1b, ainsi que le diagnostic de suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs. Les radiographies de l'épaule avaient montré une ascension de la tête humérale avec un espace sous-acromial estimé à 6 mm et un éperon acromial assez marqué. Une adaptation du traitement antalgique et une éducation d'autohypnose étaient préconisées. En outre, une évaluation psychiatrique était sollicitée compte tenu de la souffrance liée à l'absence d'évolution avec un arrêt de travail prolongé.
27. Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 30 juin 2015 a mis en exergue une lame de liquide dans la bourse sous acromio-deltaïdienne, sans signe d'atteinte de la coiffe des rotateurs.
28. Dans un rapport du 3 juillet 2015, la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecin adjoint au centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur aux HUG, et la doctoresse N\_\_\_\_\_, médecin adjoint audit centre et psychiatre de liaison, ont diagnostiqué, suite aux consultations des 1<sup>er</sup> juin, 16 juin et 1<sup>er</sup> juillet 2015, des douleurs chroniques du poignet droit sur une nécrose du scaphoïde et une lésion partielle du ligament scapho-ulnaire, des omalgies droites et un status post traumatique mécanique au travail en « mai 2012 » (recte : avril 2013). À l'anamnèse, elles ont relevé que l'assurée avait immédiatement ressenti des douleurs lors de l'accident de 2013, mais qu'elle avait terminé son service. Elle avait tenté de traiter elle-même les maux et consulté un ostéopathe. Devant l'aggravation des douleurs, elle s'était présentée en urgence à la Permanence de Chantepoulet, où le port d'une attelle et des anti-inflammatoires non stéroïdiens lui avaient été prescrits. Après une semaine, elle avait repris le travail en dépit des douleurs qui l'empêchaient parfois de dormir. Elle avait consulté un premier chirurgien qui avait suspecté une tendinite, puis son médecin traitant avait demandé une IRM en octobre 2014. Les divers chirurgiens consultés par la suite avaient tous proposé le port d'une attelle, des séances d'ergothérapie et un arrêt de travail d'au moins trois mois, mais l'assurée avait poursuivi son activité professionnelle. Suite à l'infiltration faite par le Dr H\_\_\_\_\_ en décembre 2014, l'assurée décrivait une amélioration des douleurs à la base du pouce, mais les douleurs persistantes du poignet irradiaient dans la main et tout le membre supérieur droit, ainsi que dans la nuque à droite. Ces douleurs, dont l'intensité

pouvait atteindre 10/10, torturantes, nauséuses et déprimantes, étaient aggravées par les changements de temps, le froid et tout effort du membre supérieur droit. L'assurée les décrivait comme des décharges électriques surtout au niveau de la pulpe des doigts, une sensation d'étirement, de froid-glacé ou de brûlure dans le bras. Le chaud local, la position debout ou assise le bras pendant le long du corps ou en élévation et le port de l'attelle soulageaient partiellement les douleurs. Les activités de la vie quotidienne en étaient très limitées. Le traitement actuel consistait en la prise de médicaments et l'application de patchs. Les résultats à différents tests étaient compatibles avec un épisode anxio-dépressif et montraient une diminution globale de tous les aspects de la qualité de vie. L'anamnèse et le status évoquaient la présence de douleurs ostéoarticulaires chroniques du poignet droit avec une diffusion secondaire dans tout le bras droit et la nuque, probablement liée à une sensibilisation centrale. Une bursite sous acromio-deltoïdienne droite était responsable des omalgies et un rendez-vous auprès des chirurgiens de l'épaule était prévu. Par ailleurs, compte tenu de l'épuisement psychique de l'assurée face à la persistance des douleurs et aux limitations fonctionnelles, il avait été convenu qu'elle contacte un psychiatre.

29. Dans un rapport du 27 juillet 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de syndrome douloureux de l'hémicorps droit d'origine indéterminée et de maladie de Preiser, et signalé que l'évolution était mauvaise et le pronostic réservé.
30. Le 10 août 2015, une IRM de réévaluation du poignet droit a été réalisée. Le docteur O\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique au service de radiologie des HUG, a constaté une stabilité radiologique.
31. Dans un rapport du 26 août 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une maladie de Preiser et des signes de névralgies brachiales. S'agissant du pronostic, il a fait état d'une résolution spontanée versus collapse carpale entraînant une évolution très longue.
32. Le 17 septembre 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a relaté que les douleurs de sa patiente étaient inchangées au niveau du poignet droit et qu'une nécrose aseptique du scaphoïde pouvait être attendue.
33. Par rapport du 24 septembre 2015, la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive depuis 2015, et fait état de difficultés liées à l'emploi et à la période d'attente pour des investigations et un traitement. Elle avait été consultée à six reprises depuis le mois de juillet 2015. Les problèmes de la main droite, avec une limitation de la fonction et des douleurs invalidantes compromettant les possibilités d'exercer son métier, étaient au premier plan. Le traitement prévu consistait en une prise en charge psychiatrique et psychothérapique intégrée.
34. Du 11 septembre 2015 au 11 septembre 2016, l'OAI a accordé à l'assurée un reclassement professionnel dans les domaines des relations publiques et de

l'événementiel auprès de l'école Tunon, ainsi qu'un cours intensif d'anglais (cf. communication de l'OAI du 25 septembre 2015).

35. Dans un rapport du 9 octobre 2015, la doctoresse Q\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service d'anesthésiologie et consultation hypnose des HUG, a mentionné que l'assurée souffrait de douleurs chroniques du poignet droit qui avaient secondairement diffusé dans tout le bras et la nuque suite à une sensibilisation centrale. Une bursite sous-acromio-deltôidienne était responsable d'omalgies droites surajoutées. La douleur persistait malgré un traitement médicamenteux, des séances de physiothérapie et d'électrostimulation transcutanée. L'assurée bénéficiait d'un soutien psychothérapeutique et d'un apprentissage d'autohypnose, car les douleurs affectaient son sommeil, sa qualité de vie et son travail.
36. Le 13 octobre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, avec la persistance des omalgies droites et des douleurs chroniques du poignet droit. L'assurée était dans l'attente d'une intervention chirurgicale.
37. Le 21 octobre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a également écrit à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stationnaire.
38. Par rapport du 3 novembre 2015, la Dresse M\_\_\_\_\_ a relaté que l'assurée indiquait se sentir mieux mentalement depuis qu'elle avait entrepris une reconversion professionnelle et consulté une psychiatre. Elle parvenait à mieux gérer les douleurs, même si ces dernières entraînaient encore des réveils nocturnes. Une infiltration au niveau de l'épaule n'avait pas vraiment été efficace et elle poursuivait de la physiothérapie une fois par semaine. Si les douleurs au membre supérieur droit étaient en légère amélioration, des douleurs anciennes au niveau de la fesse droite, irradiant dans la face externe de la cuisse droite, étaient réapparues et venues au premier plan. L'assurée les associait au fait qu'elle suivait quotidiennement des cours en position assise.
39. Dans un rapport du 17 novembre 2015, la Dresse P\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) depuis 2015, d'apparition sans doute progressive suite à l'évolution de l'état de santé et l'aptitude au travail après l'accident à la main en 2013. La dernière consultation remontait au 24 septembre 2015, sans suivi psychiatrique d'office, la priorité étant donnée à la formation et au suivi somatique.
40. Le 7 décembre 2015, un bilan a été réalisé à l'école Tunon, en présence de collaborateurs de l'OAI et de la SUVA. Selon la note interne de la SUVA du 7 décembre 2015, l'assurée avait fait état d'importantes douleurs au niveau de la main et du bras droits et de l'apparition de kystes dans le poignet. Ses douleurs augmentaient lors des changements de temps. Elle prenait quotidiennement des antidouleurs et suivait une rééducation fonctionnelle à base d'ergothérapie à raison d'une ou deux séances par semaine.

41. Le 14 décembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI les diagnostics d'ostéonécrose du pôle proximal de l'os scaphoïde avec un remaniement osseux du poignet droit, de suspicion d'une atteinte partielle du ligament scapho-lunaire et de syndrome douloureux au membre supérieur droit. L'incapacité de travail était totale, mais des tentatives de reprise pouvaient être effectuées si des aménagements étaient possibles, par exemple sans port de charges.
42. En date du 14 décembre 2015, la Dresse M\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée présentait des douleurs chroniques mixtes du poignet droit avec une diffusion secondaire dans tout le bras droit et la nuque, probablement liées à une sensibilisation centrale et à une suspicion d'une lésion de la coiffe des rotateurs, d'une tendinite du biceps et de lésions du sous-scapulaire et du sus-épineux. L'utilisation d'un appareil d'électroneurostimulation transcutanée (ci-après : TENS). TENS permettait une diminution des douleurs, contribuait à améliorer l'activité et donnait une autonomie au patient dans sa prise en charge non pharmacologique des douleurs chroniques.
43. Le 12 avril 2016, au cours d'un rendez-vous avec la directrice de l'école Tunon et des représentants de l'OAI et de la SUVA, l'assurée a relaté la persistance des douleurs dans la main et le bras droits, qui s'accroissaient lors des changements de temps. Elle suivait une séance d'ergothérapie par semaine et prenait presque tous les jours des antidouleurs. Elle avait effectué un stage pendant quelques mois chez Epi Work et un stage de trois semaines au sein de l'école Tunon. Elle désirait devenir indépendante et ouvrir sa propre entreprise dans le secteur organisationnel. Les mesures AI étaient prolongées afin de permettre un retour en activité à plein temps sans perte de rendement.
44. Dans un rapport du 19 mai 2016, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que l'IRM et les radiographies du poignet droit réalisées la veille ne montraient pas d'argument en faveur d'une nécrose aseptique du pôle proximal du scaphoïde qui présentait toutefois une souffrance vasculaire et un œdème médullaire osseux associé à un tout petit kyste. En outre, il n'y avait pas de déformation du contour osseux du scaphoïde et pas de rupture franche ou manifeste du ligament scapho-lunaire, qui présentait toutefois un certain degré de laxité.
45. En date du 15 juin 2016, l'assurée a subi une intervention chirurgicale consistant en un curetage osseux, une revascularisation du pôle proximal du scaphoïde par une greffe spongieuse et une implantation d'une artère supra-rétinaculaire, un prélèvement de greffon spongieux en région méta-épiphysaire du radius, une dénervation partielle par neurectomie de l'interosseux antérieur et de l'interosseux postérieur, une décompression du tunnel carpien droit et une neurolyse du médian.
46. Le 16 juin 2016, un nouvel entretien entre l'assurée, la directrice de l'école Tunon et des représentants de l'OAI et de la SUVA a eu lieu. À cette occasion, l'assurée a fait état de douleurs persistantes dans la main et le bras droits, qui s'accroissaient lors des changements de temps.

47. Au mois de juin 2016, l'assurée a terminé avec succès sa formation de chef de projet événementiel.
48. En date du 28 juin 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ a considéré que les troubles ayant nécessité l'intervention du 15 juin 2016 étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement accidentel.
49. Le 11 juillet 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un travail ne sollicitant pas l'usage intensif de la main droite était adapté.
50. Par rapport du 13 juillet 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée était actuellement en rééducation post-opératoire et que le pronostic était satisfaisant.
51. Dans un rapport du 5 septembre 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a confirmé qu'une reprise d'activité était possible à 100% dans un travail adapté de bureau dès le 26 juillet 2016.
52. Un nouvel entretien entre l'assurée, la directrice de l'école Tunon et des représentants de l'OAI et de la SUVA s'est tenu le 20 septembre 2016. L'assurée a signalé la persistance de douleurs dans la main et le poignet droits, lesquelles s'amenuisaient avec le port quotidien d'une attelle, l'utilisation quotidienne d'un appareil TENS et la prise quotidienne de médicaments. Après l'obtention du Bachelor, l'assurée avait poursuivi son stage dans les locaux de l'école. La volonté d'engager l'assurée, parfaite assistante administrative, était énorme, mais l'école Tunon n'avait malheureusement pas de poste à lui proposer. Plusieurs offres spontanées n'avaient pas abouti. En cas d'emploi rémunéré, l'assurée examinerait également la mise en place de son projet pour devenir indépendante ou ouvrir son entreprise dans le secteur organisationnel.
53. L'OAI a prolongé la prise en charge du stage pratique à l'école Tunon jusqu'au 9 octobre 2016 (cf. communication de l'OAI du 6 octobre 2016).
54. Le 10 octobre 2016, l'assurée a signé un contrat de travail de durée indéterminée avec U\_\_\_\_\_ en qualité d'assistante administrative et chargée d'affaire à 100%, pour un salaire mensuel de CHF 6'000.-.
55. Du 10 octobre 2016 au 30 juin 2017, l'OAI a pris en charge les coûts d'un reclassement d'assistante administrative en entreprise auprès de U\_\_\_\_\_. Durant cette mesure, les indemnités journalières seraient octroyées à l'entreprise formatrice, laquelle versait un salaire supérieur (cf. communication de l'OAI du 3 novembre 2016).
56. Dans un rapport du 20 octobre 2016, le Dr R\_\_\_\_\_ a conclu, suite à une IRM du poignet droit réalisée le jour même, à une évolution tout à fait favorable avec une vascularisation actuellement satisfaisante du pôle proximal du scaphoïde dans le cadre du status quatre mois après un curetage et une greffe osseuse.
57. Le 25 octobre 2016, la Dresse M\_\_\_\_\_ et la doctoresse S\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et psychiatre de liaison au centre de la douleur des HUG, ont rendu un

rapport après avoir rencontré l'assurée le jour même. L'intervention chirurgicale s'était bien passée et avait été suivie d'un mois sans douleurs. Toutefois, avec le froid et l'humidité, les douleurs neurogènes du poignet étaient réapparues sous forme de décharges électriques obligeant l'assurée à interrompre son travail et la réveillant la nuit. La patiente espérait pouvoir postuler pour un travail correspondant mieux à sa formation suite à l'obtention de son bachelors. Malheureusement, un traitement esthétique lui avait provoqué des brûlures au niveau du visage, préjudice physique et esthétique qui la démoralisait. Les ressources personnelles mises en place par l'assurée pour ne pas s'enfoncer dans un état dépressif étaient soulignées.

58. Le 7 décembre 2016, les Dresses M\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ont fait état d'une amélioration des douleurs, tout à fait contrôlées et qui ne gênaient que très peu l'assurée dans sa vie de tous les jours. Celle-ci présentait des cervicalgies quotidiennes qu'elle reliait à une tension et à des malpositions.
59. Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 31 janvier 2017 a révélé une capsulite rétractile probablement au décours puisque la capacité articulaire était normale. Il n'y avait pas de déchirure partielle ou complète de la coiffe des rotateurs.
60. Dans une note du 10 mai 2017 relative à la clôture des mesures de réinsertion, la SUVA a mentionné, suite à un entretien dans les locaux de U\_\_\_\_\_ en présence de l'assurée, que le démarrage de l'activité avait été difficile, car il s'agissait d'une nouvelle activité professionnelle dans laquelle l'assurée n'avait aucune expérience. La formation de marketing mise en place lui avait donné confiance et lui avait permis de se projeter dans ce métier. Une formation complémentaire en comptabilité lui serait encore accordée. Les indemnités journalières versées par l'OAI prendraient fin le 30 juin 2017, mais une mesure d'allocation d'initiation au travail serait encore versée pour une période d'un à deux mois. Cette mesure était destinée à couvrir les coûts pour aménager la place de travail, avec un éventuel achat d'un bureau ergonomique pour pouvoir alterner les stations assises et debout, ainsi qu'un éventuel achat d'une souris. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, l'engagement deviendrait définitif et le mandat de réinsertion serait clôturé. L'assurée avait apprécié l'excellente collaboration et le soutien apporté par la SUVA qui avaient permis une planification régulière de réinsertion et la reprise d'une nouvelle activité professionnelle.
61. Le 12 mai 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ a considéré que l'évolution était favorable 11 mois après une lésion du scaphoïde carpien qui avait été cureté et greffé, sans arthrose post-opératoire. Il n'y avait pas d'indication à l'attribution d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
62. Le 29 mai 2017, U\_\_\_\_\_ a licencié l'assurée pour le 30 juin 2017. Selon l'attestation destinée à l'assurance-chômage, la résiliation des rapports de travail était motivée par une absence de résultats.

63. Dans un rapport du 22 juin 2017, les Dresses M\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ont indiqué que lors de la consultation de la veille, l'assurée avait décrit la persistance de douleurs de l'hémicorps droit, particulièrement au niveau cervico-brachial, avec des paresthésies. Elle avait fait part d'une meilleure gestion des douleurs qui ne l'empêchaient plus d'effectuer ses activités quotidiennes et professionnelles. Au status, une diminution de la force symétrique aux membres supérieurs et une allodynie au toucher et au froid de l'hémicorps droit étaient relevées. Les brûlures au visage étaient en nette amélioration et l'assurée, bien qu'encore anxieuse quant à son avenir professionnel, avait retrouvé une meilleure thymie. Elle était très activement à la recherche d'un emploi qui l'intéresse davantage en étant dans le champ de ses compétences.
64. Le 24 juillet 2017, l'assurée a subi une IRM et une radiographie du poignet droit. Ces examens ont permis de conclure à un comblement en cours de la zone de prise de greffe métaphysaire distale du radius par rapport à la dernière IRM du 20 octobre 2016. L'évolution était également satisfaisante s'agissant de l'ancienne nécrose proximale du scaphoïde, traitée chirurgicalement, par rapport à l'IRM du 20 octobre 2016.
65. Par décision du 3 août 2017, la SUVA a mis fin au paiement des soins médicaux, hormis deux consultations annuelles de suivi, une éventuelle série de neuf séances de physiothérapie par année pour passer les caps difficiles, ainsi que les éventuels médicaments antalgiques à doses modérées pouvant s'avérer encore nécessaires. Elle a en outre nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
66. Dans un rapport du 9 août 2017, le professeur T\_\_\_\_\_, médecin chef de service à la consultation de la douleur des HUG, a indiqué avoir reçu l'assurée à sa consultation le 7 août 2017. Les douleurs du poignet droit étaient en amélioration les derniers mois, mais l'assurée avait présenté une péjoration brutale il y a un mois suite à une sollicitation plus importante à ce niveau, en peignant son appartement. Les douleurs avaient été très vives et associées à un œdème du poignet et de la main, avec une rougeur et une chaleur. L'assurée présentait en outre des troubles trophiques avec des ongles cassants de la main droite. Les douleurs étaient actuellement en amélioration après un traitement de métamizole. L'ensemble des symptômes étaient résolus, hormis la persistance de douleurs au poignet droit et de l'hémicorps droit prédominantes au niveau de l'épaule. L'assurée avait perdu son travail et était en recherche d'emploi. Elle décrivait une thymie basse dans ce contexte. Les investigations du réflexe nociceptif étaient compatibles avec une sensibilisation centrale.
67. Les 14 et 31 août 2017, l'assurée a contesté la position de la SUVA. Elle a soutenu qu'elle souffrait de douleurs d'intensité variable et ressentait une certaine gêne allant jusqu'à la paralysie. À force de solliciter sa main gauche, il lui arrivait d'avoir mal aux deux mains en fin de journée. Elle avait un petit peu aidé à repeindre son appartement, ce qui avait réveillé davantage les douleurs. Lors des

entretiens avec son employeur, elle avait attiré l'attention de la SUVA sur ses grandes difficultés à utiliser la main droite et à tenir la position assise prolongée. Elle n'avait pas réussi à se consacrer de façon efficace aux tâches qui lui avaient été confiées et U\_\_\_\_\_ l'avait licenciée car elle était assez peu productive. Elle avait tout fait pour réussir sa réadaptation. Tout en travaillant, elle avait cherché un autre emploi nécessitant moins la position assise prolongée et une utilisation moins intempestive de la main droite. Elle ne pouvait plus faire certains gestes quotidiens, comme tenir un livre de poche et lire confortablement, saisir son téléphone portable et composer un numéro, couper de la viande ou encore cuisiner.

68. Le 31 août 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'un arrêt de travail à 100% du 31 août au 30 septembre 2017.
69. Dans un rapport daté du même jour, ce médecin a précisé que sa patiente rapportait une aggravation progressive des douleurs dans le contexte du travail qu'elle avait exercé ces derniers mois. Elle continuait à se plaindre de polyarthralgies et d'impotence du membre supérieur droit. Elle prenait encore des antalgiques et portait une minerve souple pour le confort en raison de cervicalgies. Son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité dans sa branche de qualification professionnelle.
70. Par rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution suite à l'intervention du 15 juin 2016 avait été globalement satisfaisante, mais ralentie par des douleurs d'épaule. Il avait été consulté par l'assurée en juillet 2017 car elle avait développé un important état douloureux suite à des travaux domestiques de peinture. Les douleurs persistaient et il n'avait pas d'explication quant à leur étiologie. Il ne proposait pas d'autre traitement complémentaire qu'une antalgie per os. Une scintigraphie pourrait être demandée afin d'exclure le développement tardif d'un syndrome douloureux complexe régional (ci-après : SDRC).
71. Le 6 septembre 2017, une scintigraphie osseuse partielle, avec un complément tomoscintigraphique, a été réalisée. Dans son rapport établi le jour même, le docteur V\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, a conclu à l'absence d'argument scintigraphique pouvant orienter vers un SDRC du membre supérieur droit, étant toutefois précisé que ce diagnostic reposait en dernière instance sur la clinique. Il a également relevé l'absence d'argument manifeste en faveur d'une instabilité scapho-lunaire.
72. Le 6 septembre 2017, l'assurée a sollicité un entretien avec la SUVA. Elle a maintenu ne pas pouvoir exercer la profession d'assistante administrative et chargée d'affaire à plein temps et rendement complet, raison pour laquelle elle avait été licenciée.
73. Dans une appréciation du 9 septembre 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ a rappelé que la lésion du scaphoïde évoluait bien selon le chiropraticien traitant et que les rapports au dossier apportaient suffisamment d'informations. Un examen de l'assurée n'était pas justifié.

74. Le 26 septembre 2017, la doctoresse W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésie et spécialiste de la douleur SSED (société suisse pour l'étude de la douleur) a indiqué au Dr H\_\_\_\_\_, lequel lui avait adressé l'assurée pour une prise en charge par l'hypnose, qu'elle avait rencontré l'intéressée le jour même pour la première fois et qu'en reprenant l'anamnèse, elle avait constaté que celle-ci remplissait les critères de Budapest pour un SDRC. La consultation de la douleur des HUG avait permis de documenter une sensibilisation centrale à la douleur, dont le caractère était clairement neuropathique. L'assurée paraissait en incapacité complète de travailler, malgré une immense persévérance. Elle avait perdu son travail en juin 2017 et sa candidature avait été refusée lors de tous les entretiens en raison de ses problèmes de santé. L'impact sur sa qualité de vie était majeur dans tous les domaines et la douleur décrite comme invalidante, y compris dans les gestes simples.
75. Dans une appréciation du 5 octobre 2017, le docteur X\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a rappelé que l'assurée n'était plus en mesure d'exercer son ancienne profession de cuisinière polyvalente, mais qu'elle avait trouvé un emploi adapté d'assistante administrative et chargée d'affaire au terme des mesures de réadaptation.
76. Par rapport du 23 octobre 2017, la Dresse M\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée présentait des douleurs de l'hémicorps liées à un syndrome somatoforme douloureux persistant suite à une nécrose du scaphoïde et une lésion partielle du ligament scapho-lunaire accidentelles. L'intensité des douleurs diffuses était constamment à 8/10 et atteignait 10/10 après un effort même modéré. La prise de médicaments soulageait partiellement les douleurs à 6/10 et les patchs n'étaient pas efficaces. L'assurée utilisait régulièrement le TENS, mais sans toujours ressentir de bénéfice antalgique. Elle décrivait également une fatigue, des troubles de la concentration et ménisques, des troubles du sommeil et une intolérance au bruit. Elle ne pouvait pas rester longtemps dans une position ni faire des tâches répétitives ou lourdes dans son ménage. Les douleurs et leurs conséquences avaient mené à son licenciement.
77. Le 27 octobre 2017, l'assurée a complété son opposition formulée à l'encontre de la décision de la SUVA. Elle a considéré que son état de santé n'était pas stabilisé puisqu'elle était toujours suivie par le centre de la douleur des HUG. Elle a évoqué un SDRC et reproché à la SUVA de ne pas avoir pris en considération son état de santé psychique. Elle estimait que sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles n'avaient pas fait l'objet d'une étude suffisante pour en déduire qu'elle puisse reprendre un travail sans entrave. De plus, son activité pour U\_\_\_\_\_ ne pouvait être prise comme référence pour une évaluation de l'invalidité car il s'agissait d'un employeur conciliant sur son état de santé.
78. Par décision du 13 novembre 2017, l'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle de cuisinière, mais entière dans un métier adapté aux limitations fonctionnelles dès le mois de juin 2015. La réadaptation professionnelle de l'assurée, laquelle avait terminé avec succès sa

formation d'assistante administrative et chargée d'affaire, était achevée, ce qui excluait le droit à une rente. Dès le 10 octobre 2016, elle avait retrouvé un nouvel emploi adapté à ses limitations fonctionnelles.

79. En date du 10 janvier 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu que la scintigraphie osseuse ne retrouvait pas de signe d'algodystrophie, que la Dresse W\_\_\_\_\_ avait évoqué ce diagnostic pour la première fois en septembre 2017 alors que l'intervention avait été réalisée le 15 juin 2016, soit 15 mois auparavant. Selon les données de la jurisprudence, ce SDRC, s'il était confirmé, ne pourrait être retenu en relation de causalité pour le moins probable avec l'intervention compte tenu du délai de 15 mois où il avait été cliniquement évoqué. En outre, le chirurgien avait noté, dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2017, qu'il ne trouvait pas d'explication aux douleurs à ce niveau, ce qui était confirmé par la scintigraphie osseuse. Il ne retenait donc pas d'élément susceptible de modifier sa prise de position antérieure concluant à une stabilisation du cas et à une consolidation de la fracture sans arthrose postopératoire.
80. Par décision sur opposition du 16 janvier 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a considéré que sa responsabilité n'était pas engagée pour d'éventuels troubles psychiques, l'accident subi étant banal, voire de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, et aucun des critères jurisprudentiels ne pouvant être considéré comme réalisé. Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait accéder à la demande de l'assurée concernant une évaluation psychiatrique externe. S'agissant du droit à la rente, la SUVA a rappelé que l'assurée avait réussi sa formation professionnelle d'assistante marketing et d'assistante de direction, orientation professionnelle dont le choix avait été fait en respectant les limitations fonctionnelles résultant de l'accident, et avait pu travailler à temps plein. Le fait que l'assurée ressente encore des douleurs fluctuantes ne suffisait pas à remettre en question la stabilisation de son état de santé qui lui avait au demeurant permis de réaliser des travaux de peinture en juillet 2017. Il ressortait en outre des rapports des HUG des 22 juin et 9 août 2017 que les douleurs étaient en régression et ne l'empêchaient pas d'exercer ses activités quotidiennes y compris professionnelles. Une péjoration brutale de la symptomatologie douloureuse était intervenue après que l'assurée ait repeint son appartement. Les investigations effectuées à partir de l'été 2017 sur le plan médical n'avaient pas permis de trouver l'origine des douleurs mentionnées. Comme noté par le médecin d'arrondissement dans son appréciation du 10 janvier 2018, la scintigraphie du 6 septembre 2017 ne montrait pas d'argument pour une algodystrophie. De plus, ce diagnostic n'avait été évoqué pour la première fois que 15 mois après la deuxième opération, et ne saurait être en lien de causalité avec cette intervention. Ainsi, en l'absence d'argumentation médicale étayée contraire, il n'y avait pas lieu de remettre en question l'évaluation du médecin d'arrondissement ni d'estimer que l'assurée, pour les seules suites de l'accident de 2013, ne soit pas en mesure d'exercer la profession

pour laquelle elle avait avec succès bénéficié de mesures de reclassement professionnel de l'OAI.

81. Par acte du 15 février 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée, à ce qu'il soit constaté que le cas n'était pas stabilisé et à ce que l'intimée soit condamnée à reprendre le versement des prestations légales. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et à ce que de nouvelles mesures d'instruction soient accordées et à ce qu'elle soit soumise à une expertise médicale pluridisciplinaire. La recourante a contesté toute stabilisation de son état de santé, lequel s'était au contraire continuellement dégradé au cours des mesures de reclassement. Les notes internes de l'intimée décrivaient très précisément les difficultés rencontrées durant la reconversion professionnelle. Sans surprise, son contrat de travail avait été résilié pour le 30 juin 2017, date à laquelle Virtuose Pictures aurait dû supporter seul son salaire. Le 26 septembre 2017, la Dresse W\_\_\_\_\_ et ledit centre de la douleur avaient posé le diagnostic de SDRC. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait confirmé ce diagnostic et rappelé que ce syndrome était handicapant et affectait négativement ses capacités physiques et qu'elle présentait des douleurs nuit et jour. Il avait indiqué que les lésions subies lors du sinistre étaient de nature à entraîner un SDRC et le centre de la douleur des HUG avait attesté la présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant consécutif à la nécrose du scaphoïde et d'une lésion partielle du ligament scapho-ulnaire post-traumatiques. Compte tenu de la persistance des douleurs et de leur intensité, toute reprise du travail était impossible. Le traitement se poursuivait auprès des Dresses W\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, avec la prise d'antalgiques puissants à très hautes doses. D'autre part, était tentée une approche non médicamenteuse par des séances d'hypnose, de physiothérapie et de TENS. Les troubles douloureux persistants avaient en outre porté atteinte à son équilibre psychique. L'avis du médecin d'arrondissement, qui ne l'avait jamais examinée, était en contradiction avec l'appréciation des autres spécialistes consultés. Nonobstant le caractère incertain du pronostic du traitement, ce dernier suivait son cours et était en mesure d'améliorer son état de santé. Le lien de causalité entre l'accident et les troubles attestés étant admis, l'intimée était tenue de prendre en charge les frais médicaux découlant de ces traitements. Sa capacité de gain actuelle était très limitée, voire inexistante. Le moindre mouvement, choc ou effort rendait la souffrance aigüe. Le sommeil n'était pas réparateur et la fatigue accumulée rendait son état de santé encore plus précaire. Compte tenu des douleurs importantes et continues, sa capacité de concentration était également très limitée. Si par impossible une stabilisation de son état devait être admise, il conviendrait alors de constater que malgré la reconversion aboutie, sa capacité de travail était actuellement nulle dans tout métier appris, que ce soit dans un travail de cuisine ou de bureau. Toute activité mettant à contribution sa main dominante devait être proscrite, de sorte que le métier appris lors de la reconversion n'était pas praticable pour elle.

La recourante a notamment produit :

- un rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2018 suite à sa consultation du 9 janvier 2018, au cours de laquelle la patiente avait décrit la persistance principalement de cervicalgies et de douleurs au poignet droit associées à une sensibilisation centrale ; le traitement actuel était partiellement efficace et comprenait la prise de médicaments, le suivi de physiothérapie, le TENS et de l'hypnose ; malgré les douleurs, la recourante demeurait très active dans ses recherches d'emploi et souhaitait créer sa propre entreprise dans l'alimentation ; les douleurs limitaient certains gestes de la vie quotidienne et son sommeil ; elle se réveillait systématiquement à 5h et ne pouvait pas se rendormir ;
- un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 9 février 2018 mentionnant les diagnostics d'ostéonécrose de l'os scaphoïde avec un remaniement osseux au poignet droit, de lésion du ligament scapho-lunaire du poignet droit, d'état après une réduction chirurgicale de l'ostéonécrose, d'omalgie droite, de cervicalgies d'origine indéterminée, de SDRC et d'état anxio-dépressif ; la recourante était sous traitement médicamenteux et poursuivait des séances de physiothérapie ; était relevée une nette altération de la mobilité de l'hémicorps droit, et l'exécution des tâches du point de vue physique étaient impossible ; les douleurs étaient apparues suite à l'accident au poignet et ses conséquences ; il n'y avait pas d'autre raison objective en lien avec ces douleurs ; la pathologie actuelle influençait fortement la capacité de travail de la recourante, laquelle ne pouvait pas porter de charges et devait immobiliser son membre supérieur droit pour les déplacements de plus de 500 mètres et parfois porter une minerve souple ; la capacité de travail était nulle dans l'activité de cuisinière et à déterminer dans une activité adaptée, car en position assise et ou couchée au repos, la recourante ressentait également de douleurs ; elle avait dû interrompre son travail de bureau à cause des douleurs ; elle remplissait les critères pour un SDRC, lequel avait débuté en juin 2017 ; les lésions subies lors de l'accident du 23 avril 2013 étaient de nature à entraîner un SDRC, handicapant par ses douleurs continues qui affectaient négativement les capacités physiques et psychiques de la recourante ; les consignes au travail étaient exécutées difficilement ; l'état général de sa patiente s'était dégradé ces dernières années et il avait constaté un état anxio-dépressif avec des troubles du sommeil important : les douleurs continues, nuit et jour, mais aussi l'idée qu'elle ne pourrait plus travailler en cuisine n'étaient pas étrangères à cette dégradation psychologique ; la recourante présentait en outre des troubles de la concentration qui se manifestaient par des palpitations suite à toute la fatigue accumulée.

82. Dans sa réponse du 6 avril 2018, l'intimée a conclu à ce que la recourante soit déboutée de toutes ses conclusions. Elle a nié tout lien de causalité entre l'accident du 24 avril 2013 et le SDRC énoncé par les Drs E\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_. En effet, la jurisprudence imposait, pour admettre l'existence d'un tel lien de causalité, une

---

courte période de latence entre l'apparition de ce syndrome et l'événement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci, soit au maximum six à huit semaines. Or, cette condition n'était pas remplie puisque la Dresse W\_\_\_\_\_ avait évoqué ce diagnostic pour la première fois en septembre 2017, alors que l'intervention chirurgicale avait été réalisée le 15 juin 2016. D'autre part, le Dr H\_\_\_\_\_, régulièrement consulté par la recourante, n'avait pas trouvé d'explications aux douleurs, ce que confirmait la scintigraphie osseuse du 6 septembre 2017, et n'avait pas évoqué la plupart des critères de Budapest. Il en allait de même des intervenants du centre de la douleur des HUG, étant relevé que la Dresse M\_\_\_\_\_ ne mentionnait pas le diagnostic de SDRC. Par ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait jamais évoqué de SDRC, ni d'argument ou de constatation en faveur d'un tel syndrome, avant son rapport du 9 février 2018, dans lequel il avait repris les termes de la Dresse W\_\_\_\_\_. Cette dernière avait été consultée pour la première fois plus de quatre ans après l'accident et plus d'une année après l'intervention du 15 juin 2016. Dans ces conditions, les Drs E\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ ne pouvaient être suivis quant au diagnostic de SDRC. L'ostéonécrose avasculaire du scaphoïde droit présentée par la recourante dès l'automne 2014 n'était pas un état séquellaire de l'accident du 24 avril 2013 puisqu'il s'agissait d'un défaut de vascularisation de l'os scaphoïde sans fracture concomitante objectivée. Partant, il ne saurait être retenu un lien de causalité entre l'accident du 24 avril 2013 et les troubles attestés. L'intimée n'avait dès lors pas à prendre en charge les suites de cette affection, en particulier l'incapacité de travail et l'incapacité de gain dont se prévalait la recourante. Aucun avis médical émis ou produit postérieurement à la décision litigieuse ne justifiait que l'on s'écarte de l'appréciation de la situation médicale telle que retenue par ses médecins, lesquels disposaient d'un dossier médical et radiologique complet. En définitive, le sinistre du 24 avril 2013 avait tout au plus entraîné une contusion du poignet droit chez la recourante et la situation médicale était largement stabilisée au 3 août 2017 pour les simples suites de cet événement. L'intimée était donc en droit de mettre un terme aux prestations dès cette date. Dans ce prolongement, il ne se justifiait pas de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dès lors qu'un rapport de causalité entre l'accident et la pathologie invoquée par la recourante pouvait d'emblée être nié.

L'intimée a joint un rapport de la doctoresse Y\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, médecin auprès de son centre de compétence, établi le 4 avril 2018 par. La Dresse Y\_\_\_\_\_ a rappelé qu'aucune pathologie n'avait été mise en évidence dans les suites immédiates de l'accident et qu'un arrêt de travail d'une semaine avait été attesté. Les nombreux examens radiologiques pratiqués à partir de la rechute du 23 juillet 2014 n'avaient pas révélé de fracture, mais une ostéo-condensation du pôle proximal du scaphoïde droit, en l'occurrence une ostéonécrose vasculaire, appelée aussi maladie de Preiser, avait été mise en évidence, motivant une intervention chirurgicale le 15 juin 2016. L'évolution avait été localement favorable, mais l'assurée avait développé une symptomatologie douloureuse s'étendant à tout le membre supérieur droit, réfractaire à tout

---

traitement. Un syndrome somatoforme avait été retenu en août 2017 et un SDRC avait été évoqué pour la première fois en septembre 2017. La maladie de Preiser était une pathologie rare et peu connue consistant en une nécrose, soit une vascularisation insuffisante ou inexistante, aseptique ou une dégénérescence osseuse de l'os scaphoïde. Le mécanisme de survenue demeurait mystérieux. Cette nécrose apparaissait en dehors de tout traumatisme ou facteur déclenchant, et touchait en règle générale les jeunes adultes. L'examen clinique était pauvre, mais une perte de force était constante. Certains auteurs prétendaient que la maladie de Preiser serait liée à un traumatisme, soit une fracture du scaphoïde, entraînant une discontinuité de la vascularisation du scaphoïde. Aucune fracture n'avait été objectivée chez la recourante, de sorte qu'il était clair qu'il fallait retenir une origine idiopathique malade et l'intimée avait été bien généreuse en prenant en charge l'ostéonécrose avasculaire du scaphoïde droit. S'agissant des rapports postérieurs à la décision, la Dresse Y\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr E\_\_\_\_\_, dans son rapport du 9 février 2018, semblait avoir repris les notions présentes dans le rapport de la Dresse W\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2017, étant souligné qu'il n'avait précédemment jamais évoqué de SDRC, ni d'arguments ou de constatations en faveur d'un tel syndrome. En outre, il n'était pas spécialiste en neurologie. Quant à la Dresse W\_\_\_\_\_, elle avait été consultée pour la première fois en septembre 2017, soit plus de quatre ans après l'accident et plus d'une année après l'intervention du 15 juin 2016. Si elle évoquait certains critères de Budapest, il était surprenant que la plupart de ces critères n'aient pas été mentionnés jusqu'alors, ni par les médecins consultés, ni par la recourante elle-même. La Dresse W\_\_\_\_\_ semblait ignorer qu'un facteur temps entraînait également en ligne de compte puisque le diagnostic de SDRC était retenu si les critères de Budapest étaient remplis pour autant qu'ils soient apparus avec une latence d'au maximum six à huit semaines après un événement ou une intervention chirurgicale. Une scintigraphie à elle seule ne permettait pas d'informer ou de confirmer ce diagnostic. Partant, elle ne pouvait rejoindre les Drs E\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ quant au diagnostic évoqué. Quant à la Dresse M\_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 octobre 2017, elle ne mentionnait pas de SDRC, mais s'était référée à un syndrome somatoforme confirmé par l'investigation du seuil nociceptif qui avait révélé un seuil anormal. Aucun de ces rapports ne permettait de s'écarter des conclusions du Dr K\_\_\_\_\_. La situation médicale était largement stabilisée au 3 août 2017 pour les simples suites de l'événement du 24 avril 2013, lequel avait tout au plus entraîné une contusion du poignet droit. L'ostéonécrose avasculaire du scaphoïde droit ne pouvait être un état séquellaire de l'accident du 24 avril 2013 puisqu'il s'agissait d'un défaut de vascularisation de l'os scaphoïde sans fracture concomitante objectivée.

83. Par réplique du 20 juin 2018, la recourante a intégralement persisté. Elle a soutenu qu'aucune pathologie n'avait été décelée lors du sinistre, car les investigations n'étaient pas adéquates, étant rappelé que les radiographies avaient été réalisées au niveau du pouce et non du point d'impact qui se situait au niveau du poignet. Elle

s'était auto-médiquée jusqu'à la rechute de juillet 2014 et, nonobstant le caractère initialement bénin de l'atteinte, les douleurs n'avaient jamais cessé. L'IRM du poignet réalisée en octobre 2014 avait mis en évidence une ostéonécrose de la partie supérieure du scaphoïde, os qui se trouvait précisément à l'endroit où le choc s'était produit. L'ostéonécrose se produisait par le déficit d'apport sanguin dans l'os, le plus fréquemment suite à une lésion traumatique. D'ailleurs, le Dr F\_\_\_\_\_ avait confirmé la nature probablement traumatique de la lésion constatée. À l'évidence, le traumatisme au poignet remontait au jour de l'accident, lorsque celui-ci avait violemment heurté l'étagère après l'explosion du siphon. L'intimée se trompait lorsqu'elle datait l'apparition du SDRC au mois de septembre 2017. Le syndrome était apparu bien avant que ce diagnostic, difficile à poser, ne soit confirmé. Les éléments cliniques auraient dû conduire les médecins qui l'avaient traitée à investiguer la probable présence d'un tel syndrome depuis les jours et les semaines qui avaient suivi l'accident, étant rappelé qu'elle s'était systématiquement plainte de douleurs depuis le sinistre. L'appréciation de la Dresse Y\_\_\_\_\_ ne se fondait sur aucun examen clinique et se contentait de compiler des avis médicaux existants et de tirer des conclusions hâtives, erronées et médicalement infondées. Elle ne faisait pas le lien entre les lésions objectives diagnostiquées tardivement suite à une investigation initiale insuffisante et l'apparition d'un SDRC diagnostiqué tardivement suite à des examens lacunaires. L'intimée n'apportait aucun élément nouveau susceptible de mettre en doute l'existence du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 24 avril 2013 et l'état de santé actuel, de sorte qu'il lui appartenait de prendre en charge les conséquences de cet événement.

La recourante a produit un rapport du 27 mai 2018 de la Dresse W\_\_\_\_\_. Compte tenu de la persistance des douleurs sévères depuis l'accident, cette dernière a rappelé avoir consulté plusieurs spécialistes de la main qui avaient décrit l'évolution comme mauvaise, puis l'avait adressée à la consultation de la douleur aux HUG. Le traitement, toujours conservateur avec une immobilisation de longue durée, n'avait nullement amélioré la situation. Des séances d'ergothérapie, dispensées entre les mois de mars et d'août 2015, avait dû être interrompues en raison d'une aggravation des douleurs. En juin 2016, la recourante avait consulté le Dr D\_\_\_\_\_, qui avait décrit l'évolution comme défavorable. Ce neurologue n'avait pas mis en évidence de lésion nerveuse à l'ENMG, mais il n'était pas possible d'exclure un SDRC, étant précisé que le SDRC de type 1, lequel représentait 90% des cas, ne consistait pas en la présence de lésion neurologique significative. Vu l'évolution défavorable, la recourante avait été opérée en juin 2016 et le diagnostic de nécrose avasculaire post-traumatique du pôle proximal du scaphoïde droit avait été retenu par le Dr H\_\_\_\_\_. La recourante lui avait été adressée en septembre 2017 pour une prise en charge par l'hypnose. Les rapports précédents ne faisaient aucune mention du SDRC. Néanmoins, elle ne retrouvait ni évaluation exhaustive de tous les critères de Budapest, ni compte rendu d'examen clinique exhaustif du membre supérieur droit. Une des caractéristiques du SDRC

était que la douleur possédait un caractère neurogène, lequel était déterminé sur la base de critères précis, évaluables selon un questionnaire ad hoc. Elle relevait dans les différents rapports des éléments évocateurs tant pour une douleur à caractère neurogène que pour un SDRC. Ainsi, le Dr L\_\_\_\_\_ avait signalé une allodynie dans son rapport du 27 mai 2015, soit un toucher superficiel de l'hémicorps droit douloureux. À la consultation de la douleur du 3 juillet 2015, des douleurs à caractère de décharges électriques, de froid glacé et de brûlure avaient été relevées, ce qui était caractéristique d'une douleur neuropathique, ainsi qu'une limitation de la mobilisation active et de la force, ce qui faisait également partie des critères du SDRC. Le rapport d'ergothérapie du 4 août 2015 mentionnait des signes évoquant une douleur neuropathique typique du SDRC, notamment des douleurs à caractère de décharge électrique, une chaleur, un froid, un fourmillement et une allodynie. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait relaté des hypoesthésies et des dysesthésies le 8 juin 2016, soulignant l'évolution défavorable avec la persistance des douleurs. Les rapports des HUG des 25 octobre 2016 et 22 juin 2017 mentionnaient des douleurs neurogènes du poignet sous forme de décharge électrique, respectivement une allodynie au toucher et au froid de l'hémicorps droit. En août 2017, la consultation de la douleur des HUG avait fait état d'une sensibilisation centrale, comme celle que l'on retrouvait dans la majorité des neuropathies chroniques connues, soit la fibromyalgie, les douleurs diffuses présentes dans les syndromes somatoformes persistants et le SDRC. Le dossier médical de la recourante auprès de la Permanence de Chantepoulet pourrait étayer la persistance des douleurs depuis le sinistre, ce qui avait justifié l'IRM d'octobre 2014. S'agissant du facteur temps, le délai d'installation de l'atteinte ne figurait pas parmi les critères diagnostiques pour le SDRC. Le livre de la SUVA ne mentionnait pas non plus de notion de délai obligatoire au-delà duquel on ne pourrait plus poser un tel diagnostic. Les seuls rapports en sa possession mentionnant une absence d'argument ou de signes du SDRC étaient les rapports de scintigraphie, mais il était connu que cet examen ne permettait pas d'exclure un SDRC, dont le diagnostic était clinique. Elle maintenait donc son appréciation selon laquelle la recourante souffrait d'un SDRC, dont elle ne pouvait pas dater l'apparition, mais dont des signes évocateurs étaient retrouvés tout au long du dossier médical. La Dresse Z\_\_\_\_\_, également spécialiste en douleur, semblait elle aussi retenir ce diagnostic suite à sa consultation du 27 décembre 2017. Il lui semblait difficile, vu les critères requis pour ce diagnostic, de le poser ou de l'écarter sans avoir vu et examiné le patient. Enfin, elle n'était pas spécialiste en chirurgie de la main, et il lui semblait effectivement que le lien entre le traumatisme initial et la nécrose du scaphoïde puisse être débattu, mais ce lien avait été admis par le Dr H\_\_\_\_\_. Concernant le SDRC, l'origine la plus probable demeurait le traumatisme, certes mineur, mais avec des douleurs continues, avec des hauts et des bas, et disproportionnées par rapport à l'événement déclencheur.

84. Par duplique du 10 juillet 2018, l'intimée a également persisté. Elle a maintenu que l'absence d'examen personnel par le médecin n'était pas de nature à discréditer son appréciation, la jurisprudence ne l'exigeait pas. Les différents examens

---

radiologiques effectués à la suite de la rechute avaient mis en évidence une ostéo-condensation du pôle proximal du scaphoïde droit, soit une maladie de Preiser. À aucun moment une fracture du scaphoïde n'avait été visualisée. L'argument du facteur temps avait toute son importance. Si le critère de la douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur était retenue, on peinait à comprendre comment la recourante aurait pu attendre près d'une année et demi avant d'annoncer une rechute. La Dresse Y\_\_\_\_\_ avait exposé, littérature médicale à l'appui, qu'un SDRC apparaissait dans les six à huit semaines après un événement déclenchant. Cette période de latence était reprise par la jurisprudence. Le SDRC présumé ne pouvait donc être retenu en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 24 avril 2013 ou l'intervention du 15 juin 2016 au regard de la période écoulée depuis le moment où il avait été cliniquement évoqué. Aucune instruction médicale supplémentaire n'apporterait de nouvelles informations pour la période à évaluer. Force était donc d'admettre que les troubles allégués ne pouvaient être rattachés au SDRC diagnostiqué par la Dresse W\_\_\_\_\_ en septembre 2017.

L'intimée a produit une « appréciation chirurgicale » de la Dresse Y\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2018, laquelle a considéré que le dernier rapport de la Dresse W\_\_\_\_\_ n'apportait aucun argument lui permettant de s'écarter des conclusions de son appréciation du 4 avril 2018. Elle a souligné que le délai de six à huit semaines était bien établi dans la monographie à laquelle se référait la Dresse W\_\_\_\_\_ à juste titre. La recourante, cuisinière, avait quotidiennement utilisé ses mains et il était difficilement compréhensible qu'elle ait pu attendre une année avec de telles douleurs avant d'annoncer une rechute.

85. Le 15 août 2018, la recourante a maintenu ses conclusions. En substance, elle a considéré qu'aucune force probante ne saurait être accordée au rapport du médecin-conseil de l'intimée dans le cadre très spécifique d'une atteinte aussi complexe que le SDRC et qu'un examen médical était essentiel pour trancher cette problématique.
86. Par ordonnance du 31 août 2018, la chambre de céans a versé le dossier A/5079/2017 - AI à la présente procédure et informé les parties que le dossier était à disposition au greffe pour consultation.

En effet, parallèlement à la présente procédure, la recourante a également contesté, par-devant la chambre de céans, la décision de l'OAI du 13 novembre 2017.

- a. Par acte du 27 décembre 2017, la recourante a conclu à l'annulation de ladite décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement, à ce que soient ordonnées une expertise médicale pluridisciplinaire et de nouvelles mesures de reclassement si son état de santé le permettait. Elle a reproché à l'OAI d'avoir fondé sa décision sur l'avis succinct du Dr X\_\_\_\_\_ qui n'était ni documenté ni basé sur une observation clinique, qui présentait des lacunes et ignorait la réalité. En effet, le médecin du SMR était parti de l'hypothèse qu'elle avait retrouvé un emploi adapté, alors que son contrat de travail avait été résilié. De plus, il n'avait

pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé et ignorait l'avis de la spécialiste de la douleur, laquelle avait fait état d'éléments nouveaux, en particulier l'apparition documentée d'un syndrome douloureux. Les mesures de reclassement achevées avec succès ne lui avaient pas permis de trouver un emploi. Au vu de sa très faible expérience, les métiers qui pourraient s'offrir à elle dans le domaine du marketing consistaient principalement en des activités de bureau nécessitant l'utilisation des outils informatiques. Or, compte tenu de l'état de sa main et de son bras droits, aucune activité de ce type n'était réalisable. Il lui était en effet impossible d'écrire, d'actionner une souris ou d'utiliser les appareils de bureautique. Une nouvelle reconversion dans une activité adaptée à ses séquelles devait donc être envisagée.

b. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> février 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a rappelé que la recourante avait bénéficié d'une mesure d'orientation et d'une formation dans les relations publiques et événementielles et d'un stage à l'école Tunon. Les mesures d'ordre professionnel accordées à la recourante étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles et des mesures supplémentaires ne se justifiaient pas et ne seraient pas de nature à réduire le dommage.

c. Par réplique du 16 mars 2018, la recourante a intégralement persisté. Elle a notamment relevé que les rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ mettaient en lumière un état de santé sérieux, non appréhendé par le médecin du SMR. En outre, l'activité que l'OAI considérait comme adaptée n'avait pas pu être maintenue au-delà de la période de formation, essentiellement pour des raisons liées à son état de santé précaire et à ses douleurs permanentes qui avaient diminué son rendement professionnel à un niveau qui n'était pas supportable pour l'employeur. Malgré les importantes difficultés rencontrées lors de sa formation et les douleurs constantes, elle avait fait preuve de courage, de combativité et de persévérance pour obtenir un master au terme de sa formation. Elle n'était cependant pas en mesure de mettre à profit cette formation et d'améliorer ainsi sa capacité de travail.

d. Le 17 avril 2018, l'OAI a également maintenu ses conclusions, soulignant que la mise en valeur d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à l'état de santé de la recourante était objectivement exigible.

87. Par arrêt de ce jour, la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 13 novembre 2017 et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/829/2018).

88. La cause a été gardée à juger dans la présente procédure.

### **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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, plus particulièrement sur la question de savoir si l'intimée était fondée à retenir que son état de santé, pour les seules suites de l'accident, était stabilisé au 3 août 2017.
6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire

---

qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b. Les notions de syndrome douloureux régional complexe, algodystrophie ou maladie de Sudeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un

---

accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.1 et 4.2).

8. a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement. Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Enfin, pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même, mais il sied de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces critères font l'objet d'une abondante jurisprudence (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

9. Conformément à l'art. 19 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.

Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 89/95 du 21 novembre 1995 et U 391/00 du 9 mai 2001).

10. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de 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. Etant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. 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).

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

13. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

14. En l'espèce, par décision du 3 août 2017 confirmée sur opposition le 16 janvier 2018, l'intimée a mis un terme au traitement médical et aux indemnités journalières, considérant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante et que les mesures d'ordre professionnel mises en œuvre par l'OAI avaient été achevées avec succès.

La recourante soutient que le traitement médical suit son cours et est en mesure d'améliorer son état de santé, très précaire, qui s'est aggravé au cours des mesures de reclassement. Elle estime que sa capacité de travail est actuellement nulle dans le métier appris lors de la reconversion, dès lors que toute activité mettant à contribution sa main dominante doit être proscrite.

15. À titre préalable, il convient de relever que les rapports de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2018, du Dr E\_\_\_\_\_ du 9 février 2018, de la Dresse Y\_\_\_\_\_ des 4 avril et 4 juillet 2018, ainsi que celui de la Dresse W\_\_\_\_\_ du 27 mai 2018, lesquels sont postérieurs à la décision sur opposition du 16 janvier 2018, se rapportent aux atteintes à la santé préexistantes à ladite décision. Partant, ces documents doivent être pris en considération dans le cadre de la présente procédure.
16. S'agissant de l'état de santé de la recourante, la chambre de céans constate que la situation médicale n'est pas claire.
17. a. En ce qui concerne les douleurs au membre supérieur droit, la Dresse W\_\_\_\_\_ a conclu à l'existence d'un SDRC, diagnostic remis en cause par la Dresse Y\_\_\_\_\_ au motif que les critères de Budapest seraient apparus plus de quatre ans après l'accident et plus d'une année après l'opération du 15 juin 2016. Il convient toutefois de relever que le délai de latence de six à huit semaines auquel se réfère le médecin du centre de compétence de l'intimée ne fait pas partie des critères de Budapest, lesquels ont fait l'objet d'un consensus pour valider le diagnostic de SDRC. Cet intervalle est en revanche pertinent pour se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre un SDRC et un accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.1 et 4.2 et les références).

Il sied également de constater que l'avis de la Dresse Y\_\_\_\_\_, selon lequel la plupart des critères de Budapest n'ont pas été mentionnés avant la première consultation de la Dresse W\_\_\_\_\_, est contredit par les pièces du dossier. En effet, ont notamment été signalés, et ce bien avant le mois de septembre 2017, une allodynie, une asymétrie de température, une faiblesse, une diminution de la mobilité ou encore un œdème (cf. rapports du Dr D\_\_\_\_\_ du 11 juin 2014, du Dr E\_\_\_\_\_ reçu par l'OAI le 8 avril 2015, de la Dresse M\_\_\_\_\_ des 3 juillet 2015, 25 octobre 2016 et 22 juin 2017, du Prof. T\_\_\_\_\_ du 9 août 2017).

De plus, contrairement à ce qu'affirme la Dresse Y\_\_\_\_\_, la recourante n'a pas développé une symptomatologie douloureuse s'étendant à tout le membre supérieur droit après l'opération du 15 juin 2016. Il est rappelé à cet égard que le

---

Dr D\_\_\_\_\_ a relevé des symptômes concernant l'ensemble du bras longtemps avant ladite intervention (cf. rapport du 11 juin 2014), tout comme le Dr E\_\_\_\_\_ qui a fait état d'un syndrome douloureux touchant l'ensemble du membre supérieur droit (cf. rapport reçu par l'OAI le 8 avril 2015 et rapport du 14 décembre 2015), le Dr L\_\_\_\_\_ qui a diagnostiqué un syndrome douloureux de l'hémicorps droit d'origine indéterminée (cf. rapports des 1<sup>er</sup> et 22 juin, 27 juillet 2015), les Dresses M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ qui ont relaté une diffusion secondaire des douleurs du poignet à tout le membre supérieur droit, jusque dans la nuque (cf. rapports des 3 juillet, 9 octobre et 14 décembre 2015).

En outre, les conclusions de la Dressse Y\_\_\_\_\_, selon lesquelles aucune fracture n'a été objectivée chez la recourante, apparaissent péremptoires, étant relevé que le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que l'aspect observé à deux ans du traumatisme pouvait être trouvé après une fracture consolidée (cf. rapport du 3 mars 2015). Il est également observé que le Dr F\_\_\_\_\_ a conclu que l'ostéonécrose du pôle proximal de l'os scaphoïde, avec un remaniement osseux, sans trait de fracture visualisée, était très probablement post-traumatique (cf. rapport du 14 octobre 2014).

Dans ces conditions, l'argumentation de la Dressse Y\_\_\_\_\_ n'est pas propre à remettre en cause les conclusions de la Dressse W\_\_\_\_\_. Il en va de même de l'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée du 10 janvier 2018, lequel a exposé que la scintigraphie osseuse du 6 septembre 2017 ne montrait pas d'argument pour une algodystrophie, puisque le diagnostic de SDRC est exclusivement clinique.

b. Cela étant, l'existence d'un SDRC n'a pas été confirmée par les autres spécialistes qui suivent la recourante, en particulier la Dressse M\_\_\_\_\_, laquelle a initialement diagnostiqué des douleurs chroniques du poignet droit sur une nécrose du scaphoïde et une lésion partielle du ligament scapho-ulnaire, des omalgies droites et un status post traumatique mécanique au travail (cf. rapport du 3 juillet 2015), puis a fait état d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, sans prendre position sur le diagnostic que venait de poser la Dressse W\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 23 octobre 2017). Quant au Dr E\_\_\_\_\_ qui a mentionné un SDRC (cf. rapport du 9 février 2018), il n'a livré aucune motivation venant étayer son nouvel avis. En réalité, il semble uniquement avoir repris les dernières conclusions de la Dressse W\_\_\_\_\_.

En outre, force est de constater que l'instruction médicale est lacunaire. Il est surprenant que ni l'intimée, ni l'OAI, n'ait sollicité de rapports complets et détaillés émanant du premier médecin consulté à la Permanence de Chantepoulet, alors que la recourante a fait état d'un traitement conséquent, avec une visite chez un ostéopathe, la prise de médicaments, le port d'une attelle et le suivi de séances de physiothérapie (cf. note relative à l'entretien du 9 mars 2015), ce qui est confirmé par le Dr E\_\_\_\_\_ qui a en outre mentionné une infiltration (cf. rapport du 16 janvier 2015 et rapport reçu par l'OAI le 8 avril 2015). De plus, le dossier ne contient aucun rapport relatif aux premières radiographies réalisées après le sinistre,

aucune évaluation portant sur les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, aucune information de la part du Dr C\_\_\_\_\_ concernant son traitement dispensé du 23 mai au 16 juin 2014. Quant aux nombreux rapports produits, ils ne comportent pas de descriptions complètes des examens cliniques pratiqués depuis l'intervention du 15 juin 2016. Il est enfin observé que la Dresse W\_\_\_\_\_ a évoqué plusieurs documents qui n'ont pas été produits par les parties, à l'instar d'un rapport d'ergothérapie du 4 août 2015, d'un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 8 juin 2016 ou encore d'un rapport relatif à une consultation de la Dresse Z\_\_\_\_\_ du 27 décembre 2017.

c. Par conséquent, les pièces à disposition de la chambre de céans ne lui permettent pas de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de SDRC.

18. L'intimée ne saurait être suivie lorsqu'elle affirme que l'éventuel SDRC ne peut de toute façon pas être retenu comme étant en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 24 avril 2013 ou l'intervention du 15 juin 2016, au vu de la période écoulée depuis le moment où il a été cliniquement évoqué.

En l'absence de rapports circonstanciés de la Permanence de Chantepoulet relatifs aux premières consultations, il n'est pas possible de déterminer si les critères de Budapest ont été remplis dans le délai de six à huit semaines suivant le sinistre.

De même, l'état actuel du dossier ne permet pas de se prononcer sur la réalisation des critères de Budapest dans les six à huit semaines après l'intervention chirurgicale du 15 juin 2016, dès lors que les rapports du Dr H\_\_\_\_\_ des 11 juillet et 5 septembre 2016, ainsi que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2016, ne font pas mention des symptômes rapportés par la recourante ni ne décrivent un éventuel examen clinique, et que le rapport établi par la Dresse M\_\_\_\_\_ le 25 octobre 2016 est imprécis quant à la date de réapparition des douleurs neurogènes suite à l'opération.

19. On observera également que d'autres symptomatologies douloureuses ont été attestées par les différents médecins consultés, sans que ces derniers ne précisent si elles devaient être attribuées au SDRC.

Ainsi, la recourante souffre d'omalgies droites (cf. rapports de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2015, de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2015, du Dr E\_\_\_\_\_ des 13 octobre 2015 et 9 février 2018, du Prof. T\_\_\_\_\_ du 9 août 2017, du Dr H\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2017), lesquelles ont justifié des investigations, en particulier des radiographies au mois de juin 2015 et des arthro-IRM en juin 2015 et en janvier 2017, ainsi qu'un traitement, sous la forme d'infiltration et de séances de physiothérapie (cf. rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2015). Aucun document relatif à ces traitements ne figure au dossier, dont l'état actuel ne permet pas de déterminer si une bursite sous acromio-deltoïdienne est responsable des omalgies, comme indiqué par les Dresses M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 3 juillet 2015, respectivement du 9 octobre 2015), ou si les douleurs sont en lien avec

---

un SDRC, comme semble le retenir la Dresse W\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 27 mai 2018).

Dans le même sens, des cervicalgies et des nuchalgies ont été rapportées, notamment par le Dr E\_\_\_\_\_ (cf. rapport reçu par l'OAI le 8 avril 2015), la Dresse M\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 3 juillet et 14 décembre 2015, 22 juin 2017 et 25 janvier 2018) ou encore la Dresse Q\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 9 octobre 2015), et le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente portait parfois une minerve souple pour le confort (cf. rapports des 31 août 2017 et 9 février 2018). Or, les médecins précités n'ont pas exposé si ces douleurs étaient une manifestation du SDRC.

20. Enfin, les pièces produites sont également insuffisantes pour tirer des conclusions quant à l'état de santé psychique de la recourante. En effet, la Dresse N\_\_\_\_\_ a préconisé une consultation en psychiatrie en raison de l'épuisement psychique de la recourante (cf. rapport du 3 juillet 2015) et la Dresse P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive depuis 2015 (cf. rapports des 24 septembre et 17 novembre 2015). Cette psychiatre a été consultée à six reprises en deux mois et a indiqué en septembre 2015 que le traitement prévu consistait en une prise en charge psychiatrique et une psychothérapie intégrée (cf. rapport du 24 septembre 2015). Or, aucun suivi n'a eu lieu, la priorité ayant été donnée à la formation et au suivi somatique, sans autre explication de la Dresse P\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 17 novembre 2015). On ne peut toutefois pas en conclure que l'état de santé psychique de la recourante se serait amélioré et que les diagnostics psychiatriques seraient en rémission. En effet, les ressources personnelles mises en place par la recourante pour ne pas s'enfoncer dans un état dépressif ont été par la suite soulignées (cf. rapport de la Dresse S\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2016) et plusieurs médecins ont constaté une thymie basse (cf. rapports de la Dresse S\_\_\_\_\_ du 22 juin 2017, du Prof. T\_\_\_\_\_ du 9 août 2017), voire un état anxio-dépressif (cf. rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 9 février 2018). L'impact majeur de la douleur sur la qualité de vie de la recourante dans tous les domaines et l'influence négative des douleurs continues sur les capacités physiques et psychiques ont été rapportés (cf. rapports de la Dresse W\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2017 et du Dr E\_\_\_\_\_ du 9 février 2018).

En l'absence de renseignements détaillés et précis sur les troubles psychiques présentés par la recourante, leur évolution et le traitement suivi, il paraît prématuré de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité adéquate avec le sinistre du 24 avril 2013.

21. Force est donc de constater que le dossier de la recourante, insuffisamment instruit, ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur son état de santé, de sorte qu'aucune stabilisation ne peut à ce stade être admise.
22. S'agissant de la question de savoir si les mesures de réadaptation de l'OAI ont bien été menées à terme, la chambre de céans précisera ici avoir jugé, dans la cause

opposant la recourante à l'OAI, que les pièces soumises à son appréciation ne permettaient pas de confirmer que les mesures d'ordre professionnel avaient permis à la recourante de se former dans une activité adaptée et de trouver un emploi.

Elle a également considéré que les pièces soumises à son appréciation ne permettaient pas de se déterminer sur les atteintes à la santé présentées par la recourante, les limitations fonctionnelles qui en découlent et leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail.

La chambre de céans a ainsi annulé la décision de l'OAI du 13 novembre 2017 et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/829/2018).

23. Compte tenu de ces éléments, il apparaît que la décision contestée repose également sur une instruction insuffisante pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

Il s'impose donc de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle en complète l'instruction, en sollicitant les rapports médicaux pertinents qui font défaut, puis en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, cas échéant en collaboration avec l'OAI.

24. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision sur opposition du 16 janvier 2018 et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision motivée.

25. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 16 janvier 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser une indemnité de dépens de CHF 2'000.- à la recourante.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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