



### **EN FAIT**

1. Madame à A\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assurée), de nationalité brésilienne et née le \_\_\_\_\_1976, était inscrite à l'assurance-chômage depuis le 24 décembre 2010 et était, à ce titre, assurée auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.
2. Le 6 juin 2012, alors qu'elle se trouvait chez elle, l'assurée est tombée, le talon de sa chaussure s'étant cassé.
3. Souffrant du genou, de la cheville gauche et du dos, l'assurée s'est immédiatement rendue au centre médical et sportif de Peillonex (CMSP), où les diagnostics de contusion du genou gauche et d'entorse de la cheville gauche ont été posés. Du repos, des antalgique et de la physiothérapie lui ont alors été prescrits.
4. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA.
5. A la demande du médecin traitant de l'assurée, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche a été réalisée le 22 juin 2012 et a mis en évidence les atteintes suivantes : lésion proximale du tendon du gastrocnémien interne corrélable vraisemblablement à l'état post-traumatique sans arrachement ni déchirure ; aspect hétérogène des ligaments croisés antérieurs posant le diagnostic différentiel d'une possible lésion antérieure au moins subtotalaire, associée à une discrète laxité des ligaments croisés postérieurs à corréliser avec la clinique, des signes d'instabilité étant évoqués. En revanche, aucune lésion méniscale et aucun signe de chondropathie n'étaient relevés.
6. Par la suite, l'assurée a été adressée au docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a posé le diagnostic de status après entorse du genou et de la cheville gauches dans un courrier du 30 juillet 2012 destiné à la SUVA. Lors de la consultation du 11 juillet 2012, l'assurée mentionnait des douleurs importantes au niveau du ligament collatéral interne. Radiologiquement, l'IRM du 22 juin 2012 avait mis en évidence une atteinte du ligament collatéral interne superficiel et un épaississement au niveau du ligament croisé antérieur, sans signe de rupture franche.
7. Dans son rapport du 3 septembre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic de status après entorse du genou gauche, tout en précisant qu'il y avait une lésion du ligament collatéral interne et du ligament croisé antérieur. Lors du contrôle du 24 août 2012, l'assurée se plaignait d'une insécurité avec des lâchages itératifs de son genou gauche. Des discrètes douleurs au niveau de l'insertion fémorale du ligament collatéral interne persistaient et une instabilité antéro-postérieure avec un Lachmann retardé et un pivot de glissement positif était relevé. Dans la mesure où l'instabilité dont souffrait l'assurée pouvait entraîner d'autres lésions, notamment au niveau du ménisque, le Dr C\_\_\_\_\_ a proposé une plastie du ligament croisé antérieur.

8. Le 12 octobre 2012, l'assurée a été examinée par les médecins du service d'angiologie et d'hémostase des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en raison d'une suspicion de thrombose vu la douleur persistante à la jambe gauche. L'examen n'ayant pas mis en évidence de thrombose veineuse profonde, aucun traitement particulier n'a été prescrit à l'assurée.
9. Par rapports des 12 novembre 2012 et 10 mars 2013, les médecins du département de chirurgie des HUG - le suivi étant désormais effectué par ce département - ont posé le diagnostic de rupture complète du ligament croisé antérieur (LCA) avec entorse du ligament latéral interne (LLI) du genou gauche. L'assurée se plaignait d'une instabilité quotidienne et de douleurs au niveau du compartiment interne. Une arthroscopie avec plastie du LCA était programmée.
10. Après avoir été repoussée à plusieurs reprises en raison de l'état de santé de l'assurée, l'intervention précitée a finalement été réalisée le 25 juin 2013.
11. Par rapports des 26 juin et 14 octobre 2013, les médecins du département de chirurgie des HUG ont rappelé le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche et ont précisé que l'évolution sous physiothérapie était bonne.
12. Le 14 octobre 2013, une nouvelle IRM a été effectuée et a mis en évidence des données illustrant un status post-plastie du ligament croisé antérieur, sans complication. Il n'y avait aucun argument en faveur d'une algodystrophie. En revanche, les données étaient compatibles avec une composante d'hyperplastie synoviale du pied du ligament croisé antérieur (syndrome du cyclope).
13. Le 29 octobre 2013, la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique ayant repris le suivi, a fait état d'une évolution défavorable avec d'importantes douleurs, une tuméfaction et une raideur du genou gauche. L'IRM pratiquée le 14 octobre 2013 ayant fait suspecter un cyclope, elle avait adressé l'assurée à la doctoresse E\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, pour discuter de la possibilité d'une résection dudit cyclope.
14. Dans son rapport du 13 décembre 2013, la Dresse D\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic de status post plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche, le complétant avec ceux de raideur et douleurs post-opératoires avec probable cyclope. Un rendez-vous était prévu avec la Dresse E\_\_\_\_\_ pour discuter d'une éventuelle arthroscopie en vue d'une résection du cyclope susmentionné et toilette articulaire. Après cette intervention, un séjour à la clinique romande de réadaptation (CRR) était souhaitable.
15. Pour sa part, la Dresse E\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de déchirure du ligament croisé antérieur du genou gauche, opéré le 25 juin 2013. En raison d'une raideur post-opératoire (flexum à 15° et flexion à 100°), une éventuelle arthrolyse arthroscopique était envisagée.

16. Le 3 février 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée. Selon le rapport y relatif, l'assurée se plaignait de douleurs permanentes augmentées au moindre effort, d'un manque évident de mobilité, d'une difficulté à pratiquer les escaliers, de douleurs nocturnes intermittentes, d'un épanchement intermittent et de blocages 10 à 12 fois par jour. Elle présentait également des douleurs lorsqu'elle se relevait de la position assise, ce qui l'obligeait à s'appuyer pour se relever.

Après avoir effectué son examen clinique, la Dresse F\_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée avait probablement subi une déchirure du ligament croisé antérieur en 2006, complétée lors de l'événement de 2012. Une arthrolyse était prévue pour le 17 février 2013, suivie d'une rééducation à l'hôpital de Beau-Séjour. Il était impossible pour l'assurée de se rendre à la CRR, n'ayant aucun parent pour s'occuper de ses deux enfants, une fillette de 2,5 ans et un fils de 13 ans, scolarisé en milieu spécialisé. Compte tenu de l'état actuel du genou et en l'absence de garantie sur le résultat de l'arthrolyse précitée, la rééducation allait être longue et le pronostic était réservé. Un changement de profession devait éventuellement être envisagé, une activité en position exclusivement debout paraissant compromise.

17. L'intervention projetée a finalement eu lieu le 18 mars 2014 et a consisté en une arthroscopie diagnostique suivie d'une arthrolyse arthroscopique du genou gauche. Suite à cette intervention, l'assurée a été hospitalisée du 18 au 20 mars 2014 aux HUG. Par la suite, elle a séjourné à l'Hôpital de Beau-Séjour du 20 au 28 mars 2014.

18. Par rapports intermédiaires des 26 mai et 10 juin 2014, les médecins du département de chirurgie des HUG ont rappelé les diagnostics déjà posés, en précisant que lors de la rédaction des rapports, l'assuré se plaignait toujours d'un manque de mobilité et d'une instabilité. Une reprise de l'activité professionnelle à 100% était toutefois envisageable dès le 9 juin 2014.

19. Dans son rapport du 12 juin 2014, la Dresse E\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée se plaignait encore de douleurs importantes au niveau du genou gauche, se diffusant jusqu'au niveau de la cuisse et du mollet gauches. L'assurée marchait avec une ou deux cannes en raison de douleurs diffuses, difficiles à expliquer. Dans de telles conditions, elle était toujours incapable de reprendre son activité professionnelle. La Dresse E\_\_\_\_\_ avait prescrit la réalisation d'une IRM dans le but de chercher une cause intra-articulaire aux douleurs. Elle avait également adressé l'assurée au service de rééducation pour un deuxième avis.

20. L'IRM, effectuée le 18 juin, a mis en évidence un status après plastie d'allure intègre bien orientée et homogène du ligament croisé antérieur. L'IRM du genou était par ailleurs dans les limites de la norme.

21. Le 1<sup>er</sup> juillet 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, a mentionné une évolution stagnante. L'IRM pratiquée le 18 juin 2014 n'avait pas mis en évidence de corps libre ou de cyclope. L'assurée allait être revue en août 2014 pour une

infiltration de cortisone, suite à laquelle la physiothérapie de renforcement devait être reprise.

22. Dans son rapport du 21 juillet 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution défavorable. Elle avait donc proposé la réalisation d'une scintigraphie osseuse dont le but était d'exclure un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Cela étant, à moyen terme, la reprise d'une activité lucrative dans un poste adapté était envisageable.
23. Une IRM du genou gauche, réalisée le 5 août 2014, a fait état d'un examen non évocateur d'un syndrome douloureux régional complexe de type 1 évolutif du membre inférieur gauche mais évoquait une chondropathie patellaire latérale débutante modérément évolutive à gauche.
24. Le 17 août 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ a complété son précédent rapport, relevant que le genou gauche restait douloureux et tuméfié. Après arrêt de la physiothérapie et la prise d'une médication par vitamine C et anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), la mobilité s'était améliorée. Selon le rapport relatif à la scintigraphie réalisée le 5 août 2014, aucun syndrome douloureux régional complexe n'avait été décelé quand bien même la situation était cliniquement très suspecte.
25. A la demande de la SUVA, la Dresse F\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné l'assurée en date du 22 septembre 2014. Après avoir résumé les pièces médicales du dossier, le médecin précité a décrit, dans son rapport daté du 24 septembre 2014, les plaintes de l'assurée, laquelle faisait état d'un genou gonflant lors des efforts avec des douleurs en fin de journée et la nuit. Elle continuait à marcher avec une canne. Par ailleurs, les douleurs étaient marquées en position assise et debout. L'assurée éprouvait des difficultés lorsqu'elle devait emprunter des escaliers, ne pouvant les pratiquer que pas à pas. Par ailleurs, elle évoquait une boiterie permanente et une sensation d'instabilité.

Après avoir procédé à un examen clinique, la Dresse F\_\_\_\_\_ a rappelé que les examens paracliniques n'étaient pas représentatifs d'un syndrome douloureux régional complexe. Cela étant, l'assurée n'allait quasiment assurément pas pouvoir reprendre son métier de vendeuse. D'ici quelques mois, son cas allait être stabilisé et une exigibilité pourrait alors être déterminée. S'agissant de la chondropathie, elle entraînait dans le cadre de l'affection générale, de sorte qu'elle ne pouvait être retenue en dehors du traumatisme. Enfin, il ne pouvait être fait référence à un *statu quo* étant donné l'aggravation retenue suite au traumatisme de juin 2012.

26. Dans son rapport intermédiaire du 6 octobre 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics de plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche, reprise pour cyclope et syndrome douloureux régional complexe secondaire. L'évolution était meilleure sous traitement de Miacalcic et physiothérapie et le pronostic était lentement favorable.
27. Le 27 octobre 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ a mentionné une évolution très lentement favorable avec un arrêt des anti-inflammatoires en raison d'épigastralgies, ayant

---

entraîné une augmentation des douleurs, et un arrêt du Miacalcic en raison d'une sinusite. L'assurée marchait toujours avec des cannes et se plaignait de douleurs localisées au genou, à la jambe, à la cheville et même au pied droit. Le tendon rotulien restait excessivement sensible à la palpation mais aucune laxité frontale n'était constatée. Elle n'avait pas d'autre proposition thérapeutique que la physiothérapie associée à une médication antalgique. En cas de péjoration des symptômes, une nouvelle scintigraphie pouvait éventuellement être effectuée à la fin de l'année. L'assurée ayant indiqué qu'elle était mère au foyer, la Dresse D\_\_\_\_\_ ne connaissait pas la nature de son précédent poste de travail et elle laissait le soin au médecin d'arrondissement d'évaluer la capacité de travail de sa patiente.

28. A la demande de la SUVA, l'assurée a séjourné à la CRR du 28 janvier au 20 février 2015, pour rééducation et évaluation multidisciplinaire en raison de ses gonalgies chroniques gauches. Selon le rapport y consécutif, établi le 2 mars 2015, les diagnostics suivants ont été retenus : possible syndrome douloureux régional complexe de type 1 (algoneurodystrophie) du genou gauche actuellement au décours ; intervention du 18 mars 2014 : arthrolyse arthroscopique du genou gauche suite à une raideur articulaire post-plastie du ligament croisé antérieur (LCA) ; intervention du 25 juin 2013 : plastie du ligament croisé antérieur par greffe aux tendons ischiojambiers (droit interne demi-tendineux - DIDT) pédiculé partiellement manchonné ; traumatisme en pivot du genou gauche le 6 juin 2012 avec déchirure complète du ligament croisé antérieur, les comorbidités étant les suivantes : trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, hyperlaxité constitutionnelle et obésité modérée (BMI 30.52 kg/m<sup>2</sup>).

Les données anamnestiques parlaient en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe mais lors du séjour, il n'y avait pas de signes actifs hormis les douleurs.

Sur le plan psychique, la symptomatologie anxio-dépressive était légère, et sans incidence sur la capacité de travail. A noter que l'assurée bénéficiait déjà d'un suivi psychologique en ambulatoire à Genève depuis un an en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle dans le contexte de douleurs chroniques difficilement gérables, d'une inactivité pesante et d'un contexte familial parfois problématique.

Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assurée, à savoir l'éloignement familial mal vécu, le mal-être à la clinique, une kinésiophobie élevée (score de 48 au questionnaire TSK) avec peur de tomber, une patiente très centrée sur la douleur avec une auto-évaluation de la douleur élevée, une catastrophisation élevée (score de 43 au questionnaire PCS) et une situation professionnelle précaire (absence de formation, chômage lors de l'accident). Des incohérences avaient été relevées et devaient être mises en lien avec la peur de la douleur et du mouvement.

Les médecins de la CRR ont également retenu les limitations fonctionnelles suivantes : toute activité nécessitant l'appui sur les genoux ou d'autres positions contraignantes du genou (telles que la position accroupie, la montée sur les échelles) ainsi que la position debout prolongée et le port de charges de plus de 10 à 15 kg étaient à proscrire. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives relevées par les médecins de la CRR. Enfin, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de vendeuse en informatique était défavorable en raison de facteurs médicaux et non médicaux. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées était a priori favorable, étant précisé qu'une capacité totale était attendue. Cela étant, la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une stabilisation n'étant attendue que dans un délai de trois mois.

29. Lors d'un entretien téléphonique du 15 juin 2015, la Dresse D\_\_\_\_\_ a sollicité de la SUVA la prise en charge d'un examen auprès du centre de la douleur, vu l'aggravation de l'état de l'assurée depuis le mois d'avril 2014 malgré le traitement de physiothérapie.
30. Le 17 juin 2015, la Dresse F\_\_\_\_\_ a procédé à un examen final. Après avoir résumé les pièces du dossier, le médecin d'arrondissement précité a décrit les plaintes de l'assurée, laquelle faisait état de douleurs constantes, d'importance variable, avec douleurs postérieures partant du mollet et remontant jusqu'à la face postérieure de la cuisse. Elle ressentait également des sensations de froid et parfois de chaud au niveau de son genou lequel était gonflé par intermittence, comme son pied d'ailleurs. L'assurée mentionnait en outre des crampes plus ou moins fréquentes lorsqu'elle restait assise longtemps. Elle pouvait marcher à plat pendant 10 à 15 minutes au maximum mais ne pouvait pas monter les escaliers.

Selon les constatations cliniques de la Dresse F\_\_\_\_\_, l'assurée était en net excès de poids. Elle présentait une boiterie marquée, avec un manque de flexion du genou lors du pas. La marche sur la pointe des pieds était difficile, impossible sur les talons. Le genou gauche n'était ni rouge ni chaud et ne montrait aucun épanchement à 9h du matin. La mobilisation de la rotule était douloureuse.

A titre de diagnostics, le médecin d'arrondissement précité a retenu un possible syndrome douloureux régional complexe de type I au décours ainsi qu'un status après plastie du ligament croisé antérieur gauche le 25 juin 2013. En conclusion, la Dresse F\_\_\_\_\_ considérait qu'hormis les plaintes, il n'y avait pas de signe clair pour un syndrome douloureux régional complexe. Il appartenait toutefois à la SUVA de prendre en charge le traitement proposé par la Dresse D\_\_\_\_\_ pendant encore trois mois. Dans ce même délai, le cas allait être stabilisé et ce quand bien même l'état douloureux devait persister. Après avoir résumé les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR, la Dresse F\_\_\_\_\_ a considéré que dans une position sédentaire, avec la possibilité de se lever, la capacité de travail était de 100%.

31. Lors d'un entretien téléphonique, le 22 juin 2015, l'assurée a informé la SUVA que le traitement contre la douleur commencerait le 20 août 2015 auprès du professeur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie.
32. Le 24 juin 2015, la Dresse F\_\_\_\_\_ a considéré que le traitement contre la douleur, envisagé par l'assurée ne changeait en rien l'exigibilité définitive relevée dans l'appréciation précitée.
33. Par communication du 1<sup>er</sup> juillet 2015, la SUVA a informé l'assurée qu'avec effet au 30 septembre 2015, elle mettrait fin au versement des indemnités journalières et au paiement des frais de traitement, sauf en ce qui concernait les frais du traitement préconisé par la Dresse D\_\_\_\_\_ pendant un délai de trois mois.
34. Le 24 août 2015, le Prof. H\_\_\_\_\_ a informé la SUVA qu'il avait vu l'assurée en consultation le 20 août 2015, consultation lors de laquelle elle s'était essentiellement plainte de douleurs au niveau du genou, les sensations de modification de la température ayant disparu. A l'examen clinique, il avait observé un status neurologique pathologique avec une perte de la sensibilité dans le territoire des branches nerveuses sous rotulienne, avec un point de gâchette distinct dans la cicatrice. Le Prof. H\_\_\_\_\_ était donc arrivé à la conclusion que l'assurée souffrait d'une neuropathie, ce qui était une complication fréquente sur le type d'incision dont elle avait fait l'objet. Il était d'avis qu'il y avait très certainement un névrome dans cette cicatrice, provoquant les douleurs. Dans une telle situation, il convenait de procéder à une révision de cicatrice avec une thermo-ablation du névrome, geste devant être pratiqué par un microchirurgien, raison pour laquelle il avait adressé l'assurée à la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main.
35. L'appréciation du Prof. H\_\_\_\_\_ a été soumise à la Dresse F\_\_\_\_\_, qui a considéré, le 31 août 2015, que l'intervention préconisée par ce médecin n'était qu'en relation de causalité possible avec l'accident assuré. Par ailleurs, vu l'examen à l'agence, les différents examens cliniques, le contexte et les plaintes de l'assurée, le médecin d'arrondissement considérait que la révision de cicatrice n'était pas justifiée, ce d'autant moins qu'elle n'avait jamais été proposée par le passé.
36. Par décision du 4 septembre 2015, la SUVA a refusé de prendre en charge l'intervention chirurgicale préconisée par le Prof. H\_\_\_\_\_ et a confirmé les termes de son courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2015 à savoir la fin du versement des indemnités journalières et du paiement des soins médicaux avec effet au 30 septembre 2015.
37. Le 4 septembre 2015, la Dresse F\_\_\_\_\_ a considéré que les troubles dont souffrait l'assurée n'atteignaient pas le taux notable nécessaire pour reconnaître une atteinte à l'intégrité. Toutefois, vu la probable évolution, la situation devait être réévaluée dans cinq ans.
38. Par courrier du 15 septembre 2015, l'assurée, sous la plume de son conseil, a formé opposition conservatoire à la décision du 4 septembre 2015, et a conclu à l'annulation de la décision précitée et au versement des prestations d'assurance au-

---

dès le 30 septembre 2015. Subsidiativement, elle demandait la reprise de l'instruction avant une nouvelle décision sur son droit aux prestations.

39. La Dresse D\_\_\_\_\_ a informé la SUVA, par courrier du 15 septembre 2015, que l'évolution était défavorable, l'assurée présentant toujours une tuméfaction avec enraidissement, des troubles trophiques locaux, évoquant un syndrome douloureux régional complexe, quand bien même celui-ci n'avait pas été confirmé par la scintigraphie. Vu l'impasse thérapeutique, le traitement préconisé par le Prof. H\_\_\_\_\_ valait la peine d'être tenté. Actuellement, la reprise d'une activité de vendeuse n'était pas envisageable, seule une activité sédentaire, permettant une marche limitée, impliquant le changement de position, était concevable. Une autre activité assise, sans déplacement ou port de charges était également possible. Dès lors qu'il existait une proposition thérapeutique pouvant améliorer l'état clinique et, par conséquent, la capacité de gain, l'état n'était pas stabilisé.
40. Par courrier du 22 octobre 2015, l'assurée a complété son opposition du 15 septembre 2015, considérant que la relation de causalité entre l'intervention chirurgicale dont elle avait été l'objet et son état de santé actuel était donnée. Compte tenu des appréciations de la Dresse D\_\_\_\_\_ et du Prof. H\_\_\_\_\_, la SUVA était priée de poursuivre le versement des prestations d'assurance, soit plus particulièrement des frais de traitement, y compris l'intervention consistant à réviser la cicatrice avec une thermo-ablation du névrome. Subsidiativement, la SUVA était priée de se prononcer sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et sur son droit à une rente d'invalidité. Enfin, l'assurée sollicitait la réalisation d'une expertise indépendante, laquelle devait se prononcer sur la date du statu quo avant de statuer à nouveau sur ses prestations.

En annexe à l'opposition figuraient les documents suivants :

- Le rapport du Prof. H\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2015, dans lequel ce médecin a posé le diagnostic de neuropathie cicatricielle d'une branche sous-rotulienne gauche. Il y avait très certainement un névrome enclavé dans la cicatrice et la douleur allait se manifester à chaque fois que l'assurée chargeait sa jambe gauche. Les douleurs allaient varier en fonction de l'intensité de l'activité. La capacité de travail de l'assurée était fonction de l'intensité physique de l'activité professionnelle de sorte que le Prof. H\_\_\_\_\_ n'était pas en mesure de se prononcer. Il était toutefois d'avis que l'opération du névrome cicatriciel pouvait améliorer l'état de santé de l'assurée de sorte que le lien de causalité avec l'intervention chirurgicale était certaine. Il ne partageait pas l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_, laquelle avait totalement ignoré la présence de modifications sensorielles dans le territoire du nerf ainsi que le point de gâchette situé dans la cicatrice. Cette complication était fréquente lors de toute incision longitudinale effectuée dans cette région, et ce surtout si le chirurgien avait utilisé un bistouri classique, avec lequel le taux de complication était de 70%. En utilisant un bistouri électrique, le taux de complication diminuait à 10-15%.

- 
- Le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2015, dans lequel le médecin précité citait les diagnostics suivants : entorse grave du genou gauche avec déchirure du LCA le 6 juin 2012, plastie du ligament croisé antérieur par DIDT le 25 juin 2013, raideur et flexum résiduel avec reprise chirurgicale le 18 mars 2014 et résection d'un cyclope, syndrome douloureux chronique et syndrome de douleur régionale complexe de type I du genou gauche. Lors de la rédaction du rapport, l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique avec des épanchements itératifs et une limitation fonctionnelle tant en flexion qu'en extension. Sa capacité de travail dans son activité habituelle de vendeuse était nulle. En théorie, elle était entière dans une activité adaptée assise avec peu de déplacements et ce dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : limitation du périmètre de marche, limitation de la mobilité en flexion et extension et douleurs lors de la montée et de la descente des escaliers ainsi qu'impossibilité de s'accroupir ou de s'agenouiller. Pour sa part, la Dresse D\_\_\_\_\_ avait proposé toutes les mesures possibles pour améliorer l'état de santé de la recourante et avoir un impact sur le syndrome douloureux. Elle avait adressé sa patiente auprès d'un spécialiste de la douleur pour avoir des propositions thérapeutiques d'un bloc ou d'un autre traitement.

N'étant pas spécialisée dans le traitement de la douleur et n'ayant pas posé le diagnostic, la Dresse D\_\_\_\_\_ ne s'estimait pas en mesure de répondre aux questions de savoir si l'opération du névrome cicatriciel était susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assurée et si ladite intervention était justifiée. Il était toutefois possible que l'intervention en question améliore l'état de santé et diminue la prise de médicaments sans toutefois avoir d'effet sur la capacité de travail.

Selon l'avis des médecins spécialisés dans le traitement de la douleur, la recourante souffrait d'un syndrome douloureux régional complexe de type II sur lésion du nerf saphène interne. Enfin, la Dresse D\_\_\_\_\_ était d'avis que l'atteinte à la santé justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%.

41. Les rapports des Drs D\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont été soumis à la Dresse F\_\_\_\_\_ qui a considéré, dans une appréciation du 28 octobre 2015, que même si l'état douloureux persistait, l'état était stabilisé. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle était nulle dès lors que l'assurée ne présentait ni arthrose, ni laxité, ni troubles fonctionnels du genou atteignant un taux notable. La situation devait cependant être réévaluée d'ici quelques années. Lors de la rédaction de l'appréciation médicale, seul persistait un syndrome douloureux dans un contexte de troubles de l'adaptation à réaction mixte anxieuse et dépressive avec des facteurs contextuels.
42. Par décision du 2 novembre 2015, la SUVA a écarté l'opposition de l'assurée, considérant que les rapports au dossier ne permettaient pas de considérer que l'intervention préconisée par le Prof. H\_\_\_\_\_ puisse améliorer, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité de travail et/ou de gain de l'assurée. Au demeurant, la Dresse D\_\_\_\_\_ ne pouvait se prononcer sur la justification de

l'intervention projetée. Quant au Prof. H\_\_\_\_\_, il n'avait pas pu répondre de manière précise aux questions du conseil de l'assurée, étant en outre relevé que ce praticien retenait un état de fait ne correspondant pas aux éléments du dossier. Pour toutes ces raisons, il n'y avait pas lieu d'ordonner une expertise.

43. Le 30 novembre 2015, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision sur opposition du 2 novembre 2015, concluant sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision querellée et, cela fait, à la condamnation de la SUVA de poursuivre le versement des prestations d'assurance (frais de traitement, y compris la révision de la cicatrice avec thermo-ablation du névrome, ainsi que les éventuelles indemnités journalières y consécutives), subsidiairement au renvoi de la cause à la SUVA pour décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et sur la rente d'invalidité ainsi que pour la mise en œuvre d'une expertise indépendante permettant de déterminer la date du *statu quo sine* avant nouvelle décision sur le droit aux prestations. A l'appui de ses conclusions, la recourante a repris les arguments qu'elle avait fait valoir dans son opposition, à savoir que les rapports de la Dresse F\_\_\_\_\_ étaient dénués de toute valeur probante dès lors qu'ils ne prenaient en considération ni ses plaintes ni le rapport du Prof. H\_\_\_\_\_. A cela s'ajoutait le fait que selon la Dresse D\_\_\_\_\_, il était possible que l'intervention préconisée améliore son état de santé et diminue la prise de médicaments. Dès lors qu'il existait une proposition thérapeutique susceptible d'améliorer son état de santé et, par conséquent, sa capacité de gain, son cas n'était pas stabilisé, ce qui avait d'ailleurs été confirmé par la Dresse D\_\_\_\_\_. Enfin, son dossier avait été soumis au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de sa protection juridique, lequel avait considéré que les mesures médicales ultérieures étaient en lien de causalité probable avec l'accident du 6 juin 2015 (recte 2012). Le Dr J\_\_\_\_\_ ne partageait par conséquent pas l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_, estimant que le traitement concernant le névrome était bénéfique pour l'amélioration de son état de santé. Par conséquent, la révision de la cicatrice avec thermo-ablation du névrome pouvait améliorer son état de santé et était par conséquent en lien de causalité avec l'accident du 6 juin 2012.
44. Par courrier du 12 janvier 2016, la recourante a transmis à la chambre de céans le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2015, dans lequel ce médecin a notamment considéré, outre ses considérations résumées ci-dessus, que le névrome cicatriciel constituait une complication classique, bien connue dans les cas d'abord chirurgical antérieur du genou, pouvant léser une branche sensitive du nerf saphène interne (rami infrapatellaires). Le médecin-conseil de la protection juridique partageait par conséquent l'avis du Prof. H\_\_\_\_\_, lequel soulignait dans son rapport du 9 octobre 2015 la participation négative de cet état au syndrome douloureux, et par voie de conséquence, à toute la fonction du genou. Il se prononçait dès lors en faveur du traitement de ce névrome, dans un premier temps par infiltration, à but localisateur et thérapeutique et, par la suite si nécessaire, par une exérèse chirurgicale.

45. La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu en date du 2 mars 2016, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

A titre liminaire, elle a relevé que la décision sur opposition litigieuse ne se prononçait ni sur le droit à une rente ni sur celui à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de sorte que les conclusions prises dans ce sens par le recourante devaient être déclarées irrecevables.

S'agissant du droit au traitement médical, l'intimée a considéré que de l'avis unanime des médecins consultés, aucun traitement, sous réserve de l'intervention préconisée par le Prof. H\_\_\_\_\_, n'était susceptible d'améliorer l'état de santé la recourante. La seule question qui se posait ainsi dans ce contexte était de savoir si l'ablation du névrome, telle que proposée par le Prof. H\_\_\_\_\_, pouvait contribuer à améliorer l'état de santé de la recourante ou si ledit traitement consistait en une simple possibilité lointaine d'amélioration. Or, selon l'appréciation circonstanciée du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil, à qui le dossier avait été soumis, le diagnostic retenu par le Prof. H\_\_\_\_\_ était incompatible avec le tableau clinique observé lors de l'hospitalisation à la CRR. Par ailleurs, le névrome était également en contradiction avec les plaintes de la recourante, qui ne permettaient pas de conclure à la persistance de douleurs de type neurologique. Ainsi, pour le Dr K\_\_\_\_\_, une révision des cicatrices post-opératoires tendant à l'ablation du névrome n'était pas de nature à améliorer de manière significative l'état de santé de la recourante. Le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ respectait tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Enfin, la question de savoir si les symptômes douloureux avaient une composante psychique n'était pas pertinente dès lors que les conditions en la matière n'étaient pas réalisées.

En annexe figurait notamment l'appréciation précitée du Dr K\_\_\_\_\_ du 18 février 2016. Après avoir procédé à un résumé des antécédents médicaux sur la base des pièces communiquées, le médecin-conseil précité a considéré que les constatations (trouble sensitif infrapatellaire et douleur provoquée par la percussion de la région cicatricielle) du Prof. H\_\_\_\_\_ contredisaient jusque dans certaine mesure les résultats de tous les examens précédents, y compris de ceux pratiqués par la Dresse D\_\_\_\_\_. Le neurome cicatriciel évoqué par le Prof. H\_\_\_\_\_ aurait dû attirer l'attention des médecins de la CRR. En outre, le trouble sensitif, constaté à la CRR, était réparti diffusément sur l'ensemble de l'extrémité inférieure gauche. Les troubles tels que décrits par la recourante ne présentaient pas le caractère d'une douleur neuropathique. Par ailleurs, leur localisation dans le mollet, le creux poplité et la cuisse gauche ne pouvaient s'expliquer par un neurome cicatriciel supposé au niveau de la face antérieure du genou. Partant, des doutes quant au diagnostic de neurome pouvaient être élevés. Des indices évocateurs de la pérennisation des douleurs par des facteurs étrangers à l'accident (tendance à l'autolimitation, trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive) étaient également présents. Dans de telles circonstances, la révision cicatricielle au niveau du genou et

---

l'exérèse éventuelle d'un neurome cicatriciel ne pouvaient entraîner une amélioration déterminante des suites de l'accident. En d'autres termes, on ne devait pas s'attendre à ce que cette intervention soit en mesure d'améliorer les suites de l'accident de manière significative.

46. L'écriture de l'intimée a été transmise à la recourante, laquelle a soumis l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ au Dr J\_\_\_\_\_. A teneur de l'avis du médecin-conseil précité, du 7 avril 2016, joint aux observations de la recourante du 11 avril 2016, le genou de cette dernière présentait un déficit sensitif du territoire propre aux rameaux nerveux cutanés sous patellaires, objectivé notamment par le Prof. H\_\_\_\_\_, lequel avait noté un *trigger point* distinct de la cicatrice, pouvant très vraisemblablement être attribué à un névrome cicatriciel. Il s'agissait ainsi d'une lésion d'un nerf sensitif cutané (coupé, écrasé, étiré ou comprimé par la cicatrice). Selon le Dr J\_\_\_\_\_, une lésion d'un nerf, de type mécanique, évoluait en principe vers une cicatrice, à savoir un névrome. Un névrome possédait un seuil d'excitabilité bien plus bas qu'un nerf intact en ce sens que la moindre sollicitation par pression, effleurement, tiraillement ou analogue pouvait être à l'origine de douleurs invalidantes. S'agissant de l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_, le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré qu'elle était dénuée de toute force probante, ce médecin ayant tiré des conclusions sans avoir examiné la recourante. Par ailleurs, pour le Dr J\_\_\_\_\_, une zone anesthésique infrapatellaire, dans l'environnement chirurgical du genou, était tellement fréquente que l'examen clinique avait tendance à l'admettre, sans mention particulière. Ce n'était ainsi que lors d'une recherche précise et spécialement dirigée que ce diagnostic, complété par la présence d'un névrome comme dans le cas de la recourante, pouvait être établi. La lésion d'au moins un rameau infrapatellaire du nerf saphène interne était ainsi établie, avec la très probable présence d'un névrome cicatriciel.
47. Par courrier du 15 août 2016, la chambre de céans a posé cinq questions au Prof. H\_\_\_\_\_, auxquelles il a répondu en date du 19 août 2016, renvoyant à son rapport du 24 août 2015 pour le status clinique et expliquant qu'il ne savait pas si la Dresse I\_\_\_\_\_ avait examiné la recourante. Pour le surplus, il a répondu de la manière suivante aux questions posées par la chambre de céans.

A la question de savoir si l'intervention préconisée était susceptible d'améliorer la capacité de travail de la recourante, le Prof. H\_\_\_\_\_ a répondu que « l'intervention proposée [était] une intervention standard pratiquée depuis plusieurs décennies par des micro-chirurgiens ayant comme connaissance le traitement des nerfs périphériques. Il [s'agissait] d'abord d'isoler le névrome situé sur la partie centrale du nerf ayant été sectionné, puis d'enlever celui-ci avec une technique de coagulation thermique suivie (...) d'un enfouissement de la terminaison nerveuse dans un trou dans l'os. Ceci [permettait] d'éliminer complètement le risque de récurrence du névrome. Le taux de succès avec disparition complète de toute douleur et retour de la fonction [était], selon [ses] statistiques récoltées sur une période de près de 40 ans, de 85 à 90%. Comme pour la majorité

des patients souffrant de douleurs d'origine neurologique suite à une intervention chirurgicale, les douleurs [étaient] d'une intensité importante, fréquemment majorées lors de l'utilisation des extrémités, par exemple à la marche ou en position assise avec le genou plié. Habituellement, les douleurs [étaient] de l'ordre de 7 à 10 sur une échelle allant de 0 à 10, et [répondaient] rarement à une médication. Il [était] évident que les 2 médecins de l'arrondissement de la SUVA [n'avaient] aucune idée de la pathologie à laquelle ils étaient confrontés. Pour [l'information de la chambre de céans], toute incision telle qu'elle [était] réalisée chez cette patiente [était] associée avec une section des nerfs sous rotuliens provenant du nerf saphène. Heureusement, tous les patients ne [développaient] pas des névromes, mais le risque était estimé à 30-40%. L'utilisation d'un bistouri électrique plutôt que d'un bistouri classique [réduisait] d'environ 90% le risque de développer des névromes, mais cette information [était] largement méconnue des orthopédistes qui [pratiquaient] ce type d'interventions ». Le Prof. H\_\_\_\_\_ encourageait également vivement la chambre de céans à consulter sa page internet pour de plus amples informations sur les douleurs cicatricielles.

En cas de réponse positive à la question précitée, le Prof. H\_\_\_\_\_ était prié de préciser si l'amélioration escomptée était simplement possible ou établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Pour le médecin précité, « il [était] évident vu [sa] réponse précédente que [la recourante] était actuellement dans l'incapacité totale d'effectuer un travail à 100%, et ce même dans une activité sédentaire ».

Enfin, à la question de savoir quel type d'activité professionnelle était encore envisageable pour la recourante suite à l'intervention précitée (limitations fonctionnelles, type d'activité), le Prof. H\_\_\_\_\_ a répondu que « la plupart de [ses] patients ayant subi une révision cicatricielle [devenaient] asymptomatiques immédiatement après l'intervention, à l'exception des douleurs postopératoires censées durer au maximum 1 semaine ».

48. Les réponses du Prof. H\_\_\_\_\_ ont été transmises aux parties qui se sont prononcées par courriers du 14 septembre 2016.

Pour l'intimée, le Prof. H\_\_\_\_\_ prétendait de manière péremptoire, sans fournir le moindre élément objectif et sans discuter leurs opinions, que ses médecins-conseils ne connaissaient pas la pathologie dont souffrait la recourante. Dans ces circonstances, les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, contestant l'existence d'un névrome, n'apparaissaient pas valablement remises en cause.

Quant à la recourante, elle n'a pas formulé d'observations particulières, et a persisté dans les conclusions de son recours du 30 novembre 2015.

49. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

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

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

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 30 novembre 2015, le recours a été interjeté le délai prévu par la loi.

4. Reste encore à circonscrire l'objet du litige.

a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1b et 2). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

b. En l'espèce, par décision du 4 septembre 2015 et par décision sur opposition du 2 novembre 2015, la SUVA a mis un terme, avec effet au 30 septembre 2015, à la prise en charge des prestations temporaires, à savoir les indemnités journalières et le traitement médical.

---

Force est ainsi de constater, dans ce contexte, que les problématiques de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et de la rente d'invalidité n'ont fait l'objet ni de la décision du 4 septembre 2015 ni de la décision sur opposition querellée, de sorte qu'elles sortent du cadre du litige porté par-devant la chambre de céans et doivent être déclarées irrecevables. Le recours est toutefois recevable pour le surplus.

Le litige ne concerne ainsi que le droit de l'intimée à clôturer le cas, singulièrement la question de la stabilisation de l'état de santé de la recourante au 30 septembre 2015, ce qui a pour corollaire la fin de la prise en charge du traitement et du versement des indemnités journalières.

5. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 2 1<sup>re</sup> phrase LAA).

Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). A teneur de la disposition précitée, 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 (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA). Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical et les indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

Ainsi, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1, 2<sup>e</sup> phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 et les références citées).

b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« *namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten* » ; « *un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato* ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est

---

pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001).

Par conséquent, le moment déterminant pour délimiter, du point de vue temporel, le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité est celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1).

c. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1, ATF 116 V 41 consid. 2c).

6. Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b).

Avant stabilisation du cas, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 10 LAA. En revanche, après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait conformément à l'art. 21 LAA. Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne perçoit pas de rente LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_191/2011 du 16 septembre 2011 et 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011), lorsque la décision de rente n'est pas entrée en force lors de la demande de prise en charge d'un traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 252/01 du 17 juin 2002) ou encore lorsque la rente a été supprimée lors d'une révision (arrêt du Tribunal fédéral 8C 215/2016 du 22 juin 2016).

Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 *in fine*).

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). La tâche du médecin consiste

à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). 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).

b. 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).

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du

---

médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

b/bb. Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants, de sorte que l'art. 44 LPGA n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation.

b/cc. 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).

c. 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).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement

---

comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b; DTA 1998 n° 48, p. 284).

En l'espèce, la question qui se pose est celle de savoir si c'est à juste titre que la SUVA a considéré que l'état de la recourante était stabilisé au 30 septembre 2015. Pour y répondre, il convient d'examiner si on peut encore attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA *a contrario*, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

Dans la décision et la décision sur opposition querellées, la SUVA s'est fondée sur les conclusions des médecins de la CRR et sur celles de son médecin d'arrondissement, lesquels ont expressément mentionné une stabilisation de l'état de la recourante au 30 septembre 2015 (voir rapport de la CRR du 2 mars 2015, prévoyant une stabilisation dans un délai de trois mois et rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 17 juin 2015, faisant état d'une stabilisation dans un délai de trois mois quand bien même l'état douloureux devait persister). En cours de procédure, l'intimée a sollicité l'avis du Dr K\_\_\_\_\_, son médecin-conseil en neurologie, lequel a considéré, dans son appréciation du 18 février 2016, que l'intervention préconisée n'entraînerait aucune amélioration déterminante des suites de l'accident, le diagnostic de névrome étant pour le surplus remis en question par ce médecin.

Pour sa part, la recourante se base sur les appréciations de la Dresse D\_\_\_\_\_, du Dr J\_\_\_\_\_ et du Prof. H\_\_\_\_\_ pour considérer que dans la mesure où le

traitement préconisé par ce dernier médecin était susceptible d'améliorer son état, celui-ci n'était pas stabilisé.

Force est toutefois de constater que selon la Dresse D\_\_\_\_\_, elle avait proposé toutes les mesures possibles pour améliorer l'état de santé de la recourante (courrier du 12 octobre 2015) et qu'elle s'était trouvée dans une impasse thérapeutique (courrier du 15 septembre 2015). Elle était d'avis que, dans de telles circonstances, dès lors qu'il existait une proposition thérapeutique pouvant améliorer l'état clinique et, par conséquent, la capacité de gain, l'état de santé de sa patiente n'était pas stabilisé et que le traitement en question valait la peine d'être tenté (courrier du 15 septembre 2015). La Dresse D\_\_\_\_\_ a toutefois admis, par courrier du 12 octobre 2015, qu'elle n'était en mesure de se prononcer ni sur la justification de l'intervention préconisée par le Prof. H\_\_\_\_\_ ni sur l'amélioration de l'état de santé de la recourante dans la mesure où elle n'avait pas posé le diagnostic et qu'elle n'était pas spécialisée dans le traitement de la douleur. Elle estimait toutefois possible une amélioration suite à l'intervention avec une diminution de la médication mais sans toutefois avoir d'effet sur la capacité de travail.

En d'autres termes, la Dresse D\_\_\_\_\_ avait considéré avoir prescrit toutes les mesures thérapeutiques possibles de son ressort, sans succès. Cela étant, vu l'intervention préconisée par le Prof. H\_\_\_\_\_, il existait un espoir d'amélioration de l'état de la recourante, celui-ci ne pouvant ainsi être considéré comme étant stabilisé. On doit ainsi comprendre que s'il n'y avait pas cette proposition thérapeutique, le médecin traitant de la recourante aurait considéré que l'état de santé de cette dernière était stabilisé.

La question qui se pose est dès lors celle de savoir si le traitement préconisé par le Prof. H\_\_\_\_\_ est susceptible d'améliorer de manière notable l'état de la recourante, ce par quoi il faut entendre sa capacité de travail conformément à l'ATF 134 V 109.

La chambre de céans a dès lors questionné le Prof. H\_\_\_\_\_ dans ce sens. Or, force est de constater que, malgré les questions précises posées, ce médecin n'a pas pris position sur les effets escomptés sur la capacité de travail de la recourante, se limitant à faire des remarques d'ordre général sur les névromes et l'intervention préconisée. On ne sait ainsi pas quels sont les éléments précis qui, dans le cas de la recourante, ont permis au Prof. H\_\_\_\_\_ de poser le diagnostic de névrome et l'indication d'une intervention chirurgicale. On ne sait pas non plus si l'intervention en question est susceptible d'entraîner une amélioration de la capacité de travail, à savoir si, suite à cette intervention, la recourante serait à nouveau susceptible d'occuper toutes les activités envisageables et notamment une activité de vendeuse comme c'était le cas avant le chômage et l'accident et, dans l'affirmative, si une telle amélioration était simplement possible ou au contraire établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Bien plus, alors que tous les autres médecins, qu'ils aient été consultés par la SUVA ou par la recourante, étaient d'avis que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée, de type sédentaire,

le Prof. H\_\_\_\_\_ a considéré que la recourante était totalement incapable de travail dans quelque activité que ce soit.

Quant au Dr J\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la protection juridique de la recourante, s'il admet l'existence d'un névrome qu'il convient de traiter, il estime en revanche que les soins doivent dans un premier temps consister en une infiltration à but localisateur et thérapeutique et, seulement dans un deuxième temps, éventuellement en une exérèse chirurgicale. Ainsi, le traitement préconisé par le Prof. H\_\_\_\_\_, à savoir la thermo-ablation du névrome, soit l'exérèse chirurgicale à laquelle le Dr J\_\_\_\_\_ fait référence, ne constitue pas le premier acte que le médecin-conseil précité prescrirait dans le cas de la recourante.

Dans de telles circonstances, force est de constater qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le traitement en question permettrait d'améliorer la capacité de travail de la recourante. Ainsi, conformément au fardeau de la preuve et à la jurisprudence applicable en la matière (voir consid. 6 *supra*), la recourante doit supporter l'absence de preuve. Son état de santé devant être considéré comme stabilisé, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2015. Dès lors qu'aucune rente n'a été fixée, l'art. 21 LAA ne trouve pas non plus application et il appartient à l'assurance-maladie de la recourante de prendre en charge un tel traitement conformément à l'ATF 134 V 109 consid. 4.2 *in fine*, pour autant bien entendu que toutes les conditions prévues pour la prise en charge soient remplies.

Enfin, dans la mesure où tous les avis médicaux tendent en réalité à la même conclusion, à savoir qu'une amélioration de l'état de la recourante grâce à l'intervention préconisée par le Prof. H\_\_\_\_\_ ne peut être établie au degré de la vraisemblance prépondérante, il n'y a lieu, par appréciation anticipée des preuves, ni d'ordonner une expertise, ni d'entendre le Prof. H\_\_\_\_\_, la recourante ne prenant au demeurant aucune conclusion dans ce sens.

9. La stabilisation de l'état de la recourante au 30 septembre 2015 étant désormais établie au degré de la vraisemblance prépondérante, il appartient à l'intimée de se prononcer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et à une rente.
10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et la rente d'invalidité.
2. Le déclare recevable pour le surplus.

**Au fond :**

3. Le rejette.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Irène PONCET

Catherine TAPPONNIER

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