

GE_GERICHTE ATAS/1035/2019 vom 12. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1035_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1035/2019 du 12 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1035/2019 del 12 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le 1er 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.

A/1750/2018 - 12/23 -

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur la question de savoir si la capacité de travail de l'assurée dans sa profession exercée de vendeuse en bijouterie/joaillerie, avant d'être au chômage, était exigible au moment où la CNA a décidé de mettre fin au versement des indemnités journalières, dès le 1er janvier 2018.

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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). 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).

E. 6

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

A/1750/2018 - 13/23 - travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Selon l'art. 16 LAA l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al.1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al.2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al.3). L'indemnité journalière est versée aux personnes au chômage nonobstant les délais d'attente (art. 18, al. 1, LACI ou les jours de suspension [art. 30 LACI] (al.4). Selon l'art. 6 LPGA est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 6 première phrase LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Est déterminante pour la fixation du degré d'incapacité de travail non l'estimation médico-théorique mais la limitation, dans la profession de l'assuré, résultant réellement de l'empêchement (ATF 111 V 239). Suivant la 2e phrase de ces dispositions, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Le taux d'incapacité de travail s'apprécie alors sur l'ensemble du marché du travail, compte tenu, cas échéant, d'une période d'adaptation. L'assuré qui s'abstient d'utiliser sa capacité résiduelle, alors qu'il a l'obligation d'entreprendre tout ce qu'on est en droit d'exiger de lui pour atténuer le plus possible les effets de l'atteinte à sa santé, et juger

sur l'activité professionnelle qu'il pourrait avoir s'il mettait de la bonne volonté (ATF 115 V 133 ; RAMA se 1987 394).

E. 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). 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).

A/1750/2018 - 14/23 - b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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, 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

A/1750/2018 - 15/23 - 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 8

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

A/1750/2018 - 16/23 - envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 9

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

E. 10

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

A/1750/2018 - 17/23 - (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 11

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPG, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

E. 12

En l'espèce la décision entreprise repose sur le fait que l'intimée, se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, a confirmé, dans la décision entreprise, que l'état de santé de la recourante était tel au moment de l'examen clinique auquel le Dr C_____ a procédé le 11 décembre 2017 que sa CT exigible était totale (100 %) dans sa profession exercée - avant d'être au chômage - de vendeuse en bijouterie/horlogerie, ceci en retenant les limitations fonctionnelles (restriction de marche avec des chaussures à hauts talons et la sollicitation régulière avec charge à 5 kg du MSG), étant encore précisé que la limitation fonctionnelle au niveau du chaussage était en rapport avec le névrome du 3e espace interdigital et l'intervention de 2012, la CNA ayant décidé de mettre fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2017, soit dès le 1er janvier 2018. La recourante ne conteste pas les limitations fonctionnelles retenues, mais conteste les conclusions du service médical de la CNA en tant qu'il estime que la CT est exigible à 100 %

A/1750/2018 - 18/23 - dans sa profession de vendeuse en bijouterie/horlogerie, estimant ne plus pouvoir travailler dans son ancienne activité car elle ne serait pas compatible avec ses limitations fonctionnelles. Elle fait notamment valoir que chaque jour elle devrait mettre à l'heure les montres de la boutique, ce qui ne serait plus possible en raison des atteintes au bras gauche. Elle invoque également le fait que ses médecins traitants, soit son généraliste et son chirurgien orthopédiste, la considèrent comme étant toujours totalement incapable de travailler dans sa profession, lui délivrant encore régulièrement des certificats d'incapacité totale de travail. Au moment de son recours, elle considérait en tout état que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'elle avait en conséquence toujours droit au versement des indemnités journalières. Il y a lieu dès lors, et en application des principes rappelés précédemment, d'examiner si l'on peut reconnaître une pleine valeur probante à l'appréciation du médecin d'arrondissement du 11 décembre 2017 sur laquelle l'intimée s'est fondée pour mettre un terme au versement des indemnités journalières dès le 1er janvier 2018.

E. 13

Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, on peut accorder une 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés, étant précisé qu'il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert. En l'occurrence, la chambre de céans constate que le rapport d'examen du Dr C _____ du 13 décembre 2017, relatant l'examen clinique de l'avant-veille, démontre qu'il a été effectué en pleine connaissance du dossier, relatant l'évolution de l'état de santé depuis l'accident du 7 avril 2017, qu'il comporte une anamnèse adéquate, tient compte des déclarations et/ou plaintes de l'assurée, les constatations objectives que l'examineur a relevées lors de son examen clinique, corroborées par l'examen des pièces médicales et les clichés d'imagerie, les diagnostics retenus, une appréciation motivée, l'expert observant que l'examen clinique est tout à fait rassurant, sauf pour la main gauche où il persiste une discrète tuméfaction douloureuse du bord ulnaire au niveau de la styloïde ulnaire, sans hyperlaxité pathologique au niveau du carpe ou du poignet gauche, cette constatation étant documentée par une IRM très récente, effectuée au début décembre 2017, qui montre une aggravation de la ténosynovite secondaire à la rupture partielle de l'extenseur. L'examineur a retenu des limitations fonctionnelles (pas de sollicitations régulières avec charges supérieures à 5 kg du MSG), l'examineur retenant en outre la limitation de la marche avec des chaussures à hauts talons, observant toutefois pour cette dernière, que cette problématique est en rapport avec les suites d'une ablation d'un névrome en 2012, sans rapport avec l'accident assuré. Le médecin d'arrondissement est arrivé à la conclusion que moyennant le respect des limitations fonctionnelles, l'assurée

A/1750/2018 - 19/23 - dispose d'une CT totale sans limitation de rendement. Il précise d'ailleurs avoir pris contact avec le médecin traitant généraliste de l'assurée, pour lui faire part de ses conclusions, et lui adresse d'ailleurs une copie de son rapport, avec l'accord de la patiente. Ce rapport aboutit à des conclusions convaincantes, cohérentes et exemptes de toutes contradictions, aucun indice ne permettant de déceler le moindre doute sur l'objectivité et l'impartialité de l'examineur, de sorte qu'il peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 14

Les objections soulevées par la recourante ne permettent pas de parvenir à d'autres conclusions. La recourante se fonde sur la position de son médecin traitant, et par la suite du chirurgien qu'elle a consulté, observant que ces deux praticiens considèrent, à tout le moins dès le 1er janvier 2018, début de la période litigieuse, qu'elle était toujours à 100 % incapable de travailler, notamment en raison des douleurs et des limitations fonctionnelles du poignet gauche. Or, non seulement les rapports de ces médecins, en particulier ceux du généraliste traitant, ne sont pas motivés de façon convaincante pour justifier d'une telle incapacité de travail, entière, et persistante, malgré une évolution favorable, même lente, et ne permettent surtout pas de déceler le moindre doute quant à la pertinence et l'objectivité des conclusions du rapport d'examen du médecin d'arrondissement. Aucun élément objectif ne montre que le médecin d'arrondissement aurait ignoré une composante pertinente dans ses constatations. a. On ne saurait évidemment faire grief au médecin traitant d'avoir une

approche subjective, favorable au ressenti subjectif de la patiente, mais il convient à cet égard de rappeler la jurisprudence selon laquelle il convient de tenir compte dans l'appréciation de l'avis des médecins traitants de la distinction à faire entre le mandat thérapeutique de ces derniers, impliquant un rapport de confiance étroit avec le patient, et le mandat de l'expert, non investi dans un processus thérapeutique, et plus libre d'une appréciation objective. Le fait que l'état de santé de la patiente pouvait encore, en janvier 2018 et par la suite, être amélioré par le bénéfice escompté d'infiltrations, effectuées mais n'ayant finalement pas procuré le bénéfice qu'on pouvait en attendre, et ayant finalement conduit la patiente à souscrire aux propositions chirurgicales d'emblée évoquées par le chirurgien consulté, ne signifie pas encore qu'au moment où l'examineur est arrivé à la conclusion que la CT exigible était totale sans diminution de rendement était erronée. b. Du reste, le Dr D_____, interpellé par le conseil de la recourante en cours de procédure judiciaire, qui - partant de l'idée qu'au vu des arrêts de travail prescrits à la patiente, il ne semblait pas d'accord avec les conclusions du rapport du médecin d'arrondissement 11 décembre 2017, lui demandait de préciser les raisons de son désaccord, en particulier avec la capacité totale de travail sans limitation de rendement retenu par ledit médecin, lui demandant en outre s'il avait des remarques concernant les limitations fonctionnelles retenues à l'époque, le chirurgien a répondu (pièce 20 rec.) : « La différence entre les conclusions du médecin

A/1750/2018 - 20/23 - d'arrondissement de la SUVA et les miennes provient du fait que j'avais la notion que la patiente faisait elle-même de la joaillerie et de l'horlogerie, ce qui pourrait engendrer, par des mouvements spécifiques à ces activités, des douleurs avec une impotence fonctionnelle. Il est clair que comme vendeuse en horlogerie, une capacité de travail aurait été possible. On peut émettre une légère réserve quant à la capacité totale, mais une capacité au moins partielle aurait été possible. » Cette précision au sujet de cette erreur d'appréciation initiale est d'ailleurs corroborée par le questionnaire que le chirurgien avait rempli à la demande de l'assurance protection juridique de la recourante, au stade de l'opposition (2018), dans lequel il répondait à la question « Pour quelles raisons estimez-vous que (la patiente) n'est pas capable de reprendre son activité professionnelle à 100 % / estimez-vous que (la patiente) est capable de reprendre son activité professionnelle, et si oui, à quel taux ? Ce médecin répondait: « dans un travail léger de bureau, une activité serait envisageable. Le travail de mécanicienne de précision peut avoir des difficultés. » (Pièce 7 rec.) Le Dr D_____, poursuivant sa réponse au conseil de la recourante (pièce 20 rec.), indique : « En date de la consultation la plus contemporaine de la décision de la SUVA, à savoir la première consultation où j'ai vu (la patiente), le 5 janvier 2018, on constatait un œdème de la main avec des douleurs à la palpation du tendon de l'extenseur ulnaire du carpe aggravées à la déviation ulnaire du poignet. La mobilité des doigts était bonne, la flexion-extension du poignet à 75-0-60, la pronosupination complète avec une supination forcée douloureuse. On n'avait donc objectivement pas de limitation fonctionnelle nette, malgré une douleur qui pouvait limiter la performance. » À la question de savoir quel est son pronostic concernant la CT dans l'ancienne activité de vendeuse en horlogerie/bijouterie, il a indiqué : « soit la patiente juge que son activité de vendeuse est possible, auquel cas elle peut reprendre le travail, soit elle est impossible en raison des douleurs et une intervention devrait être pratiquée. Aux termes de celle-ci et de ses suites, on peut admettre une capacité totale après 3 mois, sous réserve de complications post-opératoires. » Et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles il a répondu : « une activité sans mouvements de pronosupination du poignet gauche répétitifs serait

possible depuis le début 2018, peut-être pas à plein temps, mais en tout cas dans une certaine mesure. Rappelons que la patiente est droitnière et qu'une activité épargnant un peu la main gauche serait tout à fait possible. » c. La patiente prétend encore qu'elle ne peut plus travailler dans son ancienne activité de vendeuse en horlogerie et bijouterie, car elle n'est pas compatible avec ses limitations fonctionnelles. À titre d'exemple, elle relève que chaque jour, elle devait mettre à l'heure les montres dans la boutique, ce qui n'est plus possible en raison des atteintes au bras gauche. Entendue en comparution personnelle, elle a donné encore quelques précisions supplémentaires par rapport à cet argument, soit notamment le fait que dans la haute horlogerie (de luxe) les montres de prestige sont mécaniques et doivent être régulièrement remontées, et elles doivent en outre

A/1750/2018 - 21/23 - être présentées au client pour le convaincre, ce qui suppose une démonstration manuelle; s'il y a plusieurs employés dans un même point de vente, chacun assume la responsabilité d'une partie du stock et doit donc mettre les montres à l'heure, tous les jours, et les remonter. Quoi qu'il en soit, n'en déplaise à la recourante, cet argument ne résiste pas à l'examen. Au vu des constatations du médecin d'arrondissement, en décembre 2017, et de celles rappelées ci-dessus, du Dr D_____ le 5 janvier 2018, il faut d'une part observer que la patiente est droitnière, et que l'exercice de remonter une montre mécanique se fait en pratique avec la main droite, la main gauche, peu sollicitée, pouvant être utilisée sans gros efforts ni mouvements, pour tenir ou soutenir la montre, pendant que la main droite la manipule. S'agissant encore de son activité antérieure habituelle, la recourante insiste, lors de son audition par la chambre de céans, sur le fait qu'elle a toujours recherché du travail dans le même domaine, soit celui de la haute horlogerie et joaillerie, ajoutant que les montres sont sa passion. Elle dispose en outre d'un certificat de gemmologie et une connaissance étendue dans plusieurs langues. Elle supportait dès lors difficilement, sur le plan moral, que le chômage ou le médecin d'arrondissement de la CNA lui aient clairement fait comprendre qu'elle pouvait trouver un travail ailleurs, dans un autre domaine. Elle indique ne pas comprendre ces attitudes " car cela reviendrait à exiger de moi que je travaille chez Manor par exemple, alors que mes compétences sont bien plus élevées.". On peut certes comprendre ses aspirations légitimes, mais dans le cas d'espèce, elles ne sont guère du ressort de l'assurance-accidents: il ne faut pas perdre de vue que, malgré ses compétences étendues, au moment de l'accident du 7 avril 2017 elle se trouvait au chômage depuis plus d'une année. On ajoutera d'ailleurs - pour évoquer une limitation supplémentaire, même si celle-ci n'est pas directement liée aux conséquences des accidents dont elle a été victime en 2017 (restriction à la marche avec des talons hauts), qu'avant le chômage, ces restrictions étaient très vraisemblablement déjà existantes, du moment qu'elles sont la conséquence de l'ablation du névrome de Morton en 2012 déjà. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conclusions du médecin d'arrondissement dans son rapport du 13 décembre 2017 ne sauraient être remises en cause. Elles ont donc toute valeur probante, comme relevé précédemment.

E. 15

En cours de procédure de recours, la recourante tente encore de soutenir qu'à l'époque, soit en décembre 2017, et par la suite pendant toute l'année 2018 jusqu'à l'opération du 4 décembre 2018, son état n'était pas stabilisé, ce qui justifierait dès lors et dès le 1er janvier 2018 la reprise du versement des indemnités journalières. Elle en veut encore pour preuve que le médecin d'arrondissement, aux termes d'un nouvel examen du 26 novembre 2018 a conclu et recommandé la prise en charge de l'intervention chirurgicale et la reprise du

versement des indemnités journalières, que la recourante percevait encore, au moment de l'audience de comparution personnelle du 11 mars 2019. L'argument n'est toutefois d'aucun secours à la

A/1750/2018 - 22/23 - recourante. En effet, aux termes du nouvel examen de la recourante, du 26 novembre 2018, dont le rapport est tout aussi probant que le précédent, le Dr C _____ a conclu que les limitations fonctionnelles établies lors de son précédent examen étaient toujours d'actualité, ceci jusqu'à l'intervention chirurgicale. Il a dès lors confirmé qu'en tenant compte de ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité était donnée en capacité totale de travail, sans limitation de temps ni de rendement.

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, sera rejeté.

E. 17

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGA et 89H al. 1 LPA).

A/1750/2018 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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