

GE_GERICHTE A/2560/2015 vom 20. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2560_2015

FR: GE_GERICHTE A/2560/2015 du 20 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/2560/2015 del 20 dicembre 2016

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1977, a travaillé en tant que gainière à 100% auprès de l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'ex-employeur) à compter de mai 2004. A ce titre, elle était couverte contre le risque d'accidents, professionnels et non, par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA).! [endif]>! [if> 2. Le 12 décembre 2006, à son travail, l'assurée s'est coincé la main et le poignet droits dans une encolleuse, ce qui a eu pour conséquence l'écrasement dudit poignet et une incapacité de travail de 100% jusqu'au 7 février 2007, de 75% du 8 février au 25 mars 2007 et de 50% dès le 26 mars 2007. ! [endif]>! [if> 3. Dans un rapport du 26 janvier 2007, le docteur C_____, neurologue FMH, a mentionné dans l'anamnèse que l'assurée avait été victime d'un accident à l'âge de huit ans au Portugal (plaie dans la partie distale du bord radial de l'avant-bras droit), qu'elle n'avait pas été traitée et que, depuis lors, son pouce était toujours resté fléchi ; l'assurée se plaignait toujours d'une certaine douleur au niveau de la cicatrice locale. L'électroneuromyogramme révélait un petit ralentissement de vitesse de conduction du nerf médian au carpe des deux côtés et une amplitude sensitive du nerf radial plus petite à droite qu'à gauche, vraisemblablement séquellaire au traumatisme subi dans l'enfance, qui avait eu pour conséquences un problème tendineux au pouce et une petite atteinte sensitive du nerf radial. L'accident récent avait, lui, occasionné une contusion du poignet droit qui avait peut-être décompensé un discret syndrome du tunnel carpien présent des deux côtés.! [endif]>! [if> 4. Sur demande de la SUVA, la doctoresse D_____, chirurgienne FMH, a examiné l'assurée. ! [endif]>! [if> Dans son rapport du 25 juin 2007, ce médecin a indiqué avoir observé à l'examen une déformation en forme de baïonnette de la main droite qui n'apparaissait pas sur les radiographies. Il s'agissait des séquelles de l'accident survenu dans l'enfance, qui avait eu pour séquelles des problèmes tendineux au niveau du pouce et une petite atteinte sensitive du nerf radial. L'affection actuelle consistait en une contusion du poignet droit qui décompensait un discret syndrome du tunnel carpien bilatéral. La diminution de force n'était probablement pas uniquement consécutive au traumatisme récent. 5. Le 14 septembre 2007, l'assurée a été examinée par le docteur E_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a constaté la persistance d'une symptomatologie douloureuse à l'effort du poignet droit, gênante surtout lors de mouvements particuliers nécessaires à l'exercice de la profession exercée. Afin d'apprécier les capacités fonctionnelles résiduelles de l'assurée et pouvoir lui proposer un autre poste de travail, le Dr E_____ a préconisé un séjour à la clinique

romande de réadaptation de la SUVA (ci-après : CRR).! [endif]> [if> 6. L'assurée a donc séjourné au service de réadaptation générale de la CRR du 16 octobre au 14 novembre 2007. [endif]> [if> A l'issue de ce séjour, le docteur F_____, médecin associé et rhumatologue FMH, a diagnostiqué une plaie et un écrasement du poignet droit le 12 décembre 2006, un discret syndrome du tunnel carpien bilatéral sur EMG du 25 janvier 2007, un status après plaie du poignet droit avec probable lésion du tendon extenseur du pouce à l'âge de neuf ans avec carpe adaptatif en inclinaison ulnaire et probable DISI (bascule dorsale du semi-lunaire), ainsi qu'une probable arthropathie piso-triquetrale. Dans le cadre du bilan global, l'évaluation psychiatrique avait mis en évidence une certaine surcharge anxieuse de l'assurée, en particulier par rapport à son avenir professionnel. L'évaluation professionnelle pratiquée dans des activités légères (type gravure) avait révélé une rapide fatigabilité et des douleurs. L'activité de gainière dans la maroquinerie exercée précédemment par l'assurée étant difficilement praticable à long terme, une réorientation professionnelle avait été suggérée et l'intéressée avait d'ailleurs déposé une demande en ce sens auprès de l'assurance-invalidité en septembre 2007. Selon les médecins, dans une activité plus légère, avec peu ou pas de gestes répétitifs mettant en jeu le poignet et la main, peu de port de charges, une capacité de travail entière était exigible. Quelques facteurs pouvaient faire craindre une évolution et une réintégration professionnelle difficiles (cotation de douleur très élevée, score de 36 au questionnaire PACT [évaluation personnelle de ses propres capacités fonctionnelles], situation familiale difficile et absence de formation). 7. Dans un rapport du 1 er mars 2008, la doctoresse G_____ a fait état d'une persistance des douleurs dans la région du pisiforme, avec une légère tuméfaction. Depuis l'infiltration du nerf médian au canal carpien préconisée par la CRR, les fourmillements semblaient s'être un peu atténués mais restaient gênants. La suite du traitement était à voir avec le Dr E_____. [endif]> [if> 8. Dans un rapport du 9 avril 2008, celui-ci a fait mention d'un état préexistant à la main droite, avec une déviation métatarsienne et des difficultés d'extension de l'inter-phalangienne distale du pouce, associées à une cicatrice dorsale du poignet. S'agissant des suites directes de l'accident, la cicatrice discrète palmaire, d'environ 2,5 cm, était inchangée. Il existait une induration modérée palmaire douloureuse dans la région du cubital antérieur. Le Dr E_____ a précisé que l'état antérieur était, à sa connaissance, asymptomatique avant l'accident, puisque compatible avec une pleine capacité de travail. Le dommage permanent objectif consécutif à l'accident n'atteignait pas 5%. [endif]> [if> 9. Par courrier du 17 avril 2008, la SUVA a informé l'assurée que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis pour des médicaments de type antalgique et un éventuel renouvellement d'attelle. Afin de permettre à l'assurée d'entreprendre - par ses propres moyens ou avec le concours de l'assurance-invalidité - des démarches pour trouver un poste de travail adapté, la SUVA continuerait à lui verser une indemnité journalière jusqu'au 31 août 2008, sur la base d'une incapacité de travail de 100%. [endif]> [if> 10. Par décision du 12 juin 2008, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a refusé à l'assurée l'octroi d'un reclassement, faute d'un degré d'invalidité suffisant (d'au moins 20%). Cette décision est entrée en force. [endif]> [if> 11. Par contrat du 6 août 2008, l'assurée a été engagée en tant que conseillère de vente auprès de H_____ (ci-après : l'employeur) du 1 er septembre au 31 décembre 2008, à raison de 33 h./sem. [endif]> [if> 12. Par décision du 11 novembre 2008, la SUVA a reconnu à l'assurée, à compter du 1 er septembre 2008, le droit à une rente

mensuelle de CHF 325.40, calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 11% et d'un gain annuel assuré de CHF 44'376.-. Le taux d'invalidité a été obtenu en comparant le revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans atteinte à sa santé (CHF 3'590.- par mois) à celui qu'elle aurait pu obtenir malgré l'atteinte, en exerçant une activité légère permettant d'éviter tant les gestes répétitifs du poignet et de la main à droite, que le port de lourdes charges, déterminé selon les descriptions de poste de travail (DPT ; soit CHF 3'200.-). Cette décision est entrée en force.!

13. Le 16 décembre 2008, l'assurée a conclu avec son employeur un contrat de travail de durée indéterminée, prenant effet le 1^{er} janvier 2009, pour un poste de conseillère de vente, à raison de 32 h./sem.

14. Par téléphone du 5 août 2010, l'assurée a annoncé une rechute à la SUVA.

15. S'en est suivi un entretien, le 27 septembre 2010.

L'assurée a expliqué être totalement incapable de travailler depuis début juin 2010 en raison d'une dépression, de migraines et de blocages du dos et être au bénéfice d'indemnités journalières versées par SWICA, assurance perte de gain de son employeur. L'assurée a relaté que, depuis son accident du 12 décembre 2006, elle avait continué à ressentir des douleurs à la main droite, qui lui rendaient difficiles certaines tâches (mise de vêtements sur cintres, déchargement de camion et mise en place des rayons). Elle devait subir une nouvelle intervention chirurgicale le 19 octobre 2010.

16. Dans une notice du 28 septembre 2010, le docteur I_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin de la SUVA, a répondu affirmativement à la question concernant l'existence d'une corrélation entre les troubles de la santé ayant justifié un nouveau traitement médical depuis août 2010, respectivement une intervention chirurgicale le 19 octobre 2010, et l'accident du 12 décembre 2006. Il a conditionné la prise en charge de l'intervention du 19 octobre 2010 à l'envoi par le Dr J_____ d'un rapport médical concernant la nature de l'opération prévue.

17. L'assurée a donc été hospitalisée dans l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 19 au 22 octobre 2010.

18. Dans une lettre de sortie rédigée le 25 octobre 2010, le docteur J_____, médecin adjoint, a fait état d'une déformation « en main botte ulnaire du poignet droit », associée à un syndrome parasthésique dans le territoire du nerf médian de la main droite. Il a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien droit et une rupture tendineuse ancienne de la main droite (rupture du long extenseur et du court extenseur du carpe radial, rupture du long extenseur du pouce). Le médecin a également noté, comme comorbidités actives, une dépression et des migraines.

Il a relaté que l'assurée avait subi dans son enfance une chirurgie, peut-être dans le cadre d'une plaie au versant radial du poignet droit. Dans les suites d'un traumatisme, elle avait souffert de compressions au poignet et d'une décompensation clinique avec augmentation de sa symptomatologie douloureuse. La main droite se déviait progressivement en « main botte ulnaire », avec impossibilité à l'inclinaison radiale et incompétence complète de l'ouverture de la première commissure se rajoutant à des parasthésies dans le territoire du nerf médian. L'intervention du 19 octobre 2010 avait consisté en une cure de syndrome de tunnel carpien droit et en une reconstruction tendineuse des extenseurs radiaux carpiens court et long, ainsi qu'en une reconstruction du long extenseur du pouce par transfert du tendon extenseur propre de l'index.

19. Dans un rapport du 22 mars 2011, le Dr J_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et qualifié l'évolution de satisfaisante, tout en mentionnant une allodynie. Aucun facteur étranger à l'accident n'entrait en ligne de compte dans le processus de guérison. Aucune reprise du travail n'était prévue. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage sous forme de douleur.

20. Le 6 juillet 2011, le

docteur K_____, chirurgien de la main FMH, a fait état d'une raideur du pouce droit post-transfert du tendon extenseur propre du deuxième doigt sur long extenseur du pouce et d'une reconstruction des extenseurs radiaux carpiens court et long, ainsi que d'un névrome radial cicatriciel au poignet.![endif]>![if> L'évolution se caractérisait par des douleurs, une gêne fonctionnelle et l'exclusion du pouce droit. Une dépression active sous traitement entrainait en ligne de compte dans le processus de guérison. Le médecin préconisait de stabiliser la thymie avant de s'attaquer éventuellement aux problèmes de la main. Une reprise du travail n'était pas prévue. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage.

21. Le 16 septembre 2011, le docteur L_____, médecin au département de chirurgie des HUG, a fait état d'une évolution avec douleur chronique. Une reprise du travail n'était pas prévue. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage consistant en un déficit d'extension du poignet, des douleurs chroniques et un syndrome douloureux régional complexe.![endif]>![if> 22. Le 29 septembre 2011, le Dr J_____ a demandé au docteur M_____, responsable du centre de la douleur de la clinique Cecil, d'examiner l'assurée pour un syndrome allodymique de la main droite, apparu suite à l'opération pratiquée en octobre 2010 ; le syndrome, qualifié de majeur, touchait la face dorsale de la main droite, dans le territoire de la branche sensitive du nerf radial lésé. L'assurée bénéficiait d'un traitement antidépresseur et de Lyrica qui ne calmait pas complètement la symptomatologie douloureuse.![endif]>![if> 23. Le 22 février 2012, le Dr M_____ a indiqué que l'assurée avait subi trois blocs stellaires sans résultats très nets sur la douleur. Il préconisait une épreuve test de neuromodulation qui, si elle était positive, déboucherait sur l'implantation d'un stimulateur médullaire définitif dont il demandait la prise en charge par la SUVA.![endif]>![if> 24. Par courrier du 1^{er} mars 2012, la SUVA a donné son accord pour une épreuve test de neuromodulation, sans engagement quant à la suite.![endif]>![if> 25. Le 30 avril 2012, lors d'un entretien avec le « care manager » de la SUVA, l'assurée a indiqué préférer renoncer à l'épreuve en question, pour laquelle elle ne se sentait pas prête. Elle était toujours en arrêt de travail pour dépression; son employeur lui avait adressé le 24 novembre 2011 une lettre de licenciement avec effet au 31 mai 2012, terme du versement des indemnités journalières.![endif]>![if> 26. Dans une note du 9 mai 2012, le Dr I_____ a considéré que la situation médicale de l'assurée était assez largement stabilisée. Selon lui, les traitements préconisés étaient symptomatiques et visaient à maintenir l'état de santé. Depuis la fixation de la rente, il n'y avait pas eu d'aggravation déterminante empêchant l'assurée de reprendre son activité de conseillère de vente. L'exigibilité ressortant du bilan final du Dr E_____ restait d'actualité.![endif]>![if> 27. Par courrier du 22 mai 2012, la SUVA a informé l'assurée qu'elle acceptait de lui allouer des prestations pour les suites de l'accident professionnel du 12 décembre 2006 sous la forme d'une indemnité journalière de CHF 85.30 dès le 1^{er} juin 2012. Les coûts relatifs au traitement médical étaient directement versés aux fournisseurs de prestations.![endif]>![if> 28. Le 11 juillet 2012, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale (résection d'un volumineux névrome à la branche sensitive du nerf radial droit, ténolyse de l'appareil extenseur du pouce et ténolyse de l'appareil extenseur du poignet et de l'extenseur radial du carpe reconstruit). ![endif]>![if> 29. Le 29 octobre 2012, en entretien avec le « care manager » de la SUVA, l'assurée a indiqué que le Dr J_____ était très content du résultat de cette dernière intervention. La récupération était lente, mais favorable. Elle avait effectué plusieurs démarches en vue de trouver une activité professionnelle compatible avec son état de santé, en vain.![endif]>![if> 30. Dans un rapport du 8 mars 2013, le Dr J_____ a confirmé une amélioration des mobilités, tout en mentionnant un manque de force et une

douleur neurogène. L'état de l'assurée n'était pas stabilisé. Aucun facteur étranger à l'accident ne jouait de rôle. 31. Le 2 avril 2013, le docteur N_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'évaluation du Dr E_____ du 9 avril 2008 semblait toujours d'actualité ; le dommage permanent n'était pas modifié. Il préconisait une « clôture de la rechute ». 32. Dans un courriel du 12 avril 2013, le Dr N_____ a indiqué qu'il ne souhaitait pas procéder à un examen final à ce stade. 33. Par décision du 15 avril 2013, la SUVA a considéré que la situation était largement stabilisée et que l'exigibilité formulée lors de la fixation de la rente ne s'était pas modifiée. Il n'y avait pas eu d'aggravation des séquelles de l'accident et, partant, la guérison de l'assurée était suffisamment avancée pour justifier une clôture du cas. Toutefois, pour tenir compte du fait qu'elle n'avait plus d'emploi et pour lui permettre de s'annoncer à l'assurance-chômage, la SUVA continuerait à verser à l'assurée une indemnité journalière jusqu'au 31 mai 2013. A compter du 1^{er} juin 2013, ses prestations en espèces se limiteraient à la rente d'invalidité accordée précédemment. 34. Dans un rapport du 18 avril 2013, le Dr J_____ a fait valoir que son dernier rapport ne permettait pas de conclure à une amélioration par rapport à l'état de l'assurée en 2008 et qu'au surplus, il avait souligné la non-stabilisation de sa patiente. Selon lui, une activité professionnelle n'était toujours pas envisageable. L'amélioration se limitait aux douleurs, sans toutefois rendre possible l'utilisation de la main. Le Dr J_____ a insisté pour que sa patiente soit examinée par le médecin d'arrondissement, d'une part, pour que le Dr M_____ donne son avis, d'autre part. 35. Le 16 mai 2013, l'assurée s'est opposée à la décision du 15 avril 2013 en alléguant continuer à souffrir, au niveau de la main droite, de douleurs invalidantes lui interdisant de travailler ; même les gestes les plus simples de la vie quotidienne étaient difficiles. L'assurée a fait valoir que son état de santé s'était aggravé de façon déterminante et a demandé à être examinée par le médecin d'arrondissement ou un expert. L'assurée a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à 11% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). 36. Par courrier du 21 mai 2013 adressé au Dr J_____, le Dr N_____ a indiqué que la douleur chronique était prise en considération. Selon les informations dont il disposait, l'assurée n'avait pas un emploi adapté à son handicap actuel. Il fallait se demander si un travail effectif n'aurait pas des conséquences positives sur la perception de la douleur et sur l'évolution à long terme, surtout au vu de la pathologie non organique associée. Il n'envisageait pas d'examiner l'assurée, car un tel examen ne serait pas entièrement objectif. 37. Le 27 août 2013, l'assurée a été examinée par le Dr N_____. Dans son rapport, celui-ci a indiqué que l'assurée portait une attelle qu'elle gardait en permanence depuis trois ans et enlevait à la maison. Les douleurs se déclenchaient lors des activités physiques. L'attelle calmait les douleurs. La douleur était améliorée grâce aux antalgiques que l'assurée prenait pratiquement tous les jours. Le Dr J_____ avait pratiqué une nouvelle infiltration qui n'avait pas donné de résultat favorable. L'examen clinique confirmait l'existence de dysfonctionnements sérieux de la fonction de la main droite, avec des troubles sensitifs (hypersensibilité et diminution de la mobilité de son pouce droit). Selon le Dr N_____, il semblait pertinent d'examiner si l'intervention chirurgicale du 19 octobre 2010 était bien la conséquence du traumatisme de 2006. Ce dernier ne pouvait être considéré comme responsable des lésions tendineuses et neurologiques présentes déjà par le passé, avec un poignet droit qui s'était progressivement adapté au handicap. La chirurgie de 2010 n'avait pas pour but de corriger les conséquences du traumatisme de 2006, mais de traiter celles de

l'accident survenu à l'enfance. Il en concluait qu'en 2010, les conséquences délétères du traumatisme de décembre 2006 étaient complètement éteintes, l'assurée ayant pu reprendre une activité professionnelle pendant deux ans. Le Dr N_____ a relevé que la SUVA n'avait pas reçu les renseignements réclamés au Dr J_____ avant l'intervention du 19 octobre 2010, de sorte que l'analyse de la corrélation avait eu lieu après ladite intervention. Malgré l'absence d'un lien de causalité pleinement établi, la SUVA avait pris en charge pendant toutes ces années les soins médicaux, probablement en prenant en compte la situation sociale particulièrement difficile de l'assurée. L'analyse de la situation a posteriori donnait à penser au Dr N_____ que la chirurgie de 2010 ne concernait en réalité pas la SUVA. En effet, au moment de l'accident de 2006, l'assurée souffrait déjà d'un névrome du nerf radial et de lésions tendineuses consécutives à l'accident survenu pendant l'enfance. Il paraissait difficile d'admettre que l'aggravation ayant nécessité l'intervention de 2010 fût la conséquence directe de l'événement de 2006, en l'absence de lésion déterminante. Selon lui, il s'agissait plutôt de l'évolution naturelle du traumatisme de l'enfance, avec un poignet droit progressivement adapté à une situation séquellaire. En conclusion, il n'y avait pas de lien de causalité pour le moins probable entre l'accident de 2006 et les lésions séquellaires actuelles, neurologiques et tendineuses. Au regard des seules conséquences de l'accident de 2006, il n'y avait pas de modification de l'exigibilité. Certes, il était clair que l'état actuel de l'assurée ne lui permettait pas de reprendre l'activité professionnelle exercée en 2008, mais c'était là la conséquence d'un état antérieur à l'accident de 2006. Dès lors, le Dr N_____ renonçait à se prononcer sur le droit à une IPAI ou sur la stabilisation du cas. Le médecin-conseil proposait de compléter son appréciation, une fois obtenus les documents manquants, notamment le rapport du Dr C_____ de 2007. 38. Dans son appréciation complémentaire du 2 septembre 2013, le Dr N_____ a observé que l'examen par le Dr C_____ mettait en évidence des anomalies tendineuses et neurologiques du poignet droit. Au vu des éléments de l'examen du Dr C_____ - qui ne mentionnait pas de lésion liée au traumatisme de décembre 2006 susceptible de modifier la situation ancienne de ce poignet -, il n'y avait pas lieu de conclure à une décompensation déterminante, raisons pour laquelle le Dr N_____ persistait dans son appréciation précédente. 39. Le 10 décembre 2013, le Dr N_____ a considéré que la situation, près de sept ans après l'accident, était défavorable (persistance d'une allodynie et d'une gêne fonctionnelle). La situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée, mais susceptible de s'améliorer par un traitement médical, vu le refus par l'assurée de la mise en place d'une stimulation médullaire. Par conséquent, il était impossible de conclure à un dommage corporel et d'évaluer celui-ci, l'atteinte à l'intégrité ne pouvant être considérée comme durable et définitive. Le médecin-conseil proposait de procéder à une nouvelle évaluation de l'atteinte à l'intégrité cinq ans plus tard. 40. Pour le reste, le Dr N_____ a admis qu'on ne pouvait exiger de l'assurée la reprise à 100% de l'activité qu'elle exerçait au moment de l'accident. Il a en revanche considéré que, dans un travail adapté (activité monomanuelle n'exigeant que des sollicitations limitées à une « fonction contre-appui type presse-papier » et port non répétitif de charges inférieures à 5 kilos), une pleine capacité de travail était exigible. 41. Lors d'un entretien téléphonique du 12 décembre 2013 avec le Dr N_____, le Dr J_____ a précisé que l'état de sa patiente était désormais stabilisé : il n'y avait pas de mesure susceptible de l'améliorer, à l'exception de la stimulation médullaire refusée par l'intéressée. L'allodynie encore présente devrait s'améliorer très lentement, dans un délai de trois à cinq ans. 42. Par courrier du 2 avril 2014, l'assurée a informé la SUVA que l'OAI estimait nécessaire de mettre en œuvre une

expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, chirurgie de la main et neurologie). [endif]>[if> 42. Le 15 mai 2014, la SUVA a informé l'assurée de son intention de revenir sur sa décision du 15 avril 2013 - ce qui mettrait fin à la procédure d'opposition. Elle allait examiner s'il y avait lieu de revoir le taux d'invalidité.[endif]>[if> 43. Par décision du 13 février 2015, la SUVA a réexaminé le degré d'invalidité de qu'elle a fixé à 14% dès le 1 er juin 2013, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de CHF 45'136.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 38'830.- (établi sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] et en tenant compte d'une réduction de 25%). La SUVA a précisé que la question de l'atteinte à l'intégrité serait examinée ultérieurement.[endif]>[if> 44. Le 16 mars 2015, l'assurée s'est opposée à cette décision en contestant la stabilisation de son état de santé et en alléguant ne pouvoir exercer la moindre activité. Elle a fait valoir qu'étant droitrière, n'arrivant pas à lever la main droite et portant constamment une attelle pour stabiliser son poignet droit, elle ne pourrait trouver le moindre poste adapté sur le marché du travail. L'assurée a également contesté le revenu sans invalidité retenu par la SUVA, au motif que le salaire indiqué par son ex-employeur aurait dû être adapté depuis l'accident de 2006.[endif]>[if> 45. Par décision du 25 juin 2015, la SUVA a partiellement admis l'opposition. [endif]>[if> En premier lieu, la SUVA a expliqué qu'elle n'entendait pas suspendre la procédure d'opposition dans l'attente du résultat de l'expertise pluridisciplinaire prévue par l'assurance-invalidité, car, selon l'OAI, le mandat n'avait pas encore été attribué et il fallait compter environ deux ans pour obtenir un rendez-vous. Pour le reste, la SUVA a considéré que rien ne permettait d'admettre que l'état de l'assurée ne serait pas stabilisé ou de douter de l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité monomanuelle adaptée. La jurisprudence avait confirmé à plusieurs reprises l'existence de nombreuses possibilités pour les assurés ayant perdu l'usage d'un membre supérieur de mettre en valeur leur capacité résiduelle de gain dans une activité adaptée sur un marché équilibré du travail. La SUVA a ensuite fixé le revenu d'invalidité à CHF 37'622.- (sur la base des statistiques du secteur des services en 2012, après adaptation à l'horaire de travail hebdomadaire de 41,7 heures, augmentation nominale des salaires en 2013 et réduction de 25%) et l'a comparé au revenu de CHF 48'896.- que l'assurée aurait obtenu en 2013 de l'employeur, plus favorable que celui de son ex-employeur. En résultait un degré d'invalidité de 23%. 46. Par acte du 25 juillet 2015, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, principalement, sous suite de frais et dépens, à la prise en charge de ses frais médicaux, ainsi qu'au versement d'une indemnité journalière à 100% au-delà du 31 mai 2013, respectivement, en cas de stabilisation de son état de santé, au versement d'une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 23%, compatible avec une rente entière de l'assurance-invalidité, subsidiairement, à la suspension de la cause jusqu'à réception des expertises mises en œuvre par l'assurance-invalidité. [endif]>[if> La recourante expose qu'en raison de troubles de la santé, essentiellement une dépression provoquée par son poignet droit très douloureux, elle est en arrêt de travail à 100% depuis fin mai 2010. Se référant au rapport du Dr J_____ du 18 avril 2013 et au report de cinq ans de l'examen de l'atteinte à l'intégrité, l'assurée conteste la stabilisation de son état de santé. Elle conteste également être capable d'exercer à plein temps une activité adaptée. Selon elle, il n'existe pas, sur le marché équilibré du travail, de poste pour une droitrière monomanuelle de la main gauche, portant une attelle au poignet droit et souffrant de douleurs parfois vives. Enfin, la recourante reproche à l'intimé de n'avoir pas procédé à un examen concret des activités qui pourraient être envisagées et de n'avoir pas tenu compte des difficultés objectives que

pourrait présenter sa réadaptation professionnelle. 47. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 31 août 2015, a conclu au rejet du recours. L'intimée soutient que l'appréciation du Dr N_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle relève que les traitements suivis par la recourante depuis le 31 mai 2013 (ergothérapie, consultation de la douleur et acupuncture) sont essentiellement conservateurs et donc pas de nature à améliorer son état de santé dans la mesure requise par la jurisprudence. Elle ajoute que le rapport du Dr J_____ du 18 avril 2013 ne précise pas pourquoi l'état de santé de l'assurée devrait être considéré comme non stabilisé et souligne que ce médecin est revenu sur son appréciation lors de son entretien téléphonique du 12 décembre 2013 avec le Dr N_____. Quant au report de cinq ans de l'examen de l'atteinte à l'intégrité, on ne saurait en tirer d'argument quant à la stabilisation de l'état de santé, car il était motivé par l'avis du Dr J_____ selon lequel il n'était pas certain que la douleur subsisterait avec la même gravité pendant toute la vie de la recourante. L'intimée rappelle par ailleurs que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas force contraignante pour l'assureur-accidents, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise par l'OAI ne devrait pas conduire à une suspension de la présente procédure. Enfin, elle considère que le dernier emploi exercé par la recourante était inadapté à son handicap. Une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr N_____ serait parfaitement exigible à plein temps. 48. Par écriture du 5 octobre 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. 49. Le 13 octobre 2015, la recourante a produit un rapport du 8 septembre 2015 du docteur O_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, en précisant que le docteur P_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, avait également rédigé un rapport d'expertise dans le même sens à l'attention de SWICA. La recourante a demandé une audience de comparution personnelle et l'audition de médecins. Du rapport du Dr O_____, il ressort qu'il suit l'assurée depuis le 24 juillet 2015, qu'il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de traits de la personnalité anxieuse actuellement non décompensés (Z73.1), que l'assurée a fait une rechute dépressive dans un contexte d'isolement social progressif depuis 2011 et que son incapacité de travail est totale depuis le 24 juillet 2015 selon ses constatations et depuis 2011 selon l'anamnèse. 50. Par écriture du 12 novembre 2015, l'intimée a soutenu que les troubles psychiques invoqués ne sont pas en lien avec l'accident du 12 décembre 2006, mais avec un conflit professionnel, d'une part, que la rechute dépressive attestée ne fait pas partie de l'objet du litige, puisqu'elle s'est manifestée un mois après la décision sur opposition d'autre part. Selon l'intimée, le déroulement de l'accident et ses suites ne permettent pas de retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate. 51. Par courrier du 25 novembre 2015, la recourante a sollicité l'audition de Madame Q_____, psychologue FSP, et a produit une attestation du 25 novembre 2015 établie par cette dernière et le Dr O_____, selon laquelle les épisodes dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques (F33.2) dont elle souffre ont été favorisés par son accident du 12 décembre 2006. 52. Le 14 janvier 2016, s'est tenue une audience d'enquête. Madame Q_____ a expliqué que la recourante a été adressée au Dr O_____ et à elle-même, psychologue déléguée, en date du 25 novembre 2015 par son généraliste pour un état dépressif récurrent. Ce diagnostic avait déjà été posé précédemment par le docteur R_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Selon l'anamnèse, le début de l'atteinte remonterait à 2010, selon le psychiatre, à 2011. Les origines de cette atteinte résident principalement dans l'accident dont la recourante a été victime, qui a fait basculer son existence (perte d'emploi, paupérisation, sentiment d'être inutile). S'y sont ajoutés une

séparation et un divorce difficiles (2005-2009), ainsi qu'un probable burn out, lorsqu'elle a tenté de reprendre une activité professionnelle entre 2008 et 2010. A la connaissance du témoin, un peu plus d'une année s'est écoulée entre la fin du suivi par le Dr R_____ et le début du suivi par le Dr O_____. Ce n'est pas parce que le suivi a été interrompu qu'il faut conclure à une amélioration ou à une diminution de la souffrance. Le témoin a souligné le grand nombre de symptômes et leur intensité. Pour conclure à un lien de causalité prépondérant entre l'accident survenu en 2006 et l'atteinte apparue en 2010, le témoin a dit se baser sur l'anamnèse et les dires de la recourante. 53. Le 16 janvier 2016, la Chambre de céans a ordonné la production par l'OAI, respectivement par SWICA, des dossiers de la recourante. 54. L'OAI s'est exécuté le 27 janvier 2016. Dans son dossier figurent notamment : - un rapport du 21 avril 2008, de la doctoresse T_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), constatant que même si l'assurée a été capable, pendant de nombreuses années, d'effectuer un travail manuel exigeant, l'accident du 12 décembre 2006 a décompensé un état antérieur pathologique et l'activité de gainière n'est plus exigible ; - la demande de prestations AI du 2 décembre 2010, dans laquelle l'assurée fait état d'une incapacité de travail de 100% depuis le 31 mai 2010, imputable à un état anxio-dépressif ; - un rapport du 8 juin 2011, du docteur U_____, médecin au programme de dépression du service de psychiatrie des HUG, diagnostiquant notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique existant depuis juin 2010 (F33.2) ; la patiente décrit un premier épisode dépressif en 2006, dans un contexte de divorce et d'accident avec séquelles handicapantes à la main droite ; par la suite, l'humeur s'est améliorée, mais en été 2010, elle a développé un deuxième épisode dépressif ; le médecin décrit les symptômes d'un épisode dépressif sévère, un contexte somatique difficile, avec des douleurs importantes à la main droite et une diminution de la mobilité de celle-ci ; sur le plan psychiatrique, on s'attendait à une amélioration progressive, mais limitée, car le handicap à la main droite et l'incapacité de travail constituent des facteurs aggravants de la dépression ; le médecin conclut à une totale incapacité de travail depuis le 30 mai 2010 ; - un rapport du 14 octobre 2011, du Dr R_____, expliquant que l'assurée a été mise en arrêt de travail par son généraliste pour des douleurs somatoformes et des symptômes dépressifs en mai 2010 ; les facteurs déclenchants étaient un divorce et des difficultés financières ; en l'absence d'amélioration, son médecin traitant a demandé une prise en charge spécialisée ; le psychiatre dit avoir eu un premier contact avec la recourante le 22 juillet 2010, puis elle a été adressée aux HUG, avant qu'il ne continue le suivi. 55. Le 2 février 2016, SWICA a produit son dossier, lequel contient notamment : - un rapport du 6 février 2011, du docteur V_____, généraliste FMH, diagnostiquant un état anxio-dépressif existant depuis le 31 mai 2010, apparu dans un contexte familial et professionnel difficile et attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 31 mai 2010 ; - un rapport d'expertise du 26 mai 2011 du Dr P_____, dont il ressort que l'assurée a été mise en arrêt de travail en avril 2010, d'abord à 50%, puis à 100% depuis fin mai 2010, qu'elle a décrit des relations conflictuelles avec sa cheffe qui l'avait stressée et lui avait reproché d'exercer une autre activité à temps partiel en dehors de son travail de vendeuse ; l'assurée a été mise en arrêt de travail pour des raisons somatiques et psychiques ; initialement, elle a été suivie par le Dr R_____, qui l'a ensuite adressée au Dr U_____; le suivi a été instauré à la suite d'une tentative de suicide, en août 2010, événement qui n'a pas conduit à une hospitalisation ; le Dr P_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère avec un syndrome

somatique marqué (F32.11) et une agoraphobie avec trouble panique (F40.01) ; il a relaté que l'assurée a été victime d'une tentative de viol durant son adolescence et qu'elle a épousé un homme violent et jaloux, éléments suggérant selon lui très fortement une vulnérabilité psychique, facteur de mauvais pronostic pour l'évolution de l'épisode dépressif ; le médecin a conclu à une totale incapacité de travail pour au moins trois mois. Le 18 mars 2016, la recourante a encore produit le rapport d'expertise émis le 16 février 2016 par la policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU) de Lausanne - mandatée par l'OAI - et un avis du SMR du 14 mars 2016. a. Dans leur rapport d'expertise, les docteurs W_____, spécialiste FMH en médecine interne, X_____, spécialiste FMH en médecine interne, et Y_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen à sévère (F33.1) -, une agoraphobie avec attaque de panique (F40.01) et une allodynie de la branche sensitive du nerf radial au poignet droit associée à une névralgie brachiale droite face dorso-radiale du poignet droit (M79.2). En revanche, ils ont écarté le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant au motif que les douleurs n'étaient pas au centre des plaintes de la recourante, qu'elles n'étaient pas envahissantes et qu'elles s'expliquaient en grande partie par des atteintes organiques et des séquelles orthopédiques. Les limitations fonctionnelles, du point de vue orthopédique, consistaient à éviter le port de charges excédant 1 kg avec la main droite, le travail membre supérieur droit en hauteur et la station debout prolongée. L'activité de vendeuse en vêtements n'était plus adaptée à l'état de santé de la recourante. En revanche, une activité monomanuelle de la main gauche et en position assise pouvait être envisagée. La poursuite de l'ergothérapie pour changer la latéralité de la recourante était préconisée. Les experts ont toutefois conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis novembre 2013 au moins, du fait des pathologies psychiatriques. Les mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail consistaient en substitution thyroïdienne en vue d'améliorer l'asthénie et l'humeur. Les experts ont relevé que, selon le consilium du 11 janvier 2016 entre la doctresse Z_____ et le docteur AA_____, médecins à la Consultation du centre de la main, la recourante avait subi dans l'enfance un traumatisme par plaie du poignet droit dont les séquelles consistaient en un déficit d'ouverture de la première commissure. Le traumatisme par écrasement du poignet droit survenu le 12 décembre 2006 avait décompensé un syndrome du tunnel carpien à ce niveau. Une main rouge, chaude et douloureuse avec difficulté de mobilisation telle que décrite par la recourante juste après son accident pouvait faire penser rétrospectivement à un syndrome douloureux régional complexe (CRPS). La prise en charge du Dr J_____ le 19 octobre 2010, avait malheureusement décompensé les douleurs et provoqué une allodynie de la branche sensitive du nerf radial, toujours présente lors de l'expertise. La reprise chirurgicale du 11 juillet 2012 n'avait pas permis d'améliorer les douleurs neurogènes, malgré l'enfouissement proximal de la branche sensitive du nerf radial. Toutefois, depuis lors, les mobilités s'étaient améliorées. Les médecins constataient une limitation fonctionnelle très importante de la main droite, principalement due aux douleurs. La force était quasiment absente au niveau du membre supérieur droit, surtout au niveau de la main et du poignet. La mobilité du poignet était fortement limitée. L'incapacité de travail était d'au moins 25% depuis novembre 2013, date de la reprise du suivi psychiatrique chez le Dr R_____. L'exercice de l'activité habituelle n'était pas exigible. Quant à la possibilité théorique d'une reprise professionnelle, ne pourrait être envisagé qu'un travail mono-manuel de la main gauche, en position assise. On pouvait imaginer un poste au clavier en mono-manuel ou

encore des opérations sur une machine générale d'une seule main. Le pronostic était défavorable. Une amélioration de la situation clinique était quasiment exclue, les douleurs neurogènes persistant depuis plus de cinq ans. b. Le 14 mars 2016, la doctoresse AB _____, du SMR, a noté dans ce rapport d'expertise quelques contradictions dans les dates ne permettant pas de décrire l'évolution de l'incapacité de travail et de la capacité de travail résiduelle depuis 2010. Se posait également la question de savoir si une utilisation accessoire du membre supérieur droit était encore possible. 57. Par écriture du 14 avril 2016, l'intimée a observé que l'expertise de la PMU confirmait, sur le plan somatique, la pleine capacité de travail de la recourante à exercer une activité adaptée mono-manuelle. Le trouble psychique entraînant l'incapacité de travail était lié à un conflit avec une supérieure hiérarchique. Le premier épisode dépressif survenu en raison de l'accident de 2006 allégué par la recourante n'était pas documenté, n'avait en tout cas pas donné lieu à un suivi spécialisé (à l'exception d'une consultation dans une association) et avait disparu rapidement. Quoiqu'il en soit, les déclarations de la recourante ne correspondaient pas à celles faites en premier lieu lors de l'entretien de juin 2007. L'intimée fait valoir qu'en tout état de cause, il est douteux que le trouble psychique soit en lien de causalité naturelle avec l'accident. Quant à la causalité adéquate, elle devrait également être niée. En effet, l'accident doit être classé dans la catégorie de ceux de gravité moyenne à la limite du peu de gravité ; les critères de la gravité des lésions et du caractère particulièrement dramatique ou impressionnant de l'accident doivent être niés ; le traitement médical n'a pas été particulièrement long, d'autant qu'il a été interrompu pendant près de deux ans ; l'état de l'assurée est stabilisé depuis de nombreuses années et n'a pas été marqué par des erreurs ou des complications importantes ; les douleurs ne persistent pas depuis l'accident, puisque la recourante a pu reprendre un emploi pendant près de deux ans ; la première incapacité de travail n'a duré qu'un peu plus d'une année et celle relative à la rechute de 2010 a très rapidement été influencée de façon déterminante par les troubles psychiques, ce qui conduit à l'exclusion de ce critère. L'intimée en tire la conclusion qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 12 décembre 2006 et que ces troubles ne doivent donc pas être pris en considération pour évaluer la capacité de travail exigible. 58. Le 15 avril 2016, la Chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et gardé la cause 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), 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 trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38

al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA. [endif]> [if> 4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). [endif]> [if> Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a et ATF 117 V 294 consid. 2a; voir aussi ATF 122 V 34 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2012 du 18 septembre 2012 consid. 3.1). 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 du litige, 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 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). En l'espèce, dans ses décisions – qui déterminent l'objet de la contestation –, l'intimée a mis fin à partir du 1^{er} juin 2013 à la prise en charge de l'indemnité journalière et du traitement médical, nié le droit à une allocation pour impotent et révisé dès le 1^{er} juin 2013 la rente d'invalidité allouée à la recourante en l'augmentant de 11% à 23%. Elle a également reporté l'examen du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son recours, la recourante conteste la stabilisation de son état de santé et le degré de la rente d'invalidité. Elle invoque l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident du 12 décembre 2006, respectivement la rechute de juin 2010. En revanche, elle ne conteste ni le refus d'une allocation pour impotent, ni le report de l'examen du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par conséquent, sont litigieux : la fin du droit à l'indemnité journalière et au traitement médical, plus particulièrement la stabilisation de l'état de santé dès le 1^{er} juin 2013, ainsi que le degré d'invalidité, plus particulièrement la capacité de la recourante à exercer une activité adaptée et son revenu d'invalidité. 5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). [endif]> [if> 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). b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a

lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement post hoc, ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). c) Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). d) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement

pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). 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 travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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 (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1). 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. 19 al. 1, 2^{ème} 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 (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA; RS 832.202; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). Selon l'art. 21 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas énumérés par l'alinéa 1, à savoir : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3). Ainsi, 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). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est

propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). 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). b) 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). c) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; ATF 121 V 362 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2012 du 25 avril 2012 31 mars 2010 consid. 2.1). Tel est notamment le cas d'un rapport médical rendu postérieurement à la date déterminante, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1 er mars 2010 consid. 3.2). 8. Dans un premier grief, la recourante conteste le terme mis le 1 er juin 2013 à la prise en charge du traitement médical et au versement de l'indemnité journalière. Elle conteste en effet que son état se soit stabilisé. a. A titre préalable, il convient d'examiner s'il y a rechute ou séquelle tardive de l'accident du 12 décembre 2006. b. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). c. En l'espèce, l'accident du 12 décembre 2006 a

provoqué un écrasement du poignet droit qui présentait auparavant un problème tendineux au pouce et une petite atteinte sensitive du nerf radial, consécutifs à un accident survenu durant l'enfance, et asymptomatiques jusqu'alors, selon le rapport du Dr E_____ du 9 avril 2008. D'après les rapports des Drs C_____ et D_____ des 26 janvier 2007 et 25 juin 2007, l'accident de décembre 2006 a décompensé un discret syndrome du tunnel carpien bilatéral. Lors de son examen du 9 avril 2008, le Dr E_____ a mentionné comme suites directes de l'accident : une cicatrice discrète palmaire et une induration modérée palmaire douloureuse dans la région du cubital antérieur. Dans sa communication du 17 avril 2008, la SUVA a indiqué que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Tant cette communication que le rapport du Dr E_____ ont été adressés en copie à la Dresse G_____, qui n'en a pas contesté le contenu, notamment l'absence d'amélioration notable possible. De plus, du 1^{er} septembre 2008 au 31 mars 2010, la recourante a été en mesure de travailler en tant que vendeuse dans la confection à 80%. Par conséquent, il faut admettre que l'atteinte au poignet droit était en apparence guérie et que l'état de santé de l'assurée n'a plus nécessité de traitement médical au-delà du 31 août 2008, veille du début du droit à la rente d'invalidité versée par l'intimée. Lors de la ré-annonce du 5 août 2010, selon le rapport de sortie établi le 25 octobre 2010 par le Dr J_____, la recourante souffrait d'un syndrome du tunnel carpien de la main droite - soit le même diagnostic que celui posé par les Drs C_____ et D_____ en 2007 -, d'une rupture tendineuse ancienne, de dépression et de migraines. On doit en conclure que ladite ré-annonce avait notamment pour objet une rechute de l'accident du 12 décembre 2006 et il n'est pas contestable que la recourante remplit les conditions prévues à l'art. 21 al. 1 let. b LAA, puisqu'elle perçoit une rente d'invalidité de l'intimée depuis septembre 2008. d. Pour déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement de l'indemnité journalière, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante était stabilisé lors de la décision litigieuse du 25 juin 2015. e. Le traitement médical n'est pris en charge qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n°U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 pour cent au moins). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/07 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermique ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). f. En l'espèce, la rechute annoncée le 5 août

2010 a été prise en charge concernant la perte de gain par l'assurance ad hoc jusqu'au 31 mai 2012, puis par l'intimée, du 1^{er} juin 2012 au 31 mai 2013, qui a également couvert les frais de traitement jusqu'à cette date (notamment deux interventions chirurgicales). Le 19 octobre 2010, la recourante a subi une cure de syndrome de tunnel carpien au poignet droit, respectivement à la main droite, une reconstruction des extenseurs radiaux carpiens court et long, ainsi qu'un transfert du tendon extenseur propre de l'index sur le long extenseur du pouce. Dans les suites de l'opération, elle a développé un syndrome allodymique majeur à la face dorsale de la main dans le territoire de la branche sensitive du nerf radial lésé. Le 11 juillet 2012, elle a été ré-opérée avec résection d'un volumineux névrome à la branche sensitive du nerf radial droit, ainsi que ténolyse de l'appareil extenseur du pouce, du poignet et de l'extenseur radial du carpe reconstruit. Pour trancher la question de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, il convient au préalable d'examiner la valeur probante des rapports médicaux se prononçant sur les troubles actuels.

g. 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles 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_622/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). 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). h. L'intimée considère que les rapports du Dr N_____ ont entière valeur probante dès lors que ce médecin s'est prononcé de façon approfondie et motivée tant sur l'état antérieur que sur la stabilisation de l'état de santé et la capacité de travail exigible. En l'espèce, selon lesdits rapports des 27 août 2013, 2 septembre 2013 et 10 décembre 2013, la recourante présente des dysfonctionnements sérieux de la fonction de la main droite avec troubles sensitifs, hypersensibilité et diminution de mobilité du pouce. Le Dr N_____ estime que la situation médicale peut être considérée comme stabilisée, vu le refus de la recourante de se faire insérer une stimulation médullaire. Il considère qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle probable entre l'accident de 2006 et les lésions séquellaires actuelles neurologiques et tendineuses en l'absence de lésion déterminante lors de l'accident de 2006. D'après lui, il s'agit plutôt de l'évolution naturelle d'un traumatisme de l'enfance avec un poignet droit progressivement adapté à une situation séquellaire. Il est d'avis que la chirurgie de 2010 n'avait pas pour but de corriger les conséquences du traumatisme de 2006, mais de traiter celles de l'accident survenu lors de l'enfance. Il conclut qu'en 2010, les conséquences délétères de l'accident de 2006 sont complètement éteintes au motif que la recourante a pu reprendre une activité professionnelle pendant deux ans. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, il admet qu'on ne peut exiger de sa part la reprise de l'activité qu'elle exerçait au moment de l'accident, mais juge que, dans une activité adaptée monomanuelle, sa capacité de travail est entière. En premier lieu, la Chambre de céans observe que, dans son courrier du 21 mai 2013 au Dr J_____, le Dr N_____ indique qu'il n'envisage pas d'examiner la recourante car il « pense qu'un tel examen ne sera pas entièrement objectif ». Une telle affirmation ne peut que faire naître de forts doutes sur l'objectivité de l'examineur, respectivement sur la valeur probante de ses conclusions. Quoi qu'il en soit, les appréciations du Dr N_____ contiennent de nombreuses approximations et contradictions qui permettent de douter de leur valeur probante. Ainsi, s'agissant du lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident de 2006, les conclusions du Dr N_____ sont contredites par l'appréciation des autres médecins, à savoir les Drs J_____ et le consilium de l'unité de la main de la PMU qui admettent que l'accident de décembre 2006 a décompensé un syndrome du tunnel carpien. En outre, selon ledit consilium, la prise en charge du Dr J_____ du 19 octobre 2010 a décompensé les douleurs de la recourante qui présente une limitation fonctionnelle très importante de la main droite principalement due aux douleurs. Or, l'intervention du 19

octobre 2010 a consisté notamment en une cure de syndrome de tunnel carpien au poignet droit, de sorte que, contrairement à ce qu'affirme le Dr N_____, la chirurgie de 2010 avait au moins partiellement pour but de corriger les conséquences du traumatisme de 2006. De plus, même si l'aggravation de 2010 n'est pas une conséquence directe de l'accident de 2006, la nécessité de pratiquer une cure de syndrome du tunnel carpien au poignet droit, soit précisément un syndrome décompensé par ledit accident, ne permet pas au Dr N_____ de conclure à l'absence de lésions séquellaires actuelles en lien de causalité probable avec l'accident de 2006, sans autres explications. En effet, selon la jurisprudence relative au lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Or, si l'intervention du 19 octobre 2010 a notamment consisté en une cure de syndrome de tunnel carpien au poignet droit et qu'elle a décompensé les douleurs de la recourante, ainsi que provoqué une allodynie de la branche sensitive du nerf radial toujours présente lors de l'examen des Drs Z_____ et AA_____, pour conclure à l'absence d'effets délétères de ladite intervention, le Dr N_____ devait établir que la cure de syndrome du tunnel carpien ne participait aucunement à la décompensation des douleurs même partiellement, ce qu'il n'a pas démontré. En outre, à aucun moment il n'a examiné si les séquelles de l'accident remontant à l'enfance étaient parvenues au stade d'évolution qu'elles auraient atteint sans l'accident de 2006 - autrement dit, si ledit accident avait ou non accéléré leur cours. Par conséquent, son appréciation est incomplète. S'agissant de la capacité de travail, ses conclusions quant à une capacité entière avec un horaire complet dans une activité adaptée monomanuelle ne sont pas motivées et ne précisent pas à partir de quand une telle activité est exigible. A cet égard, les Drs Z_____ et AA_____ sont nettement moins affirmatifs que le Dr N_____, puisqu'ils considèrent qu'une telle activité peut être envisagée, mais en position assise, sans mentionner le degré de capacité de travail de la recourante, ni depuis quand une capacité de travail peut être envisagée. Ils précisent toutefois lors du consilium du 11 janvier 2016, que l'ergothérapie doit être poursuivie aux fins de changer la latéralité de la main. Une telle précision faite à cette date permet de douter que la recourante était en mesure d'exercer une activité monomanuelle adaptée dès le 1^{er} juin 2013 avec un plein rendement, ce d'autant plus qu'elle ressent des douleurs neurogènes parfois vives au poignet droit, élément que le Dr N_____ ne semble pas avoir pris en considération dans son évaluation de la capacité de travail. Par ailleurs, il ne prend pas position sur le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident de 2006, respectivement la rechute de 2010, de sorte que son appréciation est également incomplète sur ce point. Au vu de la jurisprudence concernant la valeur probante des rapports médicaux, il apparaît ainsi qu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr N_____. Toutefois, il n'est pas davantage possible de trancher la cause en se fondant sur l'expertise de la PMU. En effet, non seulement celle-ci ne se prononce pas sur le lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident de 2006, mais elle ne précise pas à partir de quelle date une activité monomanuelle est réalisable, ni à quel taux d'activité. Par conséquent, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire approfondie sur le plan médical. 9. 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).!

!> Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire 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. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt non publié 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4). 10. Etant donné que la problématique soumise à la Chambre de céans est particulièrement délicate s'agissant d'apprécier si c'est l'accident de 2006 ou celui survenu durant l'enfance qui a conduit exclusivement ou partiellement aux troubles actuels, l'intimée ne pouvait trancher la question du lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 12 décembre 2006, respectivement la rechute de juin 2010, sans mettre en œuvre une expertise médicale auprès d'un spécialiste des troubles de la main. Par conséquent, elle n'a pas instruit correctement la situation médicale, de sorte que la cause doit lui être renvoyée pour qu'elle mette en œuvre une expertise auprès d'un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG.

!> 11. a. Il reste encore à déterminer l'étendue de l'instruction complémentaire nécessaire eu égard aux questions litigieuses, notamment la stabilisation de l'état de santé de la recourante, ainsi que le lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident de 2006, respectivement la rechute de juin 2010. Quoiqu'en dise l'intimée, le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident de décembre 2006, respectivement la rechute de juin 2010, fait partie de l'objet du litige au vu de la date de leur manifestation. En effet, selon le rapport d'expertise de la PMU, l'incapacité de travail due aux troubles psychiques existe en tout cas depuis novembre 2013 et même d'après les Drs U_____ et P_____, depuis une tentative de suicide en août 2010, soit bien avant la décision litigieuse de l'intimée.

!> b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6;

ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement

médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). c. En l'espèce, dans son écriture du 14 avril 2016, l'intimée considère comme douteux le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident de 2006, sans toutefois baser ses doutes sur un rapport médical examinant un tel lien de causalité. Par conséquent, il s'agit d'une simple allégation qui n'est pas établie dans les faits puisqu'aucun médecin ne s'est prononcé sur cette question. Au vu de la jurisprudence en matière de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, l'intimée est également d'avis qu'il n'existe aucun lien de causalité adéquate dès lors que l'accident de 2006 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité et que les critères déterminants ne sont majoritairement pas remplis ou pas remplis avec une intensité particulière. Au vu du déroulement de l'accident - au cours duquel la recourante s'est coincée le poignet dans une encolleuse - et de la casuistique tirée de la jurisprudence en matière d'accidents ayant occasionné des lésions de la main (pour une vue d'ensemble de la casuistique, voir les arrêts du Tribunal fédéral 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.3 et 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2), il y a lieu de ranger l'accident du 12 décembre 2006 dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, sans qu'il soit nécessaire à ce stade de trancher s'il est à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne ou s'il s'agit d'un accident de gravité moyenne « stricto sensu » (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_1006/2010 du 31 août 2011 consid. 2.3). En effet, quoi qu'il en soit, la recourante souffre de douleurs à la main droite persistantes et par moments d'une grande intensité. Elle a connu de difficultés au cours de la guérison qui ont nécessité une deuxième intervention chirurgicale le 11 juillet 2012 après celle du 19 octobre 2010. Son incapacité de travail est de 100% depuis le 31 mai 2010 sans qu'il soit possible - en l'absence de rapports médicaux probants - de savoir quel en est le degré et la durée dus aux lésions physiques. Le traitement médical a duré environ deux fois deux ans. Par conséquent, au vu du cumul de ces critères et de l'intensité de certains d'entre eux, il n'est pas possible comme le soutient l'intimée de renoncer à examiner le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident de 2006, respectivement la rechute de juin 2010. Aussi, il convient également de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. S'agissant de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, il ressort de l'expertise de la PMU que la poursuite de l'ergothérapie est nécessaire afin que la recourante puisse acquérir la latéralité gauche, sans qu'on ne sache si ladite ergothérapie est en lien de causalité ou non avec la rechute de juin 2010. Quoi qu'en dise l'intimée, des séances d'ergothérapie ayant pour but de contribuer à l'augmentation ou au rétablissement de la capacité de travail sont susceptibles d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de la recourante, de sorte qu'il n'est à ce stade pas possible de conclure à une stabilisation dudit état de santé en date du 1^{er} juin 2013. d. En définitive, l'instruction médicale complémentaire devra porter sur le lien de causalité naturelle entre les troubles actuels de la main droite et l'accident du 12 décembre 2006, respectivement la rechute de juin 2010, sur le lien de causalité naturelle entre les troubles

psychiques et l'accident de décembre 2006, respectivement la rechute de juin 2010, sur la date de stabilisation de l'état de santé de la recourante en lien avec la rechute de juin 2010, sur le degré de la capacité de travail de la recourante dans une activité monomanuelle et son rendement en lien avec la rechute de juin 2010, ainsi que sur la date à partir de laquelle une telle activité est raisonnablement exigible. A cet effet, l'intimée devra mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès d'un chirurgien-orthopédiste spécialiste de la main et d'un psychiatre qui contiendra des conclusions consensuelles. Après quoi, elle devra réexaminer le droit aux prestations. 12. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). A ce stade de la procédure, il n'est pas établi que les plaintes actuelles de la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 12 décembre 2006, respectivement avec la rechute de juin 2010. Par conséquent, il n'est pas possible de faire droit aux conclusions de la recourante quant à la poursuite de la prise en charge par l'intimée des frais de traitement et de l'indemnité journalière. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et les décisions des 13 février 2015 et 25 juin 2015 annulées au sens des considérants. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).
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.