

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1750/2018

ATAS/1035/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 novembre 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CONFIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'Etude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, vendeuse en horlogerie bijouterie, droitière, était inscrite auprès de la caisse de chômage Unia Genève, étant assurée à ce titre auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la CNA ou l'intimée), lorsque, le 7 avril 2017, elle a chuté d'une échelle à son domicile, et s'est réceptionnée sur la main et la jambe gauches.
2. Le cas a été pris en charge par la CNA, et l'assurée a bénéficié des traitements utiles.
3. Devant la persistance des douleurs, un bilan radiologique du poignet gauche de face-profil et incidence scaphoïde a été réalisé le 27 avril 2017. Celui-ci n'a pas mis en évidence de trait de fracture au niveau du poignet et du carpe. Aucune tuméfaction du carré pronateur n'a été décelée lors de cet examen.
4. Le 10 mai 2017, l'assurée a fait une nouvelle chute dans les escaliers, avec réception sur les deux genoux. Les diagnostics d'entorse du poignet gauche, contusion bénigne du genou gauche et d'hémarthrose du genou droit ont été posés le 12 mai 2017, par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Ce médecin traitant a notamment indiqué que la capacité de travail (CT) était nulle - respectivement l'incapacité de travail était totale (100 %) dès le 7 avril 2017, pour une durée indéterminée.
5. L'assurée a bénéficié des indemnités journalières.
6. Le 6 juin 2017, une nouvelle IRM du poignet gauche a été réalisée.
7. Dans son rapport du 28 juillet 2017, le Dr B_____ a retenu les diagnostics de cervicalgies, dorsalgies, lombalgies post-traumatiques, hémarthrose des deux genoux et tendinite du poignet gauche. Le pronostic était qualifié de positif à trois mois.
8. En date du 6 décembre 2017, une troisième IRM du poignet gauche a été pratiquée.
9. Le 11 décembre 2017, l'assurée a été examinée par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA Genève.
10. Le 14 décembre 2017, la CNA Genève a avisé l'assurée qu'elle était reconnue comme pleinement capable de travailler, à 100 %, dans son activité habituelle de « bijoutière », dès le 1^{er} janvier 2018.
11. Dans son rapport du 16 janvier 2018, le Dr B_____ a repris les diagnostics posés dans le rapport du 28 juillet 2017 en indiquant que l'évolution était caractérisée par une persistance des douleurs de la ceinture scapulaire et du poignet gauche avec une impotence fonctionnelle à l'effort. Il a considéré qu'une reprise de travail n'était pas encore possible.

12. Par décision du 25 janvier 2018, la CNA Genève a confirmé à l'assurée qu'elle était capable de reprendre à plein temps son activité habituelle de vendeuse en horlogerie et en bijouterie, à partir du 1^{er} janvier 2018, mettant ainsi implicitement fin au versement des indemnités journalières versées jusqu'alors.
13. Dans le délai légal, l'assurée, représentée par son assurance de protection juridique (Assista), a formé opposition contre la décision susmentionnée. Elle conclut implicitement à l'annulation de celle-ci. Le 18 avril 2018, la mandataire de l'assurée a encore déposé le questionnaire médical rempli 5 mars 2018 par le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Le contenu de ce rapport sera évoqué dans les considérants qui vont suivre, dans la mesure utile.
14. Par décision sur opposition du 20 avril 2018, la CNA à Lucerne a rejeté l'opposition et indiqué qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. L'assurée contestait les conclusions du médecin d'arrondissement, en se fondant sur le certificat médical du Dr B_____ du 23 janvier 2018, ainsi que sur le rapport du 12 février 2018 de sa physiothérapeute (Mme E_____). Il ressortait du rapport du service extérieur du 6 septembre 2017, que l'activité exercée habituellement par l'assurée consistait à conseiller les clients et à vendre des articles de bijouterie et de joaillerie. Cette activité s'exerce essentiellement debout et ne comporte que des manutentions légères. Dans son rapport d'examen du 11 décembre 2017, le Dr C_____ a commencé par rappeler que le bilan radiologique réalisé le 27 avril 2017 n'avait pas mis en évidence de fracture au niveau du poignet gauche. En ce qui concerne les antécédents, ce médecin a relevé que l'assurée avait subi en 2012 une intervention au niveau de l'avant-pied pour un névrome de Morton du troisième espace inter-métatarsien du pied gauche. Reprenant, au chapitre des déclarations de l'assurée, les plaintes émises par cette dernière, le médecin d'arrondissement a noté qu'il semble difficile à cette dernière de retrouver un travail si elle ne pouvait pas porter des chaussures avec talons, au motif que cela entraînerait des contractures paravertébrales. Des douleurs du poignet gauche avec diminution de la force et une tuméfaction du bord ulnaire ont également été rapportées par la susnommée. Au plan des constatations, le médecin d'arrondissement a tout d'abord pu observer que l'assurée n'avait affiché, durant l'anamnèse ayant duré un peu plus de 45 minutes, aucune attitude montrant une impatience en raison de problèmes lombaires ou cervicaux. Il a également constaté que la marche était réalisée sans boiterie particulière et que seule la marche sur pointes était difficilement réalisée à gauche en raison des douleurs au niveau de la zone opérée en 2012. La mobilité de la colonne cervicale était normale, non douloureuse, et aucune contracture musculaire n'était objectivée. S'agissant des membres supérieurs, aucune particularité n'était signalée au niveau de la mobilité du poignet, mais celle-ci était toutefois qualifiée de douloureuse en fin d'amplitude et en inclinaison radiale. L'inspection montrait une discrète tuméfaction au niveau du bord latéral ulnaire en regard de la styloïde cubitale. Au niveau des membres inférieurs, rien de particulier n'a été relevé si ce n'est une douleur exquise au niveau du troisième espace inter-métatarsien en regard

d'une cicatrice pour excision d'un névrome de Morton. Au terme de son examen clinique, le Dr C_____ a estimé que celui-ci était tout à fait rassurant, à l'exception de la main gauche où il persistait une discrète tuméfaction douloureuse du bord ulnaire au niveau de la styloïde ulnaire. Aucune hyperlaxité pathologique au niveau du carpe ou du poignet gauche n'était retenue. Quant aux limitations fonctionnelles (liées aux événements assurés des 7 avril et 10 mai 2017), le médecin d'arrondissement a expliqué que l'assurée devait éviter la sollicitation régulière avec charges supérieures à 5 kg du membre supérieur gauche. Dans une activité professionnelle respectant cette contrainte, la CT était, selon le médecin d'arrondissement, considérée comme entière sans limitation de rendement. Eu égard à la description du poste de travail fourni par le service extérieur, le 6 septembre 2017, il fallait bien convenir que la reprise à plein temps de vendeuse en horlogerie et en bijouterie était pour l'assurée à nouveau exigible à compter de l'examen du médecin d'arrondissement, le 11 décembre 2017, d'autant plus que l'assurée est droitrière. Les questionnaires médicaux remplis par le médecin traitant le 21 février 2018 et par le chirurgien traitant le 5 mars 2018 n'apportent pas d'éléments objectifs susceptibles de remettre en question les conclusions du médecin d'arrondissement. S'agissant du médecin traitant, ce dernier se fait plutôt l'écho des plaintes subjectives de l'assurée. Quant aux réponses du chirurgien orthopédique (Dr D_____) ce praticien n'a pas explicitement cautionné le fait que l'assurée serait incapable de reprendre son activité professionnelle, tout en ajoutant qu'un travail léger de bureau serait, selon lui, envisageable. Or comme déjà précisé plus haut, l'activité de vendeuse en horlogerie et en bijouterie est compatible avec le profil d'exigibilité définie par le médecin d'arrondissement. Ainsi faut-il conclure que l'assurée était apte à travailler en plein dans son activité habituelle de vendeuse d'articles de bijouterie à partir du 1^{er} janvier 2018.

15. L'assurée, représentée par un conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée, par courrier recommandé du 22 mai 2018. Elle conclut préalablement à ce qu'il lui soit accordé un délai pour compléter son recours après l'examen du 6 juin 2018 prévu chez le chirurgien orthopédiste traitant; principalement à l'annulation de la décision sur opposition de la CNA du 20 avril 2018, et cela fait, condamner l'intimée à reprendre le versement des indemnités journalières depuis le 1^{er} janvier 2018, ceci avec suite de dépens sous forme d'indemnité. Elle observe que jusqu'ici tant le médecin traitant que le chirurgien traitant ont continué à délivrer à leur patiente des certificats d'incapacité de travail à 100 %. La recourante avait fait une deuxième infiltration de cortisone le 7 mai 2018 et il n'y avait pas d'amélioration, le chirurgien traitant lui ayant indiqué qu'il faudrait probablement opérer, ce qu'il avait déjà annoncé dans son rapport du 5 mars 2018. Elle avait rendez-vous chez ce médecin, le 6 juin 2018 afin, notamment, de déterminer si une intervention chirurgicale était nécessaire. La recourante ne peut pas travailler dans son activité de vendeuse en horlogerie et bijouterie car cela n'est pas compatible avec ses limitations fonctionnelles. Par exemple, chaque jour elle devait mettre à l'heure les montres de

la boutique, ce qui n'est plus possible en raison des atteintes au bras gauche. L'instruction du dossier devra être reprise pour déterminer une activité adaptée. Toutefois l'état de santé n'étant actuellement pas stabilisé, la recourante sollicite le versement d'indemnités journalières, à reprendre dès le 1^{er} janvier 2018.

16. L'intimée a répondu au recours par courrier du 24 juillet 2018. Elle conclut au rejet du recours et au déboutement de la recourante de toutes ses conclusions. Dans son rapport du 11 décembre 2017, le médecin d'arrondissement a relevé que les plaintes actuelles de la recourante se traduisent par des douleurs du poignet gauche avec une diminution de la force et une tuméfaction du bord ulnaire. Il a relevé que la symptomatologie faisant suite au choc direct sur les deux genoux ayant occasionné des hématomes antérieurs n'était plus relevante. Décrivant des genoux secs, des rotules non douloureuses, l'absence de signes méniscaux et une marche sans boiterie particulière, il a observé comme seule "anomalie " une marche sur pointes difficilement réalisée à gauche en raison des douleurs au niveau d'une zone opérée en 2012. Aussi a-t-il constaté une douleur exquise au niveau du troisième espace inter-métatarsien en regard d'une cicatrice pour excision d'un névrome de Morton, douleur qui empêchait l'assurée de porter des chaussures à hauts talons. La mobilité de la colonne cervicale était normale, non douloureuse et aucune contracture musculaire n'était objectivée. L'assurée n'avait par ailleurs affiché aucune impatience lors de l'anamnèse en raison de problèmes lombaires ou cervicaux. S'agissant des membres supérieurs, aucune particularité n'était signalée au niveau des mains ni de la mobilité des poignets, mais celle-ci était toutefois douloureuse en fin d'amplitude en flexion à gauche et en inclinaison radiale. L'inspection montrait une discrète tuméfaction au niveau du bord latéral ulnaire en regard de la styloïde cubitale. Au terme de son examen clinique, le médecin d'arrondissement a estimé que celui-ci était tout à fait rassurant, à l'exception de la main gauche au regard de la discrète tuméfaction douloureuse du bord ulnaire. Il a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, la marche avec des chaussures à hauts talons et la sollicitation régulière avec charges supérieures à 5 kg du membre supérieur gauche. En tenant compte de cette exigibilité, la CT était totale sans limitation de rendement. La recourante ne remet pas en cause, à raison, les LF retenues par le médecin d'arrondissement. Elle conteste cependant que ses limitations soient compatibles avec son activité professionnelle. Le médecin traitant estime que l'IT demeure totale en raison d'une impotence fonctionnelle et de douleurs du poignet gauche. Non seulement il intervient en qualité de médecin traitant avec les conséquences que l'on doit en tirer selon la jurisprudence, ses rapports médicaux étant de surcroît trop succincts pour dégager quelque appréciation quant à la CT dans l'activité habituelle. Quant au chirurgien traitant, ce dernier a reconnu qu'un travail léger de bureau serait, selon lui, envisageable, le travail de mécanicienne de précision pouvant présenter des difficultés. On ne voit pas que les données médicales du dossier contreviendraient à l'activité de vendeuse en bijouterie. Au vu des constatations du service extérieur, quant au type d'activité déployée par l'assurée, avant d'être au chômage, on doit admettre qu'elle peut retrouver un emploi

dans le rayon bijouterie d'un grand magasin par exemple, compte tenu de son obligation de réduire le dommage. L'argument tiré du fait que l'ancienne activité serait incompatible avec ses limitations fonctionnelles, dans la mesure où elle devait mettre à l'heure les montres de la boutique chaque jour, ne résiste pas à l'examen. En effet, les montres mécaniques représentent une portion infime des offres de l'horlogerie actuelle, la majorité des montres étant automatiques, ne nécessitant dès lors pas d'être mises à l'heure chaque jour. Il y a dès lors lieu de reconnaître l'assurée médicalement apte à reprendre son activité habituelle de bijoutière dès le 1^{er} janvier 2018. Elle ne saurait dès lors prétendre au maintien du paiement des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2017.

17. Par courrier du 18 septembre 2018 à la chambre de céans, la mandataire de la recourante a indiqué que cette dernière n'était toujours pas apte à travailler. Elle versait au dossier le certificat du médecin traitant du 30 août 2018 attestant toujours d'une IT complète, ainsi que la feuille-accident LAA, dûment complétée par le chirurgien traitant, mentionnant également une IT totale. Elle observait également que depuis le mois d'avril 2017, la recourante avait subi au total 44 séances de physiothérapie pour son poignet et 46 pour son dos. Son état de santé n'était pas stabilisé et une opération du poignet était envisagée. Afin de pouvoir obtenir dans l'intervalle des rapports circonstanciés du médecin traitant, elle sollicitait un délai complémentaire.
18. Par courrier du 13 novembre 2018, la recourante a produit de nouveaux documents médicaux (certificat médical d'incapacité de travail par le médecin traitant, et copie de la feuille d'accident du chirurgien traitant, une copie de convocation pour une opération fixée au 4 décembre 2018, ainsi qu'un rendez-vous postopératoire le lendemain, et enfin un certificat médical du Dr B_____ du 9 novembre 2018 - se référant aux renseignements demandés dans le dernier courrier de l'avocate : sa patiente était toujours actuellement en IT à 100 %, suite à l'accident du 7 avril 2017; elle présente toujours, suite à cet accident, des douleurs intenses du poignet gauche avec une impotence fonctionnelle, la limitant grandement dans les actes de la vie quotidienne et de fait pour toute activité professionnelle ; elle souffre d'une luxation associée à une déchirure d'un tendon du poignet; elle est régulièrement suivie par le Dr D_____ qui, après un traitement conservateur sans efficacité, préconise un traitement chirurgical dont la date n'a pas encore été fixée.
19. Par courrier du 24 janvier 2019, la recourante a produit les précisions documentées suivantes: le Dr D_____ avait ainsi répondu aux questions posées: la patiente souffre d'une déchirure de la sixième coulisse des extenseurs avec une subluxation du tendon ECU au poignet gauche et d'un kyste arthrosynovial, ulno-carpien consécutif à cette pathologie. La différence entre les conclusions du médecin d'arrondissement et les siennes provient du fait que le chirurgien traitant avait compris que la patiente faisait elle-même de la joaillerie et de l'horlogerie, ce qui pouvait engendrer, par des mouvements spécifiques à ces activités, des douleurs avec une impotence fonctionnelle. Il est clair que comme vendeuse en horlogerie,

une CT aurait été possible. On peut émettre une légère réserve quant à une CT totale, mais une CT au moins partielle aurait été possible. En date de la consultation la plus contemporaine de la décision de la CNA, à savoir la première consultation où il a vu la patiente, le 5 janvier 2018, on constatait un œdème de la main avec des douleurs à la palpation du tendon de l'extenseur ulnaire du carpe aggravées à la déviation ulnaire du poignet. La mobilité des doigts était bonne, la flexion-extension du poignet à 75-0-60, la pronosupination complète avec une supination forcée douloureuse. On n'avait donc objectivement pas de limitations fonctionnelles nettes, malgré une douleur qui pouvait limiter la performance. La situation durant toute l'année 2018 jusqu'à ce jour n'a pas évolué dans la mesure où la douleur est toujours présente le long de l'extenseur carpi-ulnaris, ainsi que sur l'épicondyle du même côté. Un nouvel examen arthro IRM du 5 juillet 2018 confirme le diagnostic de luxation de l'extenseur ulnaire du carpe avec déchirure partielle et tendinite d'accompagnement. Actuellement il n'y a pas de traitement de la part du chirurgien. La patiente a subi deux infiltrations avec une amélioration transitoire. Elle a subi également un traitement de rééducation. A plusieurs reprises, il lui a proposé une intervention qu'elle a toujours remise à plus tard pour des motifs divers, en particulier par son désir de tenter des traitements plus conservateurs, par acupuncture ou autre. À plusieurs reprises, une opération a été proposée qui consisterait en la libération du tendon avec nettoyage de sa gaine synoviale, puis le recentrage du tendon sur le dos de l'articulation radio-ulnaire distale par une sangle du ligament rétinaculaire du carpe. S'agissant du pronostic concernant la CT dans l'ancienne activité de vendeuse en horlogerie/bijouterie il précise : soit la patiente juge que son activité de vendeuse est possible, auquel cas elle peut reprendre le travail, soit elle est impossible en raison des douleurs et une intervention devrait être pratiquée. Aux termes de celle-ci et de ses suites, on peut admettre une capacité totale après trois mois, sous réserve de complications post-opératoires. Activité adaptée : une activité sans mouvements de pronosupination du poignet gauche répétitifs serait possible depuis le début 2018, peut-être pas à plein temps, mais en tout cas dans une certaine mesure. Rappelons que la patiente est droitrière et qu'une activité épargnant un peu la main gauche serait tout à fait possible.

Le conseil de la recourante indique qu'au vu des douleurs et de la gêne fonctionnelle, la recourante avait décidé de se faire opérer, car les autres traitements entrepris n'avaient pas amené d'amélioration. Elle avait été examinée par le médecin d'arrondissement le 26 novembre 2018. Elle produisait ainsi copie du courrier de la CNA du 3 janvier 2019, lui adressant le rapport d'examen médical réalisé par ce médecin. Il ressort de ce rapport que l'intervention alors prévue le 4 décembre 2018 est en relation de causalité probable avec l'événement qu'il concerne, elle fait suite à un échec d'un traitement conservateur. Suite à cette intervention une incapacité de travail sera nécessaire et justifiée. Il sera nécessaire de demander le rapport opératoire et les rapports évolutifs à six semaines, trois mois et six mois. Les LF établies lors de l'examen du médecin d'arrondissement d'il y a un an sont toujours d'actualité, ceci jusqu'à l'intervention. En tenant compte de ces

limitations fonctionnelles établies, l'exigibilité est donnée en CT totale de travail, sans limitation horaire ni de rendement. Stabilisation de l'état à trois mois, maximum à six mois de l'intervention, si absence de complication intercurrente. Le bilan final sera nécessaire à cette échéance. L'opération a eu lieu le 4 décembre 2018, mais la recourante ne dispose pas encore du rapport opératoire. La patiente sollicite sa comparution personnelle et persiste dans les termes de son recours.

20. La CNA s'est déterminée par courrier du 14 février 2019. Elle observe que les documents médicaux produits, soit le courrier du chirurgien traitant du 30 octobre 2018 et le rapport d'examen du médecin d'arrondissement du 26 novembre 2018 ne contiennent aucun élément médical objectif nouveau de nature à modifier sa position dans le cadre du présent litige. Pour mémoire, celui-ci porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2017, singulièrement sur la question de savoir si l'assurée a recouvré une pleine CT dans son activité professionnelle habituelle de vendeuse en bijouterie à compter du 1^{er} janvier 2018. Dans son courrier du 30 octobre 2018, le chirurgien traitant énonce avoir constaté, lors de la première consultation de l'assurée du 5 janvier 2018 un œdème de la main avec des douleurs à la palpation du tendon de l'extenseur ulnaire du carpe aggravées à la déviation ulnaire du poignet... A l'examen réalisé moins d'un mois auparavant, soit le 11 décembre 2017, le médecin d'arrondissement avait constaté une mobilité des poignets sans particularité, mais douloureuse en fin d'amplitude en flexion à gauche et en inclinaison radiale; la flexion-extension était à 60-0-40°. L'inclinaison radiale ulnaire était à 30-0-20° douloureuse à gauche. L'inspection montrait une discrète tuméfaction au niveau du bord latéral ulnaire au regard de la styloïde cubitale. Dans le cadre de son appréciation, le médecin d'arrondissement a souligné que les plaintes actuelles résiduelles étaient des douleurs du poignet gauche avec une diminution de la force et une tuméfaction du bord ulnaire, et a retenu à titre de LF la sollicitation régulière avec charge du membre supérieur gauche. L'intimée rappelle les conclusions concordantes du chirurgien traitant sur ce point (à la suite de la consultation du 5 janvier 2018 on n'avait donc objectivement pas de limitation fonctionnelle nette, malgré une douleur qui pouvait limiter la performance). Ce médecin indique ensuite que la situation n'a pas évolué durant toute l'année 2018 (douleurs toujours présentes). Il rappelle encore les éléments de réponse du chirurgien traitant. L'intimée en conclut qu'à l'aune de l'avis du 30 octobre 2018 du chirurgien traitant, elle ne voit pas de raisons objectives de remettre en cause les conclusions probantes de son médecin d'arrondissement, seules les douleurs étant retenues par le chirurgien traitant, pour justifier une possible diminution de la CT, douleurs au demeurant prises en compte par le médecin d'arrondissement dans le cadre de l'évaluation de l'exigibilité. Pour le surplus lors de l'examen du 26 novembre 2018, le médecin d'arrondissement a constaté l'absence d'atrophie musculaire au niveau des avant-bras avec mesure avant-bras bilatérale identique des deux côtés (ddc), un discret œdème au niveau de la main gauche, un enroulement complet, une distance pouce-5^e métacarpien de 0 cm ddc et l'absence de raideur au niveau de la main. Au

niveau du poignet, il existe une très discrète raideur active en inclinaison ulnaire à gauche. Le médecin d'arrondissement retient les diagnostics - comme précédemment - d'entorse du poignet gauche et de rupture partielle de l'extenseur ulnaire du carpe avec ténosynovite gauche symptomatique. L'examen clinique est comparable à celui réalisé une année auparavant, avec une discrète tuméfaction du poignet gauche, une douleur à la palpation de la styloïde ulnaire et une douleur à la sollicitation des extenseurs. L'intervention proposée par le chirurgien le 4 décembre 2018 est admise, au regard des différentes modalités thérapeutiques qui ont été essayées sans succès. L'acceptation de la prise en charge de l'intervention du 4 décembre 2018 - et la reprise des indemnités journalières dès cette date - ne remet pas en cause la capacité de travail exigible au 1^{er} janvier 2018, le chirurgien traitant ne semblant pas d'un avis contraire. L'intimée confirme ainsi en tous points ses conclusions.

21. Sur quoi la chambre de céans a procédé à l'audition des parties lors d'une audience du 11 mars 2019:

La recourante a déclaré: " L'opération qui était prévue le 4 décembre 2018 a bien eu lieu. C'est le Dr D_____ qui m'a opérée. Vous me demandez si l'opération s'est bien passée: je vous réponds non car après trois mois, mon poignet est toujours gonflé.

(la recourante se met à pleurer à l'évocation de son opération et de ses suites)

Je ne travaille toujours pas. A partir de l'opération, soit dès le 4 décembre 2018, j'ai effectivement reçu les indemnités journalières de la CNA. Je les touche toujours. Je voudrais dire que je souffre beaucoup tant physiquement que moralement de toute cette affaire. Je trouve injuste de m'être retrouvée dans cette situation où, étant au chômage, j'ai eu successivement deux accidents: la première fois, je me trouvais dans ma cuisine et des objets sont tombés sur mon poignet. J'étais sur une échelle et avec la chute d'un pot de porcelaine que j'ai reçu sur le pouce, je suis tombée et je me suis réceptionnée sur la main gauche. La deuxième fois, je suis tombée dans les escaliers, en montant. J'avais manqué une marche et cela m'a fait chuter en avant. J'ai eu les genoux tout bleus. J'ai insisté à plusieurs reprises auprès de mon avocat, et même avant de consulter Assista, pour être sûre que l'accident des escaliers était bien pris en charge par la CNA et qu'un autre dossier avait été ouvert. J'ai beaucoup de craintes à ce sujet, car à un moment donné, la CNA m'a dit que ce n'était pas nécessaire d'ouvrir un nouveau dossier. Je remets d'ailleurs à mon avocate un document que j'avais reçu à ce sujet de la CNA. "

Me STOLLER FÜLLEMANN: " Il ressort en effet du courrier que ma cliente me remet ce jour pour illustrer son propos. En substance, ce courrier indique que la CNA prend en charge les suites de l'accident du 10 mai 2017, soit le deuxième accident, l'assurance précisant que les indemnités journalières relatives à ce sinistre continueront à être versées, mais sur la base du premier sinistre. "

La recourante: " Je voudrais dire encore que j'ai toujours travaillé dans la haute horlogerie et joaillerie, j'ai d'ailleurs un certificat de gemmologie. Avec toutes les compétences que j'avais, notamment je parle chinois, anglais, français, japonais. Lorsque j'ai eu ce problème, j'ai évidemment souhaité me remettre le plus rapidement possible pour retrouver un emploi à la taille de mes compétences. Je rappelle que dans mon domaine, les produits hauts de gamme ne sont pas des montres automatiques par exemple, comme chez F_____ où je travaillais à l'époque. Ce qui fait que lorsqu'on doit répondre et expliquer des choses à la clientèle, on doit également manipuler les montres, ce qui est problématique avec mon poignet. Comme je vous l'ai expliqué, je souffre non seulement physiquement mais aussi moralement et psychologiquement, car j'ai vraiment le sentiment de ne pas avoir été comprise notamment par le chômage qui, comme le médecin-conseil de la CNA, m'ont clairement fait comprendre que je pouvais trouver un travail ailleurs, dans un autre domaine. D'ailleurs, le chômage, à qui je m'étais adressée à l'époque, m'avait indiqué qu'ils ne me reprendraient que si je pouvais prouver médicalement être apte au travail. Je ne comprends pas ces attitudes, car cela reviendrait à exiger de moi que je travaille chez Manor, par exemple, alors que mes compétences sont bien plus élevées. Sur question de Madame G_____, au moment du premier accident, j'étais déjà au chômage, et ceci depuis plus d'une année. Sur question du Président, je précise que si je me suis retrouvée au chômage, c'était à la suite des manipulations de ma supérieure hiérarchique qui nous a licenciés moi et d'autres personnes également ; il s'agissait d'un licenciement abusif pour lequel j'ai d'ailleurs été indemnisée par LVMH (je suis tenue à une obligation de confidentialité par rapport au montant que j'ai reçu). D'ailleurs, aujourd'hui, la boutique où je travaillais n'existe plus, à cause de cette responsable. Avant l'accident, je dois préciser que j'avais été en contact avec Patek Philippe, qui avait retenu ma candidature et m'avait convoquée à trois entretiens successifs avant de me dire qu'ils avaient retenu quelqu'un d'autre. Pour répondre à l'autre aspect de la question de l'intimée, j'ai toujours recherché du travail dans le même domaine, soit de la haute horlogerie et joaillerie. J'ai eu d'ailleurs des entretiens avec Vacheron, Jaeger Lecoultre, Cartier, etc. Les montres sont d'ailleurs ma passion. Sur question de Madame G_____, certes la plupart des marques qui ont été énumérées ci-dessus vendent également des produits à quartz, mais dans mon domaine de compétences, les produits haut de gamme sont mécaniques. Lorsqu'on veut vendre un exemplaire, qui est toujours assez coûteux, on est obligé de faire une démonstration manuelle au client pour le convaincre. D'autre part, pour répondre à votre question, de savoir si dans un tel emploi je serais nécessairement obligée de remonter les montres chaque jour, je précise qu'il en va également ainsi. En effet, même s'il y a plusieurs employés dans un même point de vente, chacun assume la responsabilité d'une partie du stock et donc doit s'occuper de mettre les montres à l'heure, tous les jours, et de les remonter, puisque le reste du temps elles restent dans la vitrine.

Me STOLLER FÜLLEMANN : " Je souhaite attirer l'attention de la chambre de céans sur ma pièce 2, soit le rapport d'examen du médecin d'arrondissement du 11 décembre 2017, page 4, 6^{ème} paragraphe qui évoque une IRM réalisée au début décembre 2017 (soit quelques jours avant son examen), le médecin constatant que cet examen a montré une aggravation de la ténosynovite secondaire à la rupture partielle de l'extenseur. Cela signifie pour moi que le médecin d'arrondissement s'est prononcé sur l'exigibilité alors que la situation n'était pas encore stabilisée. D'ailleurs, le rapport opératoire que j'ai évoqué tout à l'heure et que je produirais, laisse à penser que c'est finalement de guerre lasse que la proposition chirurgicale a été faite, après de nombreuses tentatives de traitement conservateur, et qui laissent supposer que l'on n'avait pas tout pu constater d'emblée. "

Madame G_____, pour la SUVA : " La CNA persiste dans ses conclusions. "

22. Sur quoi, un délai a été imparti à la recourante pour produire les pièces évoquées pendant les débats.
23. Par courrier du 20 mars 2019, la recourante a produit un chargé complémentaire comprenant notamment le courrier de la CNA du 9 août 2017 au sujet de l'accident du 10 mai 2017 (confirmation de prise en charge et versement des indemnités journalières, comme en cours, dans le cadre du précédent accident, et jusqu'à nouvel avis. Un courriel de la physiothérapeute soit un rapport de physiothérapie ; le protocole opératoire du 4 décembre 2018 par le chirurgien traitant ; la preuve des recherches d'emploi de la recourante au chômage pour les mois d'octobre et novembre 2016.
24. Après communication de ces derniers éléments à l'intimée, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur la question de savoir si la capacité de travail de l'assurée dans sa profession exercée de vendeuse en bijouterie/joaillerie, avant d'être au chômage, était exigible au moment où la CNA a décidé de mettre fin au versement des indemnités journalières, dès le 1^{er} janvier 2018.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V_177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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.

Selon l'art. 16 LAA l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al.1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al.2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al.3). L'indemnité journalière est versée aux personnes au chômage nonobstant les délais d'attente (art. 18, al. 1, LACI ou les jours de suspension [art. 30 LACI] (al.4).

Selon l'art. 6 LPGA est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 6 première phrase LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Est déterminante pour la fixation du degré d'incapacité de travail non l'estimation médico-théorique mais la limitation, dans la profession de l'assuré, résultant réellement de l'empêchement (ATF 111 V 239).

Suivant la 2^e phrase de ces dispositions, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Le taux d'incapacité de travail s'apprécie alors sur l'ensemble du marché du travail, compte tenu, cas échéant, d'une période d'adaptation. L'assuré qui s'abstient d'utiliser sa capacité résiduelle, alors qu'il a l'obligation d'entreprendre tout ce qu'on est en droit d'exiger de lui pour atténuer le plus possible les effets de l'atteinte à sa santé, et juger sur l'activité professionnelle qu'il pourrait avoir s'il mettait de la bonne volonté (ATF 115 V 133 ; RAMA se 1987 394).

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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

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

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

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

9. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

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

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

11. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).
12. En l'espèce la décision entreprise repose sur le fait que l'intimée, se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, a confirmé, dans la décision entreprise, que l'état de santé de la recourante était tel au moment de l'examen clinique auquel le Dr C_____ a procédé le 11 décembre 2017 que sa CT exigible était totale (100 %) dans sa profession exercée - avant d'être au chômage - de vendeuse en bijouterie/horlogerie, ceci en retenant les limitations fonctionnelles (restriction de marche avec des chaussures à hauts talons et la sollicitation régulière avec charge à 5 kg du MSG), étant encore précisé que la limitation fonctionnelle au niveau du chaussage était en rapport avec le névrome du 3^e espace interdigital et l'intervention de 2012, la CNA ayant décidé de mettre fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2017, soit dès le 1^{er} janvier 2018. La recourante ne conteste pas les limitations fonctionnelles retenues, mais conteste les conclusions du service médical de la CNA en tant qu'il estime que la CT est exigible à 100 %

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

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

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

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

a. On ne saurait évidemment faire grief au médecin traitant d'avoir une approche subjective, favorable au ressenti subjectif de la patiente, mais il convient à cet égard de rappeler la jurisprudence selon laquelle il convient de tenir compte dans l'appréciation de l'avis des médecins traitants de la distinction à faire entre le mandat thérapeutique de ces derniers, impliquant un rapport de confiance étroit avec le patient, et le mandat de l'expert, non investi dans un processus thérapeutique, et plus libre d'une appréciation objective. Le fait que l'état de santé de la patiente pouvait encore, en janvier 2018 et par la suite, être amélioré par le bénéfice escompté d'infiltrations, effectuées mais n'ayant finalement pas procuré le bénéfice qu'on pouvait en attendre, et ayant finalement conduit la patiente à souscrire aux propositions chirurgicales d'emblée évoquées par le chirurgien consulté, ne signifie pas encore qu'au moment où l'examineur est arrivé à la conclusion que la CT exigible était totale sans diminution de rendement était erronée.

b. Du reste, le Dr D_____, interpellé par le conseil de la recourante en cours de procédure judiciaire, qui - partant de l'idée qu'au vu des arrêts de travail prescrits à la patiente, il ne semblait pas d'accord avec les conclusions du rapport du médecin d'arrondissement 11 décembre 2017, lui demandait de préciser les raisons de son désaccord, en particulier avec la capacité totale de travail sans limitation de rendement retenu par ledit médecin, lui demandant en outre s'il avait des remarques concernant les limitations fonctionnelles retenues à l'époque, le chirurgien a répondu (pièce 20 rec.) : « La différence entre les conclusions du médecin

d'arrondissement de la SUVA et les miennes provient du fait que j'avais la notion que la patiente faisait elle-même de la joaillerie et de l'horlogerie, ce qui pourrait engendrer, par des mouvements spécifiques à ces activités, des douleurs avec une impotence fonctionnelle. Il est clair que comme vendeuse en horlogerie, une capacité de travail aurait été possible. On peut émettre une légère réserve quant à la capacité totale, mais une capacité au moins partielle aurait été possible. »

Cette précision au sujet de cette erreur d'appréciation initiale est d'ailleurs corroborée par le questionnaire que le chirurgien avait rempli à la demande de l'assurance protection juridique de la recourante, au stade de l'opposition (2018), dans lequel il répondait à la question « Pour quelles raisons estimez-vous que (la patiente) n'est pas capable de reprendre son activité professionnelle à 100 % / estimez-vous que (la patiente) est capable de reprendre son activité professionnelle, et si oui, à quel taux ? Ce médecin répondait: « dans un travail léger de bureau, une activité serait envisageable. Le travail de mécanicienne de précision peut avoir des difficultés. » (Pièce 7 rec.)

Le Dr D_____, poursuivant sa réponse au conseil de la recourante (pièce 20 rec.), indique : « En date de la consultation la plus contemporaine de la décision de la SUVA, à savoir la première consultation où j'ai vu (la patiente), le 5 janvier 2018, on constatait un œdème de la main avec des douleurs à la palpation du tendon de l'extenseur ulnaire du carpe aggravées à la déviation ulnaire du poignet. La mobilité des doigts était bonne, la flexion-extension du poignet à 75-0-60, la pronosupination complète avec une supination forcée douloureuse. On n'avait donc objectivement pas de limitation fonctionnelle nette, malgré une douleur qui pouvait limiter la performance. » À la question de savoir quel est son pronostic concernant la CT dans l'ancienne activité de vendeuse en horlogerie/bijouterie, il a indiqué : « soit la patiente juge que son activité de vendeuse est possible, auquel cas elle peut reprendre le travail, soit elle est impossible en raison des douleurs et une intervention devrait être pratiquée. Aux termes de celle-ci et de ses suites, on peut admettre une capacité totale après 3 mois, sous réserve de complications post-opératoires. » Et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles il a répondu : « une activité sans mouvements de pronosupination du poignet gauche répétitifs serait possible depuis le début 2018, peut-être pas à plein temps, mais en tout cas dans une certaine mesure. Rappelons que la patiente est droitrière et qu'une activité épargnant un peu la main gauche serait tout à fait possible. »

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

être présentées au client pour le convaincre, ce qui suppose une démonstration manuelle; s'il y a plusieurs employés dans un même point de vente, chacun assume la responsabilité d'une partie du stock et doit donc mettre les montres à l'heure, tous les jours, et les remonter. Quoi qu'il en soit, n'en déplaise à la recourante, cet argument ne résiste pas à l'examen. Au vu des constatations du médecin d'arrondissement, en décembre 2017, et de celles rappelées ci-dessus, du Dr D_____ le 5 janvier 2018, il faut d'une part observer que la patiente est droitrière, et que l'exercice de remonter une montre mécanique se fait en pratique avec la main droite, la main gauche, peu sollicitée, pouvant être utilisée sans gros efforts ni mouvements, pour tenir ou soutenir la montre, pendant que la main droite la manipule.

S'agissant encore de son activité antérieure habituelle, la recourante insiste, lors de son audition par la chambre de céans, sur le fait qu'elle a toujours recherché du travail dans le même domaine, soit celui de la haute horlogerie et joaillerie, ajoutant que les montres sont sa passion. Elle dispose en outre d'un certificat de gemmologie et une connaissance étendue dans plusieurs langues. Elle supportait dès lors difficilement, sur le plan moral, que le chômage ou le médecin d'arrondissement de la CNA lui aient clairement fait comprendre qu'elle pouvait trouver un travail ailleurs, dans un autre domaine. Elle indique ne pas comprendre ces attitudes " car cela reviendrait à exiger de moi que je travaille chez Manor par exemple, alors que mes compétences sont bien plus élevées.". On peut certes comprendre ses aspirations légitimes, mais dans le cas d'espèce, elles ne sont guère du ressort de l'assurance-accidents: il ne faut pas perdre de vue que, malgré ses compétences étendues, au moment de l'accident du 7 avril 2017 elle se trouvait au chômage depuis plus d'une année. On ajoutera d'ailleurs - pour évoquer une limitation supplémentaire, même si celle-ci n'est pas directement liée aux conséquences des accidents dont elle a été victime en 2017 (restriction à la marche avec des talons hauts), qu'avant le chômage, ces restrictions étaient très vraisemblablement déjà existantes, du moment qu'elles sont la conséquence de l'ablation du névrome de Morton en 2012 déjà.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conclusions du médecin d'arrondissement dans son rapport du 13 décembre 2017 ne sauraient être remises en cause. Elles ont donc toute valeur probante, comme relevé précédemment.

15. En cours de procédure de recours, la recourante tente encore de soutenir qu'à l'époque, soit en décembre 2017, et par la suite pendant toute l'année 2018 jusqu'à l'opération du 4 décembre 2018, son état n'était pas stabilisé, ce qui justifierait dès lors et dès le 1^{er} janvier 2018 la reprise du versement des indemnités journalières. Elle en veut encore pour preuve que le médecin d'arrondissement, aux termes d'un nouvel examen du 26 novembre 2018 a conclu et recommandé la prise en charge de l'intervention chirurgicale et la reprise du versement des indemnités journalières, que la recourante percevait encore, au moment de l'audience de comparution personnelle du 11 mars 2019. L'argument n'est toutefois d'aucun secours à la

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

16. Au vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, sera rejeté.
17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGA et 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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