

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/768/2023

ATAS/189/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 25 mars 2024**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Henri NANCHEN, avocat

contre

**HELSANA ACCIDENTS SA**

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.**

---

## **EN FAIT**

- A.**    **a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1973, de nationalité portugaise, titulaire d'un permis C, a travaillé en Suisse en dernier lieu en tant que concierge et était à ce titre assurée auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : HELSANA) contre les accidents professionnels et non professionnels.
- b.** Le 20 décembre 2013, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique sur l'autoroute, en France, à hauteur de Périgueux, lui ayant causé des lésions à la main gauche et à la colonne cervicale. Selon l'enquête préliminaire dressée par la gendarmerie nationale, le véhicule conduit par l'assurée avait percuté la glissière en béton de l'autoroute et effectué des tonneaux sur la bande d'arrêt d'urgence et la voie de droite lui occasionnant ainsi plusieurs blessures ; les trois passagers du véhicule étaient indemnes.
- B.**    **a.** Conduite en urgence au centre hospitalier de Périgueux, l'examen d'entrée de l'assurée a révélé un état neurologique normal (Glasgow à 14), une plaie du scalp pariéto-occipitale droite de plus de 10 cm, une fracture ouverte de la main gauche sans troubles vasculaires avec ouverture du carpe d'emblée à l'air libre, une fracture complexe métaphysaire déplacée de la main gauche, une fracture des lames et articulaires de C4 non déplacée et des isthmes vertébraux C5-C6-C7, ainsi qu'une lésion rachidienne stable. Une première opération de la main gauche a derechef été réalisée à l'hôpital de Périgueux.
- b.** Après avoir été rapatriée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée a séjourné du 23 décembre 2013 au 9 janvier 2014 au sein de l'unité de chirurgie de la main, où elle a fait l'objet de trois interventions chirurgicales.
- c.** Le 11 mars 2014, l'assurée a subi une cinquième opération de sa main gauche (arthrodèse métacarpienne).
- d.** Dans son compte-rendu de la consultation spécialisée du rachis du 23 juin 2014, le docteur B\_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a fait état de ce que le traitement conservateur des cervicales avait donné de très bons résultats. La mobilité était quasi complète, avec quelques douleurs en fin de course. L'assurée décrivait aussi quelques douleurs au niveau du trapèze gauche.
- e.** Dans un avis du 18 août 2014, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de HELSANA, a jugé que la guérison était bonne du point de vue cervical, mais très moyenne concernant la main.
- f.** Le 17 mars 2015, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale de la main gauche, réalisée aux HUG par les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, justifiant une hospitalisation jusqu'au 26 mars 2015.

**g.** Dans un rapport du 19 juin 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que sa main gauche restait non fonctionnelle malgré les multiples opérations et qu'il fallait s'attendre à des douleurs cervicales chroniques.

**h.** À l'occasion d'une visite de suivi du case management de HELSANA, le 9 novembre 2015, l'assurée a évoqué une tendinite au poignet droit, à cause d'une sursollicitation, l'amenant à porter une attelle.

**i.** Dans un avis du 16 novembre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'était pas certain que l'assurée puisse reprendre une activité adaptée à cause de ses troubles mnésiques.

**j.** Le 3 mai 2016, l'assurée a réalisé un examen neuropsychologique auprès de Monsieur G\_\_\_\_\_, psychologue spécialisé en neuropsychologie et psychothérapie, lequel a mis en évidence des fonctions cognitives préservées dans tous les domaines, à l'exception de difficultés en mémoire prospective et d'un score pauvre, proche du déficit, dans un indice de mémoire de travail. Ces quelques éléments dysfonctionnels pouvaient découler des anesthésies générales, ou d'un contexte d'anxiété élevée, et étaient jugés probablement transitoires. Les compétences cognitives de la recourante la rendaient apte à suivre une formation, pour autant qu'elle prenne soin de noter précisément les tâches à accomplir.

**k.** Le 6 avril 2016, l'assurée a une nouvelle fois été opérée de la main gauche aux HUG.

**l.** Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2016, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné que depuis l'évènement du 20 décembre 2013 et suite aux séquelles des nombreuses interventions chirurgicales, l'assurée avait développé un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive prolongée (F43.22) affectant son rendement professionnel de manière sévère. Dans ce contexte, la symptomatologie de l'assurée s'était progressivement aggravée, avec des sentiments de peur et de désespoir par rapport à son futur professionnel. Elle présentait aussi une fatigue psychique et physique, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire, qui s'étaient intensifiés avec le temps, en lien à un niveau élevé d'anxiété. L'état clinique était jugé stationnaire, non stabilisé. S'agissant de la capacité de travail, il renvoyait aux médecins somaticiens.

**m.** Sur mandat de HELSANA, une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique a été réalisée par les docteurs I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, et J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ a fait état des plaintes de l'assurée au niveau du membre supérieur gauche, a dressé le status de la main gauche et du rachis, relevant une bonne mobilité de la colonne cervicale en flexion-extension et l'absence de douleurs en fin de mouvement, mais des

contractures des trapèzes des deux côtés, et a posé les diagnostics suivants : limitation fonctionnelle post-traumatique sévère du poignet et de l'hémi-main radiale gauche, status après plastie d'ouverture de la première commissure de la main gauche le 6 avril 2016, status après plastie d'élargissement de la première commissure, arthrolyse dorsale de la MP des doigts longs, ténoplastie des extenseurs de D2 et embrochage IPP le 17 mars 2015, status après résection du scaphoïde et arthrodèse médiocarpienne du poignet gauche le 11 mars 2014, status après ostéosynthèse carpo-métacarpienne de D3 et D4 et couverture dorso-radiale du poignet et du métacarpe gauche par lambeau scapulaire le 31 décembre 2013, status après embrochage carpo-métacarpien, intermétacarpien et IP du pouce droit avec ténoplastie des extenseurs de l'index le 25 décembre 2013 et nécrose secondaire de la peau, status après débridement des surfaces ostéoarticulaires et des tissus mous avec ténodèse de l'EPB sur l'EPL et adaptation de la couverture des tissus mous de la face dorso-radiale du poignet et de la main gauche le 20 décembre 2013, status après accident de la circulation le 20 décembre 2013 avec dégantage dorso-radial du poignet et du métacarpe gauche, fracture-luxation ouverte médiocarpienne et carpo-métacarpienne des doigts longs et avulsion tendineuse et ligamentaire dorsale multiples de la base des deux premiers rayons le 20 décembre 2013, et status après traumatisme cervical avec fracture non déplacée postérieure étagée de C3 à C7, traitée conservativement avec consolidation, sans déplacement ni limitation fonctionnelle. S'agissant de la causalité, l'accident était certainement l'unique cause de l'atteinte du membre supérieur gauche et de l'état de la colonne cervicale ; les dorso-lombalgies chroniques étaient par contre indépendantes en l'absence de lésion initiale à ce niveau. La capacité de travail résiduelle de l'assurée était nulle dans toute activité nécessitant l'usage en force ou répétitif, ainsi que l'habileté manuelle de la main gauche. Par contre, une activité adaptée principalement monomanuelle droite ne demandant que ponctuellement l'utilisation auxiliaire de la main gauche à la manière d'une palette pouvait être envisagée avec un rendement de 100%, telle que par exemple celle de gérante d'immeubles, réceptionniste, technicienne dans le contrôle, ou de surveillance. L'état de santé n'était pas tout à fait stabilisé et devait être conservé par des exercices personnels et des séances d'ergothérapie. L'atteinte à l'intégrité correspondant à la perte fonctionnelle de l'hémi-main radiale gauche pouvait être évaluée entre 2/3 et 3/4 de la perte fonctionnelle complète de la main gauche, selon la figure 44 de la table 3.6 de la SUVA, soit 2/3 à 3/4 de 40%, c'est-à-dire entre 26.66% à 30%.

Quant à la Dre J\_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 novembre 2016, elle a noté que l'assurée n'avait aucune plainte d'ordre psychiatrique, si ce n'était qu'il lui arrivait d'oublier certaines tâches programmées pour la journée. Elle n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique, les notions neuropsychologiques d'un score pauvre dans la mémoire de travail (F06.9) n'ayant pas de répercussion sur celle-là. La recherche des signes anxieux

et dépressifs était en particulier restée négative. La spécialiste a indiqué qu'il était toutefois possible que des éléments anxieux et dépressifs réactionnels non incapacitants aient pu survenir de manière ponctuelle, avant de disparaître sans séquelles. Sous l'angle psychiatrique, toute activité pouvait ainsi être exercée à plein temps, sans perte de rendement ni limitation fonctionnelle. Il n'y avait pas non plus d'atteinte à l'intégrité psychique de l'assurée, les difficultés de mémoire devant s'estomper avec le temps et ne correspondant ainsi pas à une atteinte importante et durable eu sens de l'assurance-accident.

**n.** Un rapport de consultation du 31 mai 2017 du Dr B\_\_\_\_\_ a conclu à la présence d'une contracture musculaire cervicale chronifiée à la suite du traumatisme cervical de décembre 2013, devant faire l'objet d'un traitement conservateur, et à la présence d'un raccourcissement des muscles iliopsoas accompagné d'une antéversion pathologique du bassin probablement à l'origine de douleurs situées au niveau de la jonction dorso-lombaire, devant faire l'objet d'un traitement par physiothérapie.

**o.** Par communication du 28 juillet 2017, HELSANA a refusé de prendre en charge le traitement des dorso-lombalgies, ces troubles étant dus à des facteurs étrangers à l'accident.

**p.** Dans un rapport de consultation du 24 août 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a noté la persistance de contractures musculaires cervicales à la suite du traitement de 2013 et plaidé pour la poursuite du traitement conservateur avec antalgiques à la demande et, le cas échéant, l'instauration d'une thérapie manuelle chez un ostéopathe ou un chiropraticien.

**q.** Le 21 mars 2018, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale sur sa main gauche (arthrolyse radio-carpienne, ténolyse des tendons extenseurs et lipofilling D2 et D1).

**r.** Dans un rapport du 25 avril 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution clinique satisfaisante de la main gauche et de tendinites intermittentes au niveau de la face dorsale de la main droite, rentrant dans le cadre de la surutilisation de ce membre du fait du handicap de la main gauche.

**s.** Dans un avis du 1<sup>er</sup> juin 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que la stabilisation de l'état de santé de l'assurée devrait intervenir en automne 2018, que sa capacité de travail dans la profession habituelle était nulle et qu'elle pouvait de suite exercer une activité adaptée essentiellement monomanuelle (sans en indiquer le taux).

**t.** Par décision du 29 juin 2018, HELSANA a indiqué interrompre le versement des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018 et a réservé l'éventuel droit à des prestations résultant d'une comparaison des revenus.

**u.** Dans un rapport du 5 septembre 2018, la docteure K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée, a relevé que cette dernière avait commencé à présenter des symptômes anxieux et dépressifs

en avril 2017, au moment où elle s'était confrontée à la réalité de la perte des fonctionnalités de son membre supérieur gauche, dans le contexte d'un stage de revalidation professionnelle aux établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Elle avait recompensé son état psychique après quelques semaines pour redécompenser ultérieurement, fin janvier 2018, lorsqu'elle avait appris que le stage professionnel débuté auprès d'une entreprise ne débouchait pas sur des perspectives concrètes de travail. Le médecin a ainsi posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (F43.22), justifiant une incapacité totale de travail du 13 juillet au 30 août 2018, et à 50% à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018. Il était prévu que l'assurée recouvre sa pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, dans les deux mois au maximum.

v. Dans un rapport ultérieur du 6 novembre 2018 à l'attention du conseil de l'assurée, la psychiatre précitée a noté que l'assurée s'était grandement remise de son état anxio-dépressif grâce à la psychothérapie et à la médication, alors qu'elle était dans un état anxio-dépressif sévère lors de la première consultation en juillet 2018. L'état de santé psychique de l'assurée était de plus susceptible d'amélioration jusqu'à un rétablissement complet envisagé au 1<sup>er</sup> décembre 2018, avec une pleine capacité de travail dès cette date, la capacité ayant préalablement été nulle jusqu'au 31 octobre 2018, et de 50% dès cette date, grâce à un bon investissement dans le traitement psychiatrique et psychothérapeutique proposé. La renvoyer au travail dans le domaine administratif alors qu'elle ne pouvait utiliser qu'une main et se servir de l'autre comme une palette n'avait que peu de sens, ce d'autant plus qu'elle souffrait des cervicales et d'une tendinite de la main droite à cause d'une sursollicitation. Sans diplôme, peinant à lire et écrire le français, et sans expériences passées récentes, trouver un travail dans ce domaine était une mission impossible. Les atteintes consécutives à l'accident n'avaient pas entraîné d'atteinte durable à l'intégrité psychique de l'assurée mais il était souhaitable qu'elle puisse bénéficier d'une rente, car elle s'était beaucoup définie par son travail et était à grand risque de développer un trouble psychiatrique chronique si on la laissait se confronter aux échecs répétitifs qui l'attendaient sur le marché du travail dans le domaine administratif.

w. Dans un rapport du 4 janvier 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que des séquelles devaient être redoutées, sous la forme d'arthrose de la main gauche et de douleurs inflammatoires réactionnelles de surutilisation du membre supérieur droit.

x. À la demande de HELSANA, l'assurée a fait l'objet d'une évaluation interdisciplinaire menée par la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), après avoir séjourné au sein de cette institution du 14 au 16 janvier 2019. Les docteurs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en rhumatologie et, pour le premier, également en médecine interne générale, ont considéré que l'assurée ne pouvait plus réaliser que des tâches monomanuelles, requérant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Les résultats de l'évaluation fonctionnelle de la main en ergothérapie avaient mis en évidence des capacités fonctionnelles

fortement diminuées, globalement cotées à 23% par rapport à la main saine, les limitations concernant aussi bien la mobilité de la main que la force de préhension (quasiment absente), la prise monomanuelle et les déplacements d'objets. L'autonomie de l'assurée dans les activités quotidiennes était fortement limitée. En conclusion, la main gauche ne pouvait être utilisée que comme appoint et n'était quasiment d'aucun secours dans une perspective professionnelle, de sorte que l'assurée devait être considérée comme monomanuelle. Avec ses ressources actuelles, le monde du travail lui était fermé, à moins d'un employeur compréhensif qui l'affecte à des tâches épargnant le membre supérieur gauche. Même dans un tel cas, une baisse de rendement devait être admise, plusieurs obstacles pratiques se dressant devant elle (maniement d'un appareil téléphonique, d'un clavier d'ordinateur, saisie de dossier, rangement de documents, etc.). Il s'agissait pourtant d'une assurée très volontaire, sociable et bien différenciée, qui pourrait s'inscrire dans projet professionnel adapté. Le pronostic d'un retour sur une place de travail, déjà sombre au départ, devenait catastrophique si l'assurée était laissée livrée à elle-même, sans soutien de l'assurance-invalidité quant à une réadaptation professionnelle. Jusqu'à prouver qu'un hypothétique poste de travail existât pour l'assurée, les experts jugeaient l'incapacité de travail totale. Concernant la main droite, l'assurée déclarait souffrir, mais dans une proportion très modeste, de son poignet, faisant des tendinites à répétition. L'examen avait mis en évidence une petite douleur sur la styloïde radiale à la palpation, reproduite lors d'un test, mais pas en extension contrariée.

Sur le plan neurologique, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a retenu le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral léger à modéré. Il suggérait la réalisation d'un nouveau bilan neuropsychologique et d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale, compte tenu de la persistance des plaintes cognitives, celles-ci pouvant au demeurant entraver l'apprentissage de nouvelles connaissances, notamment dans le cadre d'une nouvelle formation professionnelle.

L'évaluation psychiatrique de la docteure O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dépressive prolongée (F43.21). L'assurée avait présenté une réaction dépressive à composante anxieuse initialement, d'évolution favorable sous traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré, laissant actuellement la place à une symptomatologie dépressive légère, manifeste principalement dans les moments d'inactivité et de solitude, en conséquence de l'absence de débouchés professionnels à la suite des mesures de réadaptation menées par l'assurance-invalidité.

y. Dans un avis du 11 février 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que seul un travail léger, monomanuel et en plus semi-assis pour des raisons de lombalgies et de synostose des deux pieds pouvait être envisagé. Vu le contexte, une activité professionnelle adaptée de surveillance d'écran ou des chaînes de production,

voire éventuellement un travail de kiosque, pouvait être envisagé, si le poste était vraiment envisageable sur le marché du travail et qu'on aide l'assurée à le trouver. Une perte de rendement de 50% dans un kiosque et de 20% à 30% dans une autre activité, pour reposer la main gauche si elle devait être utilisée comme étau par moment, devait être admise. Il évaluait l'atteinte à l'intégrité physique à 27%, correspondant à la perte des 2/3 de la main, correspondant elle-même à une atteinte de 40%.

**z.** Faisant suite à la demande de l'assurée, HELSANA a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire aux docteurs P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, respectivement spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, neurologie, ainsi que chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans ce cadre, l'assurée a par ailleurs fait l'objet d'un nouvel examen neuropsychologique réalisé par Madame S\_\_\_\_\_, experte SIM en neuropsychologie. Dans son rapport du 6 décembre 2019, la spécialiste précitée a conclu à la présence de troubles neuropsychologiques légers sous forme d'un fléchissement mnésique, d'un manque du mot et de difficultés d'attention soutenue. Le tableau était similaire à celui observé lors du précédent examen de 2016, mais légèrement péjoré, ce qui semblait cohérent avec les observations de l'expertise psychiatrique du Dr P\_\_\_\_\_, allant également dans le sens d'une péjoration de l'état thymique de l'assurée. La persistance et la péjoration de ces troubles ne pouvaient pas s'expliquer par les anesthésies générales, mais étaient à mettre sur le compte de l'atteinte psychique. Sur le plan médico-théorique, ces troubles neuropsychologiques légers pouvaient correspondre à un rendement réduit d'environ 20% comme cela était évoqué par le Dr P\_\_\_\_\_, en raison de la répercussion des troubles psychiques sur les fonctions cognitives.

Dans son rapport d'expertise du 13 décembre 2019, le Dr P\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1) ou celui différentiel de trouble de l'humeur persistant (F34.8). Il a expliqué écarter le diagnostic de trouble de l'adaptation évoqué à plusieurs reprises, car la description clinique donnée par la Dre K\_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 novembre 2018 correspondait à un épisode dépressif beaucoup plus qu'à un trouble de l'adaptation. De plus, un trouble de l'adaptation ne saurait excéder six mois selon la CIM-10 et l'angoisse n'était pas prépondérante dans la symptomatologie de l'assurée. L'intensité du trouble de l'assurée n'était cependant pas très importante, celui-ci ayant varié de léger le plus souvent, à moyen à certains moments. La symptomatologie n'étant ainsi pas suffisamment sévère pour justifier un trouble dépressif récurrent, l'expert retenait le diagnostic de dysthymie ou de trouble de l'humeur persistant. Les troubles psychiques de l'assurée étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 20 décembre 2013 ; ils n'étaient certes pas apparus dans la suite immédiate de cet événement, mais en raison du handicap de plus en plus manifeste qu'impliquait la non-fonctionnalité de la main gauche. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée avait une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée, mais

avec une diminution de rendement de l'ordre de 20% en raison des troubles de l'attention et de la concentration, de l'émotivité et de l'irritabilité. Il restait néanmoins à prouver qu'une telle activité adaptée existait réellement dans le marché économique. Concernant l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, il était vraisemblable que les troubles psychiques persisteraient tout au long de la vie de l'assurée. S'agissant de troubles psychiques légers, ils correspondaient à un taux d'atteinte de 20%, lequel devait être pondéré avec l'indemnité somatique fixée à 35%, aboutissant à une évaluation globale de l'indemnité de 40%, applicable en cas d'amputation d'une main. L'indemnité somatique comprenait en effet une part de troubles psychiques en raison de réaménagements du schéma corporel qu'impliquait l'atteinte à la santé somatique.

Selon le status neurologique dressé par le Dr Q\_\_\_\_\_ dans son expertise du 16 décembre 2019, la nuque n'était pas limitée ni douloureuse dans le maintien des positions extrêmes, le segment lombaire se déroulait bien et la force de la musculature de la ceinture scapulaire, brachiale et antébrachiale était conservée. Une IRM cérébrale réalisée dans le cadre de l'expertise neurologique n'avait pas mis en évidence d'anomalies. Les diagnostics retenus étaient ceux de traumatisme crânien simple ou traumatisme craniocérébral mineur, de grave traumatisme de la main gauche opérée à de nombreuses reprises et de fractures cervicales étagées. L'évolution était tout à fait favorable d'un point de vue neurologique, avec retour au *statu quo ante* six mois (alternativement trois mois) après l'accident, sans séquelles, ni limitations fonctionnelles. De manière consensuelle avec les autres experts, le Dr Q\_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée présentait au total, sur le plan neurologique, neuropsychologique, psychiatrique et orthopédique, une capacité de travail de 80% dans une activité professionnelle adaptée, principalement monomanuelle droite. L'atteinte à l'intégrité était de 35% pour l'atteinte somatique, 20% pour les troubles psychiques, avec pondération globale de 40%. Il existait par ailleurs un risque de compensation avec la main droite et un risque de douleurs à cette main, liées à la surcharge.

Dans son expertise orthopédique du 13 décembre 2019, le Dr R\_\_\_\_\_ a fait état d'un examen normal du rachis, des membres supérieurs, ainsi que du poignet et de la main droite, et de fortes limitations de la main et du poignet gauche de l'assurée. Il a posé les diagnostics de trouble craniocérébral simple avec plaie du scalp, de fractures des arcs postérieurs non déplacés de C4-C5-C6-C7 sans lésion neurologique et de fracas avec perte osseuse du carpe et des métacarpes de la main gauche, arrachement des extenseurs, perte de substance cutanée, important délabrement des parties molles et importantes lésions vasculo-nerveuses en particulier arrachement du pédicule vasculaire de D2. La causalité naturelle entre l'accident du 20 décembre 2013 et ces diagnostics était hautement probable à certaine puisqu'il n'y avait pas d'état antérieur concernant le rachis cervical et le poignet ou la main gauche. Sur le plan de la capacité de travail, la main gauche était strictement non fonctionnelle, de sorte que l'activité habituelle de concierge

n'était plus réalisable. Dans une activité adaptée, strictement monomanuelle droite, côté dominant, la capacité de travail était totale sur le plan orthopédique. Compte tenu de la baisse de rendement de 20% en raison des troubles psychiques, la capacité de travail définitive dans une activité adaptée était donc de 80%, de manière définitive. Ce taux de capacité de travail dans une activité strictement monomanuelle dominante tenait compte de la capacité de compensation de la main résiduelle dans la capacité de travail de l'assurée. Les lésions séquellaires de la main gauche correspondaient à une main strictement non fonctionnelle équivalente à une amputation de la main gauche, donnant droit à une indemnité de 40%, laquelle n'était pas révisable et tenait compte de la part psychiatrique.

**aa.** Par appréciation médicale du 20 janvier 2020, le Dr C\_\_\_\_\_ a jugé que les expertises réalisées correspondaient aux critères de qualité posés par la jurisprudence et a confirmé les diagnostics retenus. S'agissant de l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, il a confirmé la causalité naturelle, jugé que le cas était stabilisé vu le peu de chances d'amélioration, que la poursuite du traitement était à charge de HELSANA et indiqué que la conclusion d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% était « limite mais acceptable ». Il a confirmé les conclusions des autres experts, précisant que le *statu quo ante* à six mois sous l'angle neurologique devait être retenu, les trois mois alternativement mentionnés par le Dr Q\_\_\_\_\_ étant un peu brefs. Le cas était globalement stabilisé à fin 2019, l'assurée disposant alors d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique, elle s'élevait à 40%. Enfin, se prononçant sur les critères de la causalité adéquate pour la reconnaissance de troubles psychiques consécutifs à un accident, il a estimé que trois d'entre eux étaient remplis (dont deux de manière importante), qu'un autre était « limite » et que deux autres devaient être rejetés.

**bb.** Dans un avis du 2 mars 2020, faisant suite à des observations de l'assurée par lesquelles elle contestait que la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée retenue par les experts tienne compte de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, notamment du risque de surutilisation de sa main droite, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que, sur le plan orthopédique, seul l'état du membre supérieur gauche était en lien de causalité avec l'accident. En particulier, le problème de la main droite n'était pas accidentel et n'importe qui, avec l'âge, pouvait développer une tendinite avec ou sans surcharge. La capacité de travail de l'assurée était donc de 100% sans baisse de rendement, dans une activité monomanuelle., sur le plan orthopédique et neurologique.

**cc.** Lors d'une consultation médicale de suivi du 18 février 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté sur le plan clinique une main droite assez symptomatique au niveau de la trapézométacarpienne, mais calmée par l'utilisation de l'attelle. Lors de la consultation du 28 mai 2020, il a diagnostiqué une épicondylite latérale droite et noté la présence de douleurs neurogènes, éléments confirmés lors de la

consultation du 30 juin 2020, mais plus lors de celle du 25 août 2020, l'assurée ayant bénéficié d'une infiltration à l'issue de la précédente consultation.

**dd.** Par décision du 12 octobre 2020, HELSANA a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80% sur le plan psychiatrique, neurologique et orthopédique, dans une activité adaptée strictement monomanuelle dominante. Le taux d'invalidité de l'assurée était de 35% après comparaison des revenus, lui ouvrant le droit à un rente d'invalidité de ce taux qui devait être versée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019, le cas ayant été jugé stabilisé à la date des expertises réalisées en novembre 2019, aucun traitement ou proposition thérapeutique ne pouvant plus améliorer notablement son état de santé. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de CHF 50'400.- a par ailleurs été accordée à l'assurée, correspondant à un taux d'atteinte de 40%, et la prise en charge du traitement psychiatrique, des antidépresseurs, du suivi médical en orthopédie tous les six mois et des anti-inflammatoires a été garantie. Concernant les atteintes à la main et au bras droits, ainsi qu'au dos et aux chevilles, la relation de causalité naturelle avec l'évènement du 20 décembre 2013 n'était pas probable de façon prépondérante, de sorte l'assurance-accident n'était pas compétente pour ces troubles.

**ee.** Par communication du même jour, HELSANA a informé l'assurée qu'elle bénéficiait également d'un capital invalidité de CHF 79'783.- calculé sur la base d'une IPAI de 40%, en raison de la souscription d'une assurance-accident complémentaire par son ancien employeur.

**ff.** Le 12 novembre 2020, sous la plume de son conseil, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 12 octobre 2020, concluant à son annulation et à ce que le lien de causalité entre l'accident et les atteintes au membre supérieur droit, ainsi que les limitations fonctionnelles y relatives, soient admis, à ce que son incapacité totale de travailler soit admise, à la réévaluation de son taux d'invalidité et à l'allocation de prestations en conséquence, à l'allocation d'une IPAI de 60% au minimum, et à la prise en charge des frais de traitements ultérieurs du membre supérieur droit. L'assurée contestait la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire des Drs P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, au motif qu'elle ne se prononçait pas sur le lien de causalité entre l'accident et les douleurs au membre supérieur droit, les limitations fonctionnelles y relatives et leur impact sur sa capacité de travail, ni ne tenait compte de ses lombalgies et synostoses invalidantes. Par ailleurs, les experts n'avaient envisagé aucune activité adaptée concrète et ne discutaient pas des avis des autres médecins, singulièrement de ceux ayant réalisé l'évaluation au sein de la CRR. Le raisonnement des trois experts concernant la pondération des atteintes à la santé psychiques et somatiques pour évaluer l'IPAI n'était, de plus, pas compréhensible.

**gg.** Dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2021 faisant suite à une consultation du 30 mars 2021, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté de la récurrence de l'épicondylalgie droite avec ténosynovite des extenseurs. L'irradiation descendante était typique et

l'utilisation de l'orthèse n'était pas suffisante. Il a de plus indiqué que l'affection du bras droit était en lien de causalité avec la main gauche de l'assurée, expliquant, dans une lettre annexe du même jour, que l'assurée présentait des phénomènes de compensation de son membre supérieur droit, avec des douleurs de plus en plus importantes sous forme d'épicondylalgie droite avec téno-synovite des extenseurs. Ce genre de phénomènes ne pouvait que s'intensifier au fil du temps. La prise en charge était d'abord conservatrice, dans le but d'éviter un geste opératoire.

**hh.** Par décision sur opposition du 31 janvier 2023, HELSANA a partiellement admis l'opposition formulée à l'encontre de sa décision du 12 octobre 2020, reconnu un taux d'invalidité de 45% compte tenu d'un abattement de 15% sur le salaire avec invalidité pouvant être perçu par l'assurée, et confirmé la décision pour le surplus.

- C. a.** Par acte du 3 mars 2023, l'assurée, sous la plume de son conseil, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 31 janvier 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, préalablement, à se voir accorder un délai complémentaire pour produire de nouvelles pièces médicales et, principalement, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'il soit constaté et dit que les atteintes au membre supérieur droit et les cervicalgies dont elle souffre, ainsi que les limitations fonctionnelles qui en découlent, sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, à ce qu'il soit dit et constaté que sa capacité de travail, même dans une activité adaptée, est nulle et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100%, à ce qu'il soit dit et constaté que l'IPAI physique est de 40% et celle pour l'intégrité psychique de 30%, aboutissant à une indemnité globale de 70%, à ce que la cause soit renvoyée à HELSANA afin qu'elle réévalue en conséquence le taux d'invalidité et qu'elle prenne en charge les frais de traitement ultérieurs du membre supérieur droit et des cervicalgies, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante pluridisciplinaire orthopédique, psychiatrique et neuropsychologique avec renvoi de la cause à HELSANA pour détermination des prestations.

Dans le cadre du recours, la recourante a produit les documents médicaux suivants :

- Rapport de consultation du 11 mai 2021 du Dr E\_\_\_\_\_ faisant état de la persistance de l'épicondylite droite avec une grande tension musculaire, sans vraie douleur sur le tendon conjoint.
- Rapport de ponction ou infiltration ostéo-articulaire du 1<sup>er</sup> juin 2021 décrivant une enthésopathie calcifiante de l'épicondyle latérale droite avec fissuration profonde du tendon des extenseurs du poignet, site de l'infiltration, et un aspect augmenté de calibre du rameau profond et du rameau superficiel du nerf radial.

- Rapport de consultation du 22 juin 2021 du Dr E\_\_\_\_\_ notant une amélioration des symptômes d'épicondylite latérale après l'infiltration et proposant la poursuite de la physiothérapie jusqu'à l'automne avec réévaluation à ce moment et éventuelle chirurgie en cas de persistance de la symptomatologie douloureuse du coude, notamment au niveau du nerf radial.
- Rapport de consultation du 28 septembre 2021 du Dr E\_\_\_\_\_ constatant une amélioration de la douleur du coude droit mais un tiraillement sur le muscle long extenseur radial du carpe.
- Rapport de consultation du 1<sup>er</sup> mars 2022 du Dr E\_\_\_\_\_ faisant état d'une épicondylalgie droite résistante à l'infiltration de juin 2021 et proposant de l'acupuncture et, en cas d'échec, une chirurgie ou une nouvelle infiltration.
- Rapport de consultation du 30 avril 2022 du Dr E\_\_\_\_\_ indiquant que les séances d'acupuncture ont été stoppées à la demande du thérapeute et suggérant une intervention chirurgicale le 16 mai 2022.
- Rapport de consultation du 28 juin 2022 du Dr E\_\_\_\_\_ constatant un léger flessum au niveau du coude droit de l'assurée d'environ 10°, une flexion complète de ce membre, l'assurée rapportant une amélioration, mais de temps en temps des petites brûlures ; elle était autorisée à reprendre toutes ses activités en force.
- Rapport de consultation du 23 août 2022 du Dr E\_\_\_\_\_ notant une évolution satisfaisant du coude droit, l'absence de flessum et des mobilités complètes. Seule l'extension contre résistance était quelque peu sensible.

**b.** Dans le délai imparti pour compléter son recours au 6 avril 2023, la recourante a modifié ses conclusions dans le sens de l'octroi d'une IPAI de 100%, se prévalant d'un rapport médical de la Dre K\_\_\_\_\_ du 29 mars 2023 qu'elle produisait à l'appui de son écriture, concluant à des troubles psychiques modérés à sévères, justifiant une IPAI de 70%, et à une incapacité totale de travail dans toutes activités, en raison d'une exacerbation de la symptomatologie dépressive depuis décembre 2022, due à une suspension de son traitement médicamenteux, à des facteurs de stress privés et à des douleurs chroniques au niveau cervical et au bras droit. La souffrance psychique émanant de la bataille juridique contre les assurances était aussi un facteur de stress non négligeable. La non-réalisation de la recourante au niveau professionnel et son changement de vie suite aux séquelles de l'accident restaient un deuil difficile à faire, impactant son estime d'elle-même. La Dre K\_\_\_\_\_ posait ainsi les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de dysthymie (F34.1) et de trouble neuropsychologique léger avec trouble de mémoire, manque du mot et difficulté d'attention. Elle listait les limitations fonctionnelles suivantes : irritabilité, fatigabilité physique, psychique et émotionnelle, mésestime de soi, troubles de l'attention et de la concentration, troubles de la mémoire, dysrégulation émotionnelle et difficultés à se projeter dans l'avenir.

c. Par mémoire de réponse du 4 mai 2023, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité de l'écriture de la recourante du 6 avril 2023, au rejet du recours du 3 mars 2023 et à la confirmation de la décision entreprise, sous suite de frais et dépens. Elle a produit un rapport médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 17 avril 2023 affirmant que les nouvelles conclusions de la Dre K\_\_\_\_\_ n'étaient pas basées sur les séquelles de l'accident, mais sur des troubles psycho-sociaux, à savoir l'absence d'intégration professionnelle après l'évènement accidentel et la bataille juridique avec les assurances, alors que l'appréciation du Dr P\_\_\_\_\_ retenait une baisse de rendement en relation avec les troubles d'adaptation de la main. De plus, l'état du bras droit n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident en raison d'une sursollicitation ou d'une surcharge, car, dans un travail adapté, un seul membre pouvait être utilisé sans surcharge, et chacun utilisait par ailleurs en tout temps son membre supérieur dominant sans surcharge. Quant à l'IPAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a affirmé que les taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique ne pouvaient être additionnés, comme l'avaient démontré les experts, qu'il fallait procéder à une pondération et que le taux de 70% réclamé par la recourante correspondait à des séquelles organiques beaucoup plus importantes.

d. Par observations du 10 juillet 2023, la recourante a persisté dans ses dernières conclusions.

e. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 30 octobre 2023.

f. Le 30 octobre 2023, la chambre de céans a requis de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) la production de son dossier.

Il en ressort notamment que la recourante a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle au sein des EPI du 10 avril au 23 juillet 2017 comportant une partie extra-muros. Cette mesure a mis en évidence le fait que la recourante ne pouvait plus réaliser dans la durée un travail purement manuel compte de tenu de l'atteinte à la main gauche et qu'une orientation dans le domaine tertiaire apparaissait la solution la plus pérenne. Un rendement complet dans un travail de bureau apparaissait néanmoins difficilement atteignable. Les capacités d'apprentissage de la recourante étaient pleinement exploitables dans le premier marché de l'emploi. La recourante avait signalé un début de tendinite au niveau du poignet droit, le reliant à l'obligation de compenser en permanence la manque de mobilité de la main gauche. À la suite de la mesure auprès des EPI, la recourante a réalisé un placement à l'essai auprès de l'entreprise T\_\_\_\_\_ du 28 août 2017 au 23 février 2018.

Un premier projet d'acceptation de rente du 8 octobre 2018 par lequel l'OAI avait décidé d'octroyer une rente entière d'invalidité à la recourante du 1<sup>er</sup> décembre 2014 au 31 octobre 2016 a été remplacé, à la suite de la contestation de la recourante, par un deuxième projet du 17 juillet 2019, lequel a en sus conclu au versement d'une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 56% dès le

1<sup>er</sup> novembre 2016. Dans un rapport final du 17 juin 2020, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a considéré que l'expertise tridisciplinaire des Drs P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ était convaincante, à l'inverse de l'appréciation des médecins de la CRR qui prenaient en compte des considérations psycho-sociales ne relevant pas de l'assurance-invalidité. La capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée était donc de 100% du 1<sup>er</sup> août 2016 au 12 juillet 2018, de 0% du 13 juillet au 31 octobre 2018, de 50% jusqu'au 30 novembre 2019 et de 80% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019, en raison de l'atteinte à la main gauche, de dysthymie (F34.1) ou trouble de l'humeur persistant (F34.8) et de fractures des arcs postérieurs non déplacées de C4-C5-C6-C7 sans lésion neurologique, atteintes qui induisaient les limitations fonctionnelles suivantes : activité monomanuelle droite, troubles neuropsychologiques légers avec trouble de la mémoire, manque du mot et difficulté d'attention.

Le service de réadaptation de l'OAI ayant jugé que la situation médicale de la recourante avait évolué depuis sa dernière évaluation, avec la reconnaissance de nouvelles limitations fonctionnelles, une nouvelle mesure d'orientation professionnelle a été mise en place du 13 septembre au 12 décembre 2021 auprès de la fondation Intégration pour Tous (IPT). À l'issue des mesures mises en place, dans un rapport final du 13 décembre 2021, l'OAI est parvenu à la conclusion qu'une activité monomanuelle ne pouvait raisonnablement être exigée de la recourante sur le marché du travail équilibré, en raison des autres limitations fonctionnelles retenues, à savoir les troubles neuropsychologiques légers avec trouble de la mémoire, manque de mot et difficultés d'attention. L'invalidité était donc totale. Les démarches effectuées dans le cadre de la mesure auprès d'IPT avaient mis en évidence le besoin d'utiliser les deux mains. Le port de charges, le manque de polyvalence et les rendements diminués étaient également des freins importants à la réinsertion de la recourante sur le premier marché du travail. Ses connaissances linguistiques et informatiques restaient également limitées (frappe au clavier beaucoup plus lente et moins efficace à une main), de même que ses capacités d'adaptation et d'apprentissage. Seules des activités de contrôle et administratives simples étaient compatibles avec une activité monomanuelle droite. Toutefois, les autres limitations fonctionnelles (troubles neuropsychologiques légers, troubles de la mémoire, manque du mot et difficultés d'attention) n'étaient pas compatibles avec les pistes retenues qui nécessitaient notamment de très bonnes capacités d'attention.

S'agissant du rapport final établi par la fondation IPT, celui-ci retient que la recourante s'est montrée investie dans la recherche de cibles professionnelles, le nombre de démarches entreprises ayant été élevé. Dans un premier temps, la cible d'employée de conditionnement avait été investiguée, mais avait dû être abandonnée, les tâches étant difficilement réalisables à une main. La recourante s'était ensuite intéressée au métier de réceptionniste/hôtesse d'accueil mais cette cible avait été jugée non réaliste, ses limitations de santé étant un réel frein à

l'exercice de telles activités et ses connaissances informatiques et de français étant trop faibles pour la réalisation des tâches administratives exigées dans ce genre de postes. Les mêmes retours avaient été obtenus pour la troisième piste explorée de téléphoniste/standardiste. Enfin, la recourante était allée prendre des renseignements auprès de kiosques et d'une imprimerie, sans succès car les métiers de collaboratrice de vente nécessitaient un port de charges important. Dans sa conclusion, le rapport d'IPT mentionne que les cibles explorées correspondant aux compétences transférables de la recourante nécessitent un travail utilisant les deux mains, tandis que les cibles élargies demandent une formation certifiante dont elle ne dispose pas. Il est par ailleurs noté qu'un travail dans le second marché pourrait être bénéfique, afin que la recourante puisse conserver un sentiment d'utilité.

Par projet de décision du 2 février 2022, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, parvenant à la conclusion qu'une activité monomanuelle ne pouvait être raisonnablement exigée sur le marché du travail équilibré en raison des autres limitations fonctionnelles retenues sur le plan psychique. Le 24 mars 2023, la caisse de compensation compétente a calculé le montant de la rente entière d'invalidité en faveur de la recourante dès le 1<sup>er</sup> avril 2023 ; elle en a fait de même le 8 mai 2023 pour la période rétroactive du 1<sup>er</sup> décembre 2014 au 31 mars 2023.

**g.** Par écriture du 27 novembre 2023, l'intimée a indiqué avoir utilisé les données salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'année 2016, la rente débutant le 1<sup>er</sup> décembre 2019 et l'ESS 2018 ayant été publiée le 21 avril 2020. Elle avait par ailleurs tenu compte de l'art. 24 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) dans le cadre du calcul de la rente d'invalidité. S'agissant des rapports de la CRR, il existait des contradictions importantes entre les constatations objectives et les conclusions. En effet, la CRR avait estimé que la recourante était incapable de travailler dans une activité monomanuelle, alors que sa main gauche avait encore une utilisation fonctionnelle de 23% selon le rapport d'ergothérapie réalisé. Concernant le rapport final de l'OAI du 13 décembre 2021, celui-ci tenait compte de limitations fonctionnelles qui n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident et dont l'assurance-accident ne répondait pas.

En annexe à son écriture du 27 novembre 2023, l'intimée a remis une demande d'avis du même jour adressée par son service juridique au Dr C\_\_\_\_\_, contresignée par ce dernier, reprenant les critiques développées au sujet des conclusions de la CRR et du service de réadaptation de l'OAI, et mentionnant que le surcharge de la main droite n'était pas une évolution habituelle de l'atteinte subie.

**h.** Dans ses observations du 18 décembre 2023, la recourante a relevé que les cibles professionnelles retenues par l'intimée étaient irréalistes selon les conclusions de la dernière mesure de réadaptation ordonnée par l'OAI car elles

nécessitaient l'usage des deux mains. En ce sens, le rapport d'IPT démontrait que la jurisprudence retenant que des personnes considérées comme manchot sur le plan fonctionnel pouvaient exercer des activités simples de surveillance n'était plus d'actualité. Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles, tant sur le plan somatique que psychique, ne permettaient l'exercice d'une activité adaptée que sous une forme tellement restreinte qu'elles impliqueraient des concessions irréalistes de la part de l'employeur, excluant la perspective de trouver un emploi. S'agissant de ses troubles psychiques, tous les experts mandatés avaient admis qu'ils étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Le même jour, la recourante a produit un rapport du 15 décembre 2023 du Dr E\_\_\_\_\_ soulignant que l'intervention de l'épicondylite latérale du coude droit effectuée le 16 mai 2022 était due à une surutilisation du membre supérieur droit en raison de l'atteinte à la main gauche. Des douleurs importantes du membre controlatéral en cas de déficience majeure de l'un des membres étaient fréquentes et avaient été rappelées par la littérature. La recourante pouvait exécuter des activités monomanuelles légères non répétitives de la main droite dans le cadre d'une activité encadrée, mais il semblait peu probable que l'activité puisse être pleine et entière, cette question devant être résolue par une expertise.

**i.** Par courrier du 22 décembre 2023 reçu le 2 janvier 2024, la recourante a communiqué à la chambre de céans l'article de littérature cité par le Dr E\_\_\_\_\_.

**j.** Par écriture du 27 décembre 2023, l'intimée a soutenu que les limitations prises en considération par IPT dans son rapport (tendinite au coude droit, connaissances informatiques et linguistiques limitées, lacunes en terme de formation) ne découlaient pas de l'accident. Sans ces limitations, le poste de réceptionniste ou hôtesse était envisageable. L'OAI n'avait du reste pas abordé des postes de surveillance ou de contrôle de qualité. L'intimée a par ailleurs une nouvelle fois nié que l'atteinte au membre supérieur droit soit en lien de causalité avec l'accident, la nouvelle prise de position du Dr E\_\_\_\_\_ n'amenant aucun élément objectif démontrable à cet égard. Au surplus, la jurisprudence traitant de l'incapacité fonctionnelle totale d'un membre supérieur était abondante et ne retenait pas de phénomène de surcharge du bras non-accidenté. Un arrêt vaudois avait même établi qu'une recherche extensive dans la littérature n'avait pas mis en évidence de telles conséquences.

**k.** Par courrier du 20 février 2024, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une mission d'expertise à la docteure U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main.

**l.** Les parties ont indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre de l'experte proposée et ont suggéré quelques modifications à la mission d'expertise.

## **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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
5. 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 le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante et le montant de l'IPAI qui lui a été accordée, ainsi que sur la prise en charge des traitements ultérieurs concernant le membre supérieur droit et les cervicalgies.
7. 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 ; 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 ; 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). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les suites indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C\_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5 ; ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5b/aa).

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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

En cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prester de l'assureur-accident existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références).

8. L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). 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 (art. 16 al. 2 LAA).

9.

**9.1** Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'expression « marché du travail équilibré dans son domaine d'activité » a été remplacée, dans le texte français, par celle de « marché du travail équilibré qui entre en considération », dans le but de faire correspondre la version française aux versions allemandes et italiennes (cf. Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 2 mars 2018, FF 2018 1622).

**9.2** Selon l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

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\_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue

---

médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'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, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

## 10.

**10.1** Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou

---

mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

**10.2** Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in *SUVA Medical* 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

- 11.** Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2015, le montant maximum du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015).

**12.**

**12.1** L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la

---

gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

13. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5% (ATF 116 V 156 consid. 3b ; RAMA 1988 p. 230).

14. En présence d'une ou de plusieurs atteintes à l'intégrité physique et d'une atteinte à l'intégrité psychique, dont les conditions d'indemnisation sont réalisées, la réglementation posée à l'art. 36 al. 3 OLAA ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont déjà indemnisés par l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique. Certes, le but de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de compenser par le versement d'un montant en espèces les souffrances physiques, ainsi que psychiques ressenties par l'assuré ensuite d'une atteinte à son intégrité. Elle s'apparente ainsi à l'indemnité pour tort moral selon le droit privé. Toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte particulièrement grave, justifiant une indemnisation selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA, on ne saurait admettre que celle-ci est pleinement réalisée par le seul versement d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique qui est à l'origine des souffrances psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.4).

- 15.

**15.1** 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

**15.2** 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

**15.3** Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**15.4** 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. Étant 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).

**15.5** 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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 ; 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).

**15.6** 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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

- 16.** 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

17. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

18.

18.1 En l'espèce, se fondant sur l'expertise tridisciplinaire rendue par les Drs P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, l'intimée a notamment retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée strictement monomanuelle dominante et lui a accordé une IPAI de 40%. Elle a par contre jugé que les atteintes à la main et au bras droit, ainsi qu'au dos, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 20 décembre 2013, de sorte qu'elle ne devait pas prester pour ces troubles.

18.2 Se référant à plusieurs avis du Dr E\_\_\_\_\_, la recourante reproche à l'intimée d'avoir déclaré que les atteintes au membre supérieur droit dont elle souffre ne sont pas en relation de causalité avec l'accident. Elle conteste par ailleurs le fait qu'elle disposerait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée monomanuelle droite sans diminution de rendement et le taux de l'IPAI retenu.

18.3 S'agissant de la question du lien de causalité entre l'évènement accidentel et les atteintes au membre supérieur droit, la chambre de céans observe que celle-ci a été abordée par le Dr C\_\_\_\_\_ pour la première fois dans son avis du 2 mars 2020, à la suite des critiques formulées par la recourante à l'encontre de l'expertise tridisciplinaire. Or, cet avis est succinct, non motivé, et se borne à affirmer que n'importe qui, avec l'âge, peut développer une tendinite avec ou sans surcharge, sans indiquer ce qu'il en est dans le cas de la recourante. L'avis ultérieur de ce même médecin du 27 novembre 2023 n'est pas plus étayé, se limitant à dire que la surcharge de la main droite ne constitue pas une évolution habituelle « dans une atteinte monomanuelle », ce qui permettrait d'exclure que les tendinites présentées par la recourante soient en relation avec les séquelles traumatiques. Cependant, le fait que l'évolution soit éventuellement atypique ne permet pas, en tant que tel, de nier lien de cause à effet entre l'accident et l'atteinte constatée, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étendant, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les

références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

De plus, les différentes prises de position du Dr E\_\_\_\_\_, notamment son courrier du 15 décembre 2023, permettent de mettre en doute la conclusion de l'intimée au sujet de l'absence de causalité entre l'accident et les atteintes au membre supérieur droit. À teneur de l'article remis par ce médecin, des cas de surutilisation du membre controlatéral semblent par ailleurs régulièrement admis par la littérature médicale.

Quant à l'expertise tridisciplinaire, elle n'a pas abordé cette problématique de manière détaillée, le Dr R\_\_\_\_\_ se contentant de dire que la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée tenait compte de la « capacité de compensation » de la main résiduelle, tandis que le Dr Q\_\_\_\_\_ a, lui, affirmé qu'il existait un risque de compensation avec la main droite lié à la surcharge, sans expliquer si la capacité de travail de la recourante s'en trouvait réduite.

Par conséquent, contrairement à ce que soutient l'intimée, plusieurs éléments au dossier plaident en faveur d'un lien de causalité entre l'accident et l'état de la main droite de la recourante, sans toutefois que ce lien puisse en l'état être admis, et sans que la question de la conséquence sur la capacité de travail ne soit traitée.

Au surplus, l'intimée ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que la jurisprudence ne retiendrait pas de phénomène de surcharge du bras non-accidenté. L'arrêt vaudois qu'elle cite à cet égard a précisément été annulé par le Tribunal fédéral, lequel a renvoyé la cause à la juridiction cantonale afin qu'elle mette en œuvre une expertise sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_517/2017 du 12 juillet 2018). Il existe par ailleurs plusieurs jurisprudences traitant du lien de causalité naturelle indirecte et de la surutilisation d'un membre non directement accidenté (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral U 210/04 du 23 décembre 2004, U 315/04 du 29 mars 2005, U 306/05 du 16 mars 2006 et 8C\_684/2008 du 5 janvier 2009, ainsi que l'ATAS/103/2020 du 17 février 2020 et l'ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013), étant rappelé qu'en matière d'assurance-accident même les suites indirectes d'un accident doivent être couvertes, si elles se trouvent dans un rapport de cause à effet avec celui-ci (cf. consid. 7 ci-dessus). Le Tribunal fédéral l'a récemment rappelé dans un cas relativement similaire à la présente affaire, où l'assuré se plaignait d'une surutilisation de son membre supérieur gauche suite à un accident qui avait entraîné plusieurs lésions du membre supérieur droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023).

**18.4** La chambre de céans est par ailleurs d'avis que l'éventuelle diminution de rendement de la recourante dans une activité adaptée en raison de la seule utilisation possible de son bras droit n'a pas suffisamment été investiguée. La CRR relevait à cet égard que même affectée à des tâches épargnant le membre supérieur gauche, la recourante serait confrontée à plusieurs obstacles pratiques dans son travail, ce qui a également été mentionné à l'occasion de la mesure

d'orientation professionnelle au sein des EPI. Les experts I\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ concluent, sur le plan orthopédique, à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, sans toutefois étayer leur point de vue à ce propos de manière convaincante. Au demeurant, le Dr C\_\_\_\_\_ lui-même retenait, dans son évaluation du 11 février 2019, qu'une activité adaptée engendrerait une perte de rendement, citant une perte de 50% dans un kiosque, et de 20% à 30% dans une autre activité, certes pour reposer la main gauche si ce membre devait par moment être utilisé comme étau.

**18.5** Enfin, concernant l'IPAI, l'instruction menée par l'intimée n'est pas non plus convaincante. Le Dr I\_\_\_\_\_ a en effet considéré que la perte fonctionnelle de l'hémi-main radiale gauche pouvait être évaluée entre 2/3 et 3/4 de la perte fonctionnelle complète de la main gauche (40%), soit entre 26.66% à 30%, mais a cité la figure 44 de la table de la SUVA, correspondant à une atteinte de 45%. Le Dr R\_\_\_\_\_ a pour sa part évalué l'atteinte à 40%, mentionnant qu'il s'agissait d'un cas similaire à une amputation, la main gauche étant strictement non fonctionnelle, mais a dans le même temps affirmé que ce taux tenait compte de la part psychiatrique, évaluée à 20% par le Dr P\_\_\_\_\_. Ce dernier évalue par ailleurs globalement l'atteinte à 40%, mentionnant que l'indemnité somatique a été évaluée à 35% et que celle-ci comprend déjà une part de troubles psychiques en raison de réaménagement du schéma corporel qu'implique l'atteinte à la santé somatique. Sans plus d'indications, le Dr Q\_\_\_\_\_ retient lui aussi une indemnité globale de 40%. Ainsi, les conclusions des experts concernant l'IPAI ne sont pas claires. Contrairement à ce que retient le Dr P\_\_\_\_\_, le Dr R\_\_\_\_\_ n'a pas fixé l'IPAI à 35%, mais à 40% sur le plan orthopédique et l'affirmation que ce taux prend déjà en considération l'atteinte psychique permanente (qui justifie, selon l'expert psychiatre, en sus de l'IPAI, une diminution de rendement de 20%), n'est pas argumentée.

Il découle de ce qui précède que plusieurs questions n'ont pas été correctement investiguées sur le plan orthopédique, de sorte qu'il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire sur ce point, laquelle sera confiée à la docteure U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main.

**18.6** La mission d'expertise sera en partie complétée dans le sens voulu par les parties.

Le complément à la question 5.1.2 suggéré par l'intimée sera intégré dans la question 7.3 qui concerne la diminution de rendement, et ladite question sera légèrement reformulée en conséquence, la 3<sup>ème</sup> phrase faisant désormais l'objet d'une question à part (question 7.4).

Il ne se justifie pas de compléter la question 7.3 dans le sens proposé par l'intimée. On rappellera que la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est

incapable de travailler. Sur la base de ces informations, les services de réadaptation professionnelle déterminent concrètement quels travaux on peut encore raisonnablement exiger (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_484/2016 du 10 février 2017 consid. 4.2.1 et les références). Ainsi, selon une jurisprudence constante, l'évaluation des activités adaptées aux limitations fonctionnelles est du ressort de l'administration, qui doit éventuellement faire appel à des spécialistes tels que des conseillers professionnels, et non du médecin, à qui il incombe en premier lieu de déterminer lesdites limitations fonctionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 107 V 17 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_545/2012 du 25 janvier 2013 consid. 3.2.1).

Le complément de la question 10.2 voulu par l'intimée n'est pas plus justifié : les compétences professionnelles de l'experte sont celles qui ressortent de sa formation en orthopédie et il ne s'agit pas pour elle de se prononcer sur des éléments neurologiques ou psychiatriques, mais d'examiner si une IPAI fixée globalement à 40% est en conformité avec l'atteinte somatique et si celle-ci comprend déjà une part de troubles psychiques en raison du réaménagement du schéma corporel. Les questions posées ressortissent donc des compétences de l'experte en orthopédie et en chirurgie de la main. Il sera néanmoins précisé que l'experte peut, le cas échéant, discuter de cette question avec les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_.

Les questions 3 et 5.2 seront complétées dans le sens voulu par la recourante.

Les questions 5.1.3 et 5.1.4 seront légèrement précisées, sans que l'expression « atteintes passagères » ne soit utilisée, celle-ci étant sujette à interprétation.

Pour les mêmes motifs qu'indiqués ci-dessus, il n'appartient pas à l'experte de donner une description précise des activités adaptées, de sorte qu'il ne se justifie pas de modifier la question 7.1.

La question 7.2 ne sera pas non plus modifiée car l'experte doit déjà lister toutes les limitations fonctionnelles entrant en ligne de compte en répondant à la question 6. La question 7.2 vise à lui demander de spécifier si certaines limitations fonctionnelles entraînent une diminution de la capacité de travail et, dans l'affirmative, lesquelles.

La question 8 sera complétée par les deux suggestions de la recourante concernant le traitement et le pronostic.

Enfin, les questions 7.3 3<sup>ème</sup> phrase (devenue la question 7.4) et 10.2 seront maintenues, mais légèrement complétées avec l'ajout que l'experte peut, le cas échéant, discuter de cette problématique avec le Dr P\_\_\_\_\_, respectivement le Dr Q\_\_\_\_\_.

---

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

**Statuant préparatoirement :**

- I. Ordonne une expertise médicale de la recourante. La confie à la Dre U\_\_\_\_\_.
- Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment le Dr E\_\_\_\_\_.
  - C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
  - D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :
- 1. Anamnèse détaillée**
  - 2. Plaintes de la personne expertisée**
  - 3. Status et constatations objectives**  
Les troubles subjectifs (plaintes) sont-ils expliqués par les constatations objectives ?
  - 4. Diagnostics**
    - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail.
      - 4.1.1 Dates d'apparition.
    - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail.
      - 4.2.2 Dates d'apparition.
    - 4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?
      - 4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?
  - 5. Causalité**
    - 5.1.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?
    - 5.1.2 Qu'en est-il en particulier des éventuelles atteintes au membre supérieur droit, y a-t-il un phénomène de surutilisation de ce membre en raison de la non-utilisation du membre supérieur gauche ?
    - 5.1.3 Le *statu quo ante* a-t-il été atteint pour chaque diagnostic (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.4 Veuillez, le cas échéant, indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé.

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ? Le cas échéant, lequel et dans quelle mesure ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

## **6. Limitations fonctionnelles**

6.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.2 Dates d'apparition.

## **7. Capacité de travail**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable – probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

7.2 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.3 La personne expertisée subit-elle une diminution de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ? Si oui, pour quelle raison et quel est le pourcentage de cette diminution de rendement ? En particulier, une éventuelle surutilisation du membre supérieur droit justifie-t-elle à elle seule une baisse de rendement dans une activité adaptée ?

7.4 L'éventuelle baisse de rendement se cumule-t-elle (entièrement ou partiellement) à celle constatée sur le plan psychique, ou la diminution de 20% admise à ce titre respecte-t-elle celle sur le plan somatique ? Veuillez, le cas échéant, en discuter avec le Dr P\_\_\_\_\_.

## **8. Traitement**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

- 8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?
- 8.5 Un traitement médical est-il nécessaire pour le maintien de l'état de santé actuel ? Le cas échéant, lequel ?
- 8.6 Quel est le pronostic ? Le cas échéant, quels sont les risques d'aggravation ?

## **9. Atteinte à l'intégrité**

- 9.1 La personne expertisée présente-t-elle une ou des atteinte(s) à l'intégrité définitive(s) sur le plan orthopédique, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?
- 9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA pour chaque atteinte, et globalement ?
- 9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

## **10. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 10.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr R\_\_\_\_\_ ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100% sans diminution de rendement ? Si non, pourquoi ?
- 10.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis des Drs R\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ s'agissant de l'IPAI fixée globalement à 40% ? En particulier, l'indemnité somatique comprend-elle déjà une part de troubles psychiques en raison du réaménagement du schéma corporel ? Si non, pourquoi ? Veuillez, le cas échéant, en discuter avec les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_.

## **11. Autres facteurs**

- 11.1 Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

E. Invite l'experte à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

II. Réserve la suite de la procédure ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le