

GE_GERICHTE A/121/2017 vom 27. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_121_2017

FR: GE_GERICHTE A/121/2017 du 27 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE A/121/2017 del 27 luglio 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BURKHARD Roland recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1; LUZERN intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1965, d'origine turque, mariée, mère de deux filles (l'une née en 1985, financièrement indépendante, étant retournée en Turquie en janvier 2016, et l'autre née en 2003), installée dans le canton de Genève depuis 2001, a travaillé comme nettoyeuse à temps partiel auprès de l'entreprise B_____ AG (ci-après : l'employeur), en plus d'une activité de cuisinière dans un restaurant turc, C_____. Elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée). Elle est droitère. !endif>![if> 2. Le 30 novembre 2006, en voulant sortir d'un ascenseur avec une lourde machine à nettoyer, l'assurée a glissé et chuté tout en gardant la main coincée sous ladite machine et, ce faisant, elle s'est tordue le membre supérieur gauche, au niveau du coude. !endif>![if> 3. D'après le rapport de CT scan du coude gauche établi le même jour par le docteur D_____, spécialiste en radiologie FMH, les rapports articulaires étaient conservés, il y avait un épanchement intra-articulaire modéré, une ébauche ostéophyttaire développée aux dépens de la face articulaire de la trochlée, pas de sclérose des berges et pas de pincement de l'interligne au niveau huméro-cubital ; il y avait mise en évidence, tant au niveau du cubitus proximal qu'en regard de la partie médiale de l'olécrane et de la tête radiale, de deux, voire trois petits arrachements osseux. En conclusion, il y avait des fragments osseux de part et d'autre du coude, une petite impaction, voire une fissure longitudinale sans déplacement de la partie latérale de la tête radiale. !endif>![if> 4. Une déclaration d'accident a été adressée le 5 décembre 2006 par l'employeur à la SUVA, qui a pris le cas en charge. !endif>![if> 5. Le 6 décembre 2006, l'assurée a subi une première opération, effectuée par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a décrit son intervention comme suit dans son rapport opératoire : « Micro-fracture selon Steadman du versant radial de la tête radiale et chondroplastie. Micro-fracture de la coronoïde et chondroplastie associée. Ablation de fragments ostéocartilagineux intra-articulaires libres. Synovectomies juxta-lésionnelles étendues. Ablation de fragments cartilagineux intra-articulaires libres par arthroscopie. »!endif>![if> 6. À teneur du rapport médical intermédiaire du 16 mars 2007 du Dr E_____, au 5 mars 2007, l'assurée présentait une flexion/extension de 150°/10°/0°, une pronation/supination de 80°/0°/80°, des douleurs aux efforts ; un dommage permanent était à craindre en raison de lésions arthrogènes. !endif>![if> 7. L'assurée a bénéficié d'une infiltration le 11 juin 2007. Le Dr E_____ a noté, au 26 juin 2007, un maximum de douleurs dans la région de la tête radiale, tout en indiquant qu'une

reprise du travail à 100 % était prévue dès le 28 juillet 2007 (rapport LAA intermédiaire du 10 juillet 2007). 8. Une arthro-IRM du coude gauche de l'assurée a été effectuée le 12 septembre 2007. En conclusion de leur rapport du 13 septembre 2007, les radiologues D_____ et F_____ ont noté qu'il n'y avait pas de lésion osseuse décelable ni de corps libre intra-articulaire, mais de discrètes altérations à composante calcifiante de la portion distale du ligament collatéral radial pouvant être le reflet d'une ancienne élongation. 9. D'après un rapport médical intermédiaire du 25 septembre 2007 du Dr E_____, il restait des douleurs et un dommage permanent était à craindre en raison de lésions arthrogènes, mais une reprise du travail à 50 % était prévue pour le 1^{er} octobre 2007. 10. Courant octobre 2007, à l'invitation de la SUVA, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en considération de l'atteinte à la santé qu'elle avait subie le 30 novembre 2006. 11. Dans un rapport du 29 octobre 2007 concernant une EMG effectuée le 24 octobre 2007, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué, en résumé de ses conclusions, que les observations réalisées reflétaient une lésion très modérée, stable, du nerf cubital gauche au coude. 12. Dans un rapport du 22 novembre 2007 à l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, mais que d'autres activités étaient envisageables, sans diminution de rendement, si elles ne sollicitaient pas le coude gauche de façon importante et n'impliquaient pas le port de charges supérieures à 2 kg. 13. Le 23 novembre 2007, l'assurée a été examinée par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Elle lui a dit notamment qu'une tentative de reprendre le travail avait échoué en raison de l'exacerbation de ses douleurs du coude gauche. Ledit médecin a constaté, au membre supérieur gauche, une discrète limitation de l'extension du coude par l'apparition de douleurs situées au niveau de l'épicondyle interne et de l'épicondyle externe ; il existait un phénomène douloureux, accompagné d'une baisse de la sensibilité des deux derniers doigts à la palpation de la gouttière cubitale. L'examen neurologique suggérait une atteinte du nerf cubital ; la situation n'était pas stabilisée ; l'incapacité de travail était totale. 14. Eu égard à la persistance des douleurs, une intervention chirurgicale a été prévue par le Dr E_____ pour le 30 janvier 2008, consistant en une transposition du nerf cubital et une plastie du ligament latéral cubital au coude gauche. Elle n'est pas intervenue, du fait, dans un premier temps, que le Dr H_____, le 22 janvier 2008, en a refusé la prise en charge et a suggéré de prendre l'avis du Centre de compétence de médecine des assurances à Lucerne, puis, dans un deuxième temps, que le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès dudit Centre, a estimé, le 1^{er} février 2008, sur la base de rapports du Dr E_____, qu'une telle intervention n'était pas indiquée en l'état et qu'il fallait poursuivre le traitement conservateur. 15. À la suite d'une nouvelle EMG effectuée le 3 mars 2008, le Dr G_____ a noté, dans son rapport du 5 mars 2008, que les résultats de l'examen concernant le nerf cubital gauche étaient superposables au précédent d'octobre 2007. 16. Dans une appréciation médicale du 14 avril 2008, le Dr I_____ a alors confirmé qu'aux plans orthopédique et neurologique il n'y avait pas d'indication pour une ventralisation du nerf ulnaire ; les troubles subjectifs d'hypoesthésies dans l'annulaire et l'auriculaire n'étaient pas objectivables et, selon toute vraisemblance, étaient non fondés sur des facteurs médicaux. Le Dr E_____ a contesté cette appréciation médicale et maintenu l'indication à une transposition antérieure du nerf cubital, à une révision du ligament collatéral cubital et à une excision de la calcification

externe, et il a recommandé de convoquer l'assurée pour un examen. Tout en confirmant son appréciation, le Dr I_____ a recommandé que le médecin d'arrondissement de la SUVA examine l'assurée, ce que le Dr H_____ a fait le 23 juin 2008. [endif]>[if> 17. Dans son rapport du 23 juin 2008, le Dr H_____ s'est référé à l'appréciation médicale du Dr I_____, s'estimant moins qualifié que ce dernier sur le sujet considéré ; l'éventualité de complications existait, notamment algodystrophiques, la probabilité d'une persistance d'un syndrome douloureux était non nulle et celle d'une récupération d'une capacité de travail significative après un long traitement était incertaine. Il appartenait à la SUVA d'examiner si elle était d'accord de financer le traitement chirurgical proposé par le Dr E_____, étant précisé qu'il n'y avait pas d'interruption du rapport de causalité naturelle entre les problèmes du coude gauche, l'accident et son traitement. La proposition qu'a alors faite le Dr E_____ qu'un expert soit consulté, soit le professeur J_____, médecin chef de service du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a été acceptée par le Dr I_____ et la SUVA. [endif]>[if> 18. Une ENMG a été effectuée le 16 septembre 2008. L'examen du nerf cubital ne montrait pas de signe de lésions actuelles de fibres nerveuses sensitives ou motrices ; un signe électrophysiologique suggérait qu'une ré-innervation s'était effectuée, ce qui pouvait rendre compte d'une petite lésion nerveuse ancienne ou d'une irritation chronique, éventualité en bonne corrélation avec les plaintes persistantes de l'assurée. Ces conclusions correspondaient à celles faites par le Dr G_____ en novembre 2007 et mars 2008. [endif]>[if> 19. D'après le rapport du 15 décembre 2008 du prof. J_____, l'assurée présentait une flexion/extension à 125°, avec un flexum de 10°, et une prono-supination de 90°-0°-90°, et un discret signe de Tinnel au niveau de l'épitrôchlée. Le bilan réalisé par une ENMG ne trouvait pas de lésion au niveau du nerf cubital. Une révision chirurgicale avec arthrolyse et émondage des ostéophytes « pourrait être envisagée ». [endif]>[if> 20. Selon l'appréciation médicale du 27 janvier 2009 du Dr I_____, ce dernier déconseillait fortement une nouvelle intervention. La capacité de travail de l'assurée n'était pas nulle ; les activités impliquant un effort physique léger sollicitant peu le coude gauche seraient possibles et exigibles à temps plein sans restriction ; seuls des travaux impliquant de fréquents mouvements de flexion et d'extension du coude ainsi que des mouvements fréquents de retournement avec la main étaient exclus, de même que des mouvements de martèlement ou de frappe avec le bras gauche. Le cas était stabilisé et pouvait être conclu. [endif]>[if> 21. D'après un rapport du 27 mars 2009 du Prof. J_____, l'examen clinique mettait en évidence une douleur dans la région externe, avec une possibilité de ressaut lors de la manœuvre en flexion/extension et supination en valgus, difficile à certifier ; le reste de l'examen clinique du coude gauche était relativement bénin ; il y avait un flexum fonctionnel se réduisant jusqu'à une extension complète. Une intervention était prévue pour le 20 mai 2009, consistant en une exploration chirurgicale ouverte du coude et, surtout, une réparation du ligament latéral, huméro-ulnaire susceptible d'être rompu et d'amener à une instabilité rotatoire postéro-externe. [endif]>[if> 22. Le Dr H_____ a examiné l'assurée le 3 avril 2009. Cette dernière lui a dit que, globalement, il n'y avait pas eu de changement depuis juin 2008, sauf une certaine augmentation des douleurs, et qu'elle serait opérée prochainement. Ledit médecin invitait la SUVA à se référer aux différents rapports figurant dans le dossier. [endif]>[if> 23. Le 20 mai 2009, le prof. J_____ a procédé à une reconstruction du ligament ulno-huméral gauche de l'assurée. [endif]>[if> 24. D'après le rapport médical intermédiaire du 31 août 2009 du prof. J_____, qui avait revu l'assurée les 29 juin et 14 août 2009, cette dernière avait

retrouvé des mobilités à 125°/10°/0° de flexion/extension et à 80°/0°/80° de pronosupination ; des douleurs persistaient sur les cicatrices. 25. Selon le rapport médical intermédiaire du 18 janvier 2010 du prof. J_____, l'assurée avait des mobilités à 130°/0°/10° de flexion/extension et à 80°/0°/80° « pratiquement indolore » de pronosupination. 26. Le 16 mars 2010, le Dr E_____ a fait mention d'une épicondylite droite ; autrement le status était « plus ou moins idem ». 27. L'assurée a été examinée le 21 mai 2010 par le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. À une année d'une reconstruction du ligament ulno-huméral gauche, consécutive à des séquelles douloureuses d'une fracture de la tête radiale et de la pointe coronoïdienne du coude gauche, la situation restait peu satisfaisante ; l'assurée se plaignait toujours de douleurs et dysesthésies du coude gauche et signalait des douleurs du poignet avec dysesthésies de la main gauche ainsi que des douleurs de type épicondylite à droite. Elle venait de subir une ENMG (dont le résultat n'était pas encore connu). Le bouclage asséculo-logique du dossier était prématuré. L'assurée n'avait toujours pas retrouvé de capacité de travail ; seule pourrait entrer en ligne de compte une activité n'exigeant pas de sollicitations importantes du membre supérieur gauche. 28. D'après un rapport médical intermédiaire du 21 juin 2010 du prof. J_____, l'intervention du 20 mai 2009 n'avait pas amené le bénéfice escompté. Une reprise du travail à 100 % n'était pas envisageable en l'état et un dommage permanent était à craindre sous la forme d'une instabilité du coude gauche. 29. À teneur d'un rapport médical intermédiaire du 6 août 2010 du docteur L_____, médecin à l'unité chirurgie de la main des HUG, l'assurée souffrait d'une instabilité du coude gauche et d'une allodynie cicatricielle post-opératoire. Le cas n'était pas stabilisé et l'évolution pas favorable. 30. Le 19 octobre 2010, le prof. J_____ a procédé à une intervention « Osborne et Cotterill » du coude gauche de l'assurée, compte tenu de la laxité externe de ce membre. 31. Selon le rapport médical intermédiaire du 31 décembre 2010 du Dr L_____, il y avait une évolution favorable pour l'allodynie du poignet gauche. 32. D'après le rapport médical intermédiaire du 11 avril 2011 du prof. J_____, les douleurs persistaient et l'instabilité du coude gauche était encore présente ; il fallait s'attendre à un dommage permanent sous la forme d'une instabilité chronique du coude gauche et d'arthrose. 33. Le 18 mai 2011, le Dr K_____ a estimé que la situation de l'assurée ne serait pas stabilisée avant l'automne 2011. 34. Un rapport de CT lombaire et sacré du 16 juin 2011, du radiologue M_____, réalisé en raison de lombalgies basses irradiant en direction de l'articulation sacro-iliaque droite et le membre inférieur droit, a fait état de pseudo-antélisthésis L4 sur L5 de degré I par arthrose articulaire postérieure L4-L5 des deux côtés avec hypertrophie des facettes et vide intra-articulaire, d'une arthrose débutante de l'articulation sacro-iliaque droite, d'une protrusion discale L4-L5 sans contrainte sur les racines L4 des deux côtés ; il n'y avait pas de pathologie discale sur les autres étages, mais une arthrose débutante articulaire postérieure L5-S1. 35. Selon un rapport médical du 30 août 2011 du Dr L_____, l'allodynie post-opératoire de l'assurée ne connaissait pas d'évolution favorable. 36. Le 13 septembre 2011, le prof. J_____ a exprimé l'impression que les douleurs que l'assurée avait toujours au niveau du coude gauche étaient liées à une neuropathie de son nerf cubital ; il a évoqué l'éventualité d'une transposition du nerf. 37. Le 27 octobre 2011, à l'occasion d'un nouveau bilan radiologique concernant les douleurs lombaires basses et des douleurs associées qu'avait l'assurée, le docteur N_____, neurochirurgien aux HUG, a estimé qu'il

fallait s'orienter vers une intervention ayant pour but de décompresser le canal lombaire et de faire une décompression sélective L4-L5 des deux côtés. Une IRM lombaire pratiquée le 18 novembre 2011 a mis en évidence un antélisthésis de L4 sur L5 d'environ 5 mm, une protrusion discale L4-L5 à base large, en conflit avec la racine L5 droite et en contact avec la racine L5 gauche. [endif]>[if> 38. D'après une ENMG du membre supérieur gauche de l'assurée, effectuée le 5 décembre 2011 par le docteur O_____, médecin aux HUG, l'examen demeurait normal et superposable à celui du 19 mai 2010. Il n'y avait en particulier aucune anomalie focale au coude de la conduction du nerf ulnaire gauche ; des névralgies irritatives et non lésionnelles n'étaient pas exclues par ces résultats normaux et pouvaient rendre compte des symptômes décrits. [endif]>[if> 39. Durant un séjour en Turquie pendant les fêtes de fin d'année en Turquie, l'assurée a été opérée d'urgence d'une décompression sélective L4-L5 droite. [endif]>[if> 40. Le 9 février 2012, eu égard à l'impasse de la prise en charge de la symptomatologie douloureuse de l'assurée, le Dr N_____ a adressé cette dernière au docteur P_____, spécialiste FMH en anesthésie au Centre de la douleur de la clinique Cécil à Lausanne. [endif]>[if> 41. Le 28 mars 2012, ayant fait une chute sur un trottoir, l'assurée est tombée par terre sur le coude droit. Elle a eu une fracture-luxation du coude droit, pour laquelle elle a été opérée le jour même aux HUG (réduction du coude droit et ostéosynthèse de l'olécrâne avec plaque olécrâne anatomique droite). [endif]>[if> 42. À teneur d'un rapport du 7 mai 2012 du Dr P_____ suite à une consultation du 1^{er} mai 2012, l'assurée présentait une symptomatologie neuropathique du membre supérieur gauche, plus particulièrement de la face interne du poignet, très probablement en relation avec le névrome que le Dr L_____ avait isolé et qui restait symptomatique malgré la reprise chirurgicale effectuée. Des blocs stellaires répétés allaient être effectués, ainsi qu'une désensibilisation cutanée locale. [endif]>[if> 43. Dans des rapports médicaux intermédiaires des 21 et 29 juin 2012, les Drs L_____ et J_____ ont fait mention, respectivement, d'une arthrose au coude et d'une allodynie port-chirurgicale gauche, et de difficultés fonctionnelles et de douleurs persistantes du coude gauche. [endif]>[if> 44. Le 16 janvier 2013, l'assurée a subi, aux HUG, par le Dr L_____, une intervention ayant consisté en une résection et un enfouissement d'un névrome palmaire sur une ancienne cicatrice de résection chirurgicale du nerf cutané palmaire du médian gauche. [endif]>[if> 45. Le 28 janvier 2013, l'assurée a été examinée par le docteur Q_____, orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA. D'après le rapport de ce dernier du 29 janvier 2013, la réalisation récente d'un blocage stellaire n'avait pas apporté d'effet favorable. L'assurée se plaignait de douleurs persistantes au niveau de son coude et de son poignet gauches, mais objectivement il n'y avait pas trop de limitations de la mobilité et de la stabilité de ce coude ; l'examen était resté limité en raison de l'intervention chirurgicale réalisée 12 jours plus tôt, en raison de laquelle la situation n'était pas stable. Le pronostic quant à une capacité de reprise du travail était très mauvais. [endif]>[if> 46. Le Dr Q_____ a précisé, le 11 février 2013, après avoir reçu le compte rendu opératoire de l'intervention précitée, que cette dernière était liée à l'évènement accidentel du 30 novembre 2006, en tant que deuxième reprise chirurgicale du poignet gauche. [endif]>[if> 47. D'après un rapport du 1^{er} mars 2013 à l'OAI, le docteur R_____, médecin traitant généraliste de l'assurée, avait proposé à cette dernière un suivi psychiatrique et psychothérapeutique en raison d'un état dépressif réactionnel. [endif]>[if> 48. Lors d'un examen de l'assurée qu'il a effectué le 2 juillet 2013, le Dr Q_____ a considéré que la situation médicale de l'assurée n'était pas suffisamment stabilisée pour permettre un bilan final, semblant au surplus compliquée par des lombalgies

handicapantes ne concernant pas la SUVA. Il avait préconisé une évaluation multidisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après : CRR), mais l'assurée ne souhaitait pas s'y soumettre. !endif>![if> 49. Le 18 juillet 2013, le Dr L_____ a indiqué au Dr Q_____ qu'il n'était pas envisagé de prochain acte opératoire pour l'assurée. !endif>![if> 50. Dans une appréciation médicale du 30 septembre 2013, le Dr Q_____ a rappelé que l'assurée avait eu un traumatisme au niveau de son coude gauche et que, dans les suites de cet accident, elle avait subi une intervention chirurgicale avec prise de greffe tendineuse au poignet gauche, dont les suites avaient été défavorables avec l'apparition d'une allodynie du poignet, encore en traitement, si bien que la situation n'était toujours pas stabilisée. D'après l'examen clinique de juillet 2013, la situation au niveau du coude gauche était favorable, avec une flexion de 140° et une extension complète et une cicatrice externe calme, légèrement hyperesthésique. En conclusion, il s'agissait d'une allodynie dans les suites d'une intervention chirurgicale pour greffe tendineuse et reconstruction d'un ligament rompu. !endif>![if> 51. D'après un rapport de consultation spécialisée du rachis du 16 octobre 2013 des docteurs S_____ et T_____, neurochirurgiens aux HUG, l'assurée avait bénéficié d'une décompression sélective L4-L5 droite en Turquie avec de bonnes suites opératoires initiales, mais elle avait développé ultérieurement une récurrence de lombosciatalgies L5 droites avec lombalgies mécaniques et paresthésies au niveau du membre inférieur droit, sans déficit moteur. !endif>![if> 52. À teneur d'un rapport de consultation du 27 novembre 2013 du docteur U_____, orthopédiste aux HUG, l'assurée devait subir une ablation du matériel d'ostéosynthèse du coude droit, lui occasionnant une gêne clinique. Cette opération aura lieu le 7 février 2014. !endif>![if> 53. D'après un rapport médical intermédiaire du 3 janvier 2014 du Dr L_____, il n'y avait aucune évolution et le pronostic était défavorable concernant le névrome ; il fallait s'attendre à un dommage permanent sous forme de douleurs allodyniques. !endif>![if> 54. Dans un rapport de consultation spécialisée du rachis du 31 janvier 2014, le Dr T_____ a proposé une intervention de stabilisation rachidienne du niveau L3 à S1. !endif>![if> 55. À teneur d'un rapport de consultation du 19 juin 2014 du Dr U_____, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du coude droit s'était compliquée par un écoulement séro-sanguinolant pendant plusieurs semaines, mais la cicatrice était désormais complètement fermée avec une petite croûte au niveau de l'ancien orifice de drainage, qui restait très sensible tout comme la cicatrice ; la douleur au niveau de la loge des fléchisseurs avait complètement disparu. L'assurée ne pouvait toujours pas soulever des poids de plus de 3 à 4 kg avec la main droite ; elle avait une flexion/extension de 150°/5°/0° et une prosupination libre et complète. !endif>![if> 56. Le 9 septembre 2014, l'assurée a subi une opération effectuée par Dr L_____, consistant en une reprise du syndrome du tunnel carpien gauche avec lambeau synovial du poignet gauche et une neurolyse du rameau cutané palmaire du nerf médian gauche. !endif>![if> 57. Le 16 octobre 2014, l'assurée a indiqué téléphoniquement à la SUVA que cette opération n'avait pas donné l'effet escompté ; ses troubles de santé et ses douleurs étaient bien plus importants qu'avant. !endif>![if> 58. D'après un rapport du 13 novembre 2014 du docteur V_____, chirurgien de la main aux HUG, il y avait eu amélioration de l'hypoesthésie, mais pas de l'allodynie. !endif>![if> 59. Le 8 décembre 2014, l'assurée a été examinée par le Dr Q_____. !endif>![if> D'après l'appréciation médicale que celui-ci a rédigée le 9 décembre 2014, le coude gauche de l'assurée était bien mobile, avec une flexion dépassant largement les 130° et une extension complète et aucun trouble dans la pro-supination, complète des deux côtés. S'agissant du poignet gauche, la palpation semblait déclencher des

douleurs très importantes ; l'assurée, légèrement démonstrative, refusait toute mobilisation avec des manifestations d'épargne du membre supérieur ; la mesure des diamètres musculaires des membres supérieurs ne mettait pas en évidence d'amyotrophie. L'examen neurologique ne mettait pas en évidence des limitations dans la fonction sensitive des doigts, mais l'assurée refusait la palpation pour l'ensemble de sa main gauche (partie dorsale et palmaire). La palpation du coude gauche semblait aussi douloureuse et déclencher des douleurs au niveau de la main gauche. La situation asséurologique de ce cas complexe était suffisamment stabilisée pour permettre une évaluation finale. Un retour à l'emploi antérieur n'était pas exigible compte tenu de la mauvaise évolution de la chirurgie du coude gauche et des suites de la dernière opération réalisée au niveau du poignet gauche. Pour les seules séquelles du membre supérieur gauche, l'assurée ne pourrait pas, à l'avenir, porter des charges supérieures à 5 kg, réaliser des travaux manuels nécessitant une force de serrage avec la main gauche, réaliser les mouvements en flexion/extension répétitifs du coude gauche, utiliser les outils lourds ou vibratoires. Dans une activité adaptée respectant ces limitations, l'assurée disposait d'une totale capacité de travail. Une prise en charge de médicaments, de physiothérapie et de consultation en orthopédie était prévue. L'état du membre supérieur gauche justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité, que, par une appréciation du 9 décembre 2014, le Dr Q_____ a fixée à 12 %. 60. Par courrier du 10 décembre 2014, la SUVA a informé l'assurée qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 30 novembre 2006. Elle mettait fin au paiement des soins médicaux (sous réserve de quelques consultations spécialisées en orthopédie, de quelques séances de physiothérapie et d'éventuels médicaments antidouleurs). L'indemnité journalière serait allouée jusqu'au 31 décembre 2014. La SUVA allait examiner si les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité étaient remplies dès le 1^{er} janvier 2015. L'AI verserait probablement des prestations en espèces à l'assurée. Cette dernière avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, de CHF 12'816.-, que la SUVA lui verserait en janvier 2015. 61. D'après un avis médical du 12 décembre 2014 de la docteure W_____, médecin auprès du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), basé sur l'appréciation médicale du Dr Q_____, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis le 30 novembre 2006 ; dans une activité adaptée, elle était de 100 % de novembre 2007 à mars 2012, puis de 0 % de mars 2012 au 8 décembre 2014 (en raison de la fracture du coude droit), puis à nouveau de 100 % dès le 9 décembre 2014. 62. D'après le rapport d'enquête économique sur le ménage de l'OAI du 18 mars 2015, l'assurée avait un empêchement pondéré avec exigibilité de 35.6 % durant la période de novembre 2007 à mars 2012 puis dès décembre 2014, et de 50.4 % durant la période de mars 2012 à décembre 2014. 63. Le 22 avril 2015, le docteur X_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a précisé que, compte tenu des limitations de l'assurée, l'activité d'employée dans un restaurant n'était également plus exigible. 64. Le 6 mai 2015, le Dr E_____ a opéré l'assurée au niveau de l'épaule droite. 65. Par décision du 5 octobre 2015, la SUVA a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de l'assurance-accident, et elle lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12 %, d'un montant de CHF 12'816.-. 66. Il ressortait des investigations effectuées, notamment médicales, que l'assurée était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'elle évite de porter des charges supérieures à 5 kg et de réaliser des travaux manuels nécessitant une force de serrage avec la main gauche, des mouvements en

flexion/extension répétitifs du coude gauche ainsi que l'utilisation d'outils lourds ou vibratoires. Une telle activité exigible lui permettrait de réaliser un revenu mensuel de CHF 3'947.- (13^{ème} salaire inclus) ; sans l'accident du 30 novembre 2006, elle réaliserait un gain mensuel de CHF 3'916.- (13^{ème} salaire inclus) ; elle ne subissait pas de perte de gain due audit accident. 66. Le 16 octobre 2015, l'assurée, désormais représentée par un avocat, a déclaré former opposition à cette décision de la SUVA, qui, le 19 octobre 2015, lui a communiqué à sa demande le dossier et lui a imparti un délai de trente jours pour motiver son opposition. 67. Le 25 octobre 2015, la Dre W_____ du SMR a estimé qu'il fallait soumettre l'assurée à une expertise bi-disciplinaire orthopédique et psychiatrique. 68. Par courrier de son avocat du 6 novembre 2015, l'assurée a motivé son opposition précitée. Elle était en incapacité totale de travailler depuis son accident du 30 novembre 2006. Elle avait subi plusieurs opérations chirurgicales, qui n'avaient pas apporté d'améliorations, même pour l'accomplissement de tâches ménagères simples. Il était illusoire de penser qu'elle pourrait travailler à 100 % en n'utilisant pas son bras gauche. D'après ses médecins, elle devait être reconnue comme définitivement incapable de travailler depuis le 30 octobre (recte : novembre) 2006. Son atteinte à l'intégrité, lui provoquant des douleurs en permanence, était de l'ordre de 50 %.

69. D'après un certificat médical du 27 janvier 2016 établi par le docteur Y_____, psychiatre, et Madame Z_____, psychothérapeute, l'assurée souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'une forme mixte avec pensées obsédantes et comportements compulsifs. 70. Le 25 mai 2016, le Dr L_____ a opéré l'assurée pour un doigt à ressaut D5 à droite et un syndrome de tunnel carpien à droite.

71. Le 23 novembre 2016, le Dr E_____ a opéré l'assurée pour des lésions du genou gauche. 72. Par décision sur opposition du 28 novembre 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée à sa décision initiale du 5 octobre 2015.

D'après l'appréciation du Dr Q_____, l'état de santé de l'assurée était stabilisé et il était objectivement exigible d'elle, qui était droitnière, qu'elle exerce à plein temps une activité respectant les limitations fonctionnelles énumérées, soit une activité très légère et sans mouvements contre-indiqués pour le membre supérieur gauche non dominant. Il n'y avait pas d'incapacité de gain, notion à apprécier à long terme et sur le marché général du travail entrant en considération pour l'assurée. L'assurée avait l'obligation de limiter le dommage, en prenant un emploi dans un autre domaine d'activité, moins lourd que celui exercé au moment de l'accident. D'après les descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) recueillies conformément à la jurisprudence, englobant des activités très légères et sans mouvements contre-indiqués pour le membre supérieur gauche non dominant, le revenu d'invalidé de l'assurée pouvait être fixé à CHF 3'947.- par mois (au demeurant au-dessous de la moyenne des salaires entrant en considération). Sans l'accident, l'assurée percevrait un revenu mensuel de l'ordre de CHF 3'916.-. La comparaison de ces revenus ne permettait pas d'admettre l'existence d'un préjudice économique atteignant le seuil légal de 10 % pour reconnaître le droit à une rente d'invalidité. Le résultat ne serait pas différent si le gain d'invalidé était fixé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Selon les chiffres statistiques déterminants pour 2014, la valeur moyenne de la rémunération pour des femmes chargées de tâches simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé s'élevait à CHF 53'793.- en 2014 (pour 41.7 heures par semaine), somme qui, déduction faite de 10 %, donnait un gain d'invalidé mensuel supérieur aux CHF 3'947.- retenus. Le Dr Q_____ avait estimé l'atteinte à l'intégrité au niveau du coude gauche à 10 %, en retenant la fourchette la plus

élevée en cas d'arthrose moyenne (table 5), et à 2 % pour les séquelles d'allodynie au niveau du poignet gauche. L'allocation requise par l'assurée d'une indemnité de 50 % équivaldrait à une perte d'un bras au niveau du coude ou au-dessus du coude. Il n'y avait pas d'éléments médicaux pertinents permettant d'admettre la présence d'une atteinte plus importante à celle déterminée par le Dr Q_____. 73. Par acte du 12 janvier 2017, l'assurée a recouru contre cette décision sur opposition par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant principalement à son annulation, au constat qu'elle était incapable de travailler à 100 % et que son atteinte à l'intégrité était de 50 %, et à l'allocation d'une indemnité de procédure, et, subsidiairement, à ce qu'une contre-expertise indépendante soit ordonnée pour déterminer la perte de fonction de ses membres supérieurs et son éventuelle capacité de gain résiduelle.

La SUVA avait procédé à une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents et insuffisamment motivé sa décision, en se basant sur la science « infuse » du Dr Q_____, qui ne l'avait jamais vue ni examinée, et « balayait d'un revers de la main » les constatations médicales de plusieurs médecins, soit des Drs E_____, G_____, J_____, L_____ et Y_____, qui, eux, l'avaient suivie et examinée. C'était une vue de l'esprit, une « appréciation entièrement théorique de ronds de cuir », que de retenir qu'elle pouvait réaliser un revenu mensuel de CHF 3'947.- (13 ème salaire inclus). Aucun employeur n'engagerait une femme qui, comme elle, était lourdement handicapée, souffrait de multiples lésions et maux (coude gauche, poignet gauche, membre supérieur droit, genou gauche, humeur dépressive, stress lié aux opérations successives), âgée de 52 ans. Selon le Dr L_____, l'assurée était en exclusion complète de son membre supérieur gauche. Il était incompréhensible qu'elle puisse gagner autant en étant invalide que si elle ne l'était pas. Les hypothèses formulées par la SUVA étaient « farfelues ». Celle-ci ne pouvait se baser sur les rapports de son seul médecin-conseil, qui n'avait pas force probante. L'assurée a joint à son recours les rapports médicaux suivants : - le rapport de l'opération pratiquée le 23 novembre 2016 par le Dr E_____ ; - un certificat médical du 21 décembre 2016 du Dr L_____, aux termes duquel, même si, pour le membre supérieur gauche, le taux d'atteinte à l'intégrité selon les tables 5 ou 6 était à évaluer aux alentours de 10 %, le port de charges décrit par le Dr Q_____ ne correspondait pas à la réalité, l'assurée étant en exclusion complète de son membre supérieur gauche et ne pouvant absolument pas l'utiliser ; - un certificat médical du 21 décembre 2016 du Dr Y_____ et de la psychothérapeute Z_____, selon lequel, en raison de l'enchaînement et de l'accumulation d'opérations, l'assurée souffrait d'un stress considérable mettant sa santé psychique sous une tension permanente ; une péjoration de son état anxieux-dépressif augmenterait considérablement le risque d'une grave décompensation psychique.

74. Par mémoire du 9 mars 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle a produit le dossier de la cause (403 pièces) et une appréciation médicale de la Dre AA_____, spécialiste FMH en chirurgie, du 2 mars 2017 (de 20 pages). La décision attaquée était suffisamment motivée. Les conclusions du Dr Q_____ du 9 décembre 2014 (complétées par la prise de position du Dr AB_____ du 22 avril 2015) faisaient suite à un examen clinique de l'assurée, tenaient compte des plaintes subjectives de cette dernière, se fondaient sur l'étude de toutes les pièces du dossier ; ledit médecin-conseil discutait les éléments pertinents. Les avis exprimés depuis lors par les Drs L_____, E_____ et Y_____ ne remettaient pas en cause le profil d'exigibilité dressé par le Dr Q_____ ; ces médecins se prononçaient sur des atteints étrangères à l'accident assuré. La SUVA s'était fondée, pour évaluer le revenu d'invalide de l'assurée, sur des DPT

concernant de nombreux postes de travail parfaitement compatibles avec les limitations fonctionnelles en présence ; les données tirées à titre subsidiaire de l'ESS recouvraient également un large éventail d'activités non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et correspondant au profil professionnel de l'assurée. Cette dernière ne remettait pas en cause son revenu de valide. Le droit à une rente d'invalidité devait être dénié. L'appréciation faite par le Dr Q_____ concernant l'atteinte à l'intégrité prenait en considération toutes les atteintes occasionnées par l'accident, et elle appliquait correctement les principes jurisprudentiels en la matière. Dans son appréciation jointe à cette écriture, la Dre AA_____ (après avoir, sur 14 pages, relaté l'anamnèse de l'assurée et fait un résumé des documents médicaux figurant au dossier) a expliqué, sur 4 pages, la situation médicale de l'assurée dans la mesure requise pour déterminer si les conclusions du Dr Q_____ relatives au profil d'exigibilité de l'assurée sont à confirmer. C'était à juste titre que le Dr Q_____ avait retenu que la situation médicale de l'assurée était stabilisée tant au niveau du coude gauche qu'à celui du poignet gauche. Les limitations fonctionnelles admises pour les seules séquelles du membre supérieur gauche, pour une droitrière, étaient correctes. L'assurée disposait d'une totale capacité de travail pour exercer une activité professionnelle respectant ces limitations. La recrudescence de la symptomatologie douloureuse relevée par le Dr L_____ dans son certificat du 21 décembre 2016 concernait le membre supérieur droit de l'assurée, dont les troubles ne se trouvaient pas dans un rapport de causalité avec l'accident du 30 novembre 2006. Concernant le membre supérieur gauche, l'examen du Dr Q_____ de décembre 2014 avait permis de constater que l'assurée était indépendante pour les activités quotidiennes, comme manger, s'habiller, etc. et même faire des courses ; l'assurée ne présentait pas d'amyotrophie, qui démontrerait une exclusion de son membre supérieur gauche. 75. Par une réplique du 3 avril 2017, l'assurée a pour l'essentiel répété les termes et conclusions de son recours. Il ne fallait pas refuser une instruction complémentaire alors que les avis médicaux étaient « totalement divergents entre celui du médecin de la SUVA et ceux de la patiente ». L'assurée avait de telles séquelles de son accident qu'elle n'était pas à même de mettre en valeur ses compétences professionnelles sur le marché du travail ; en s'appuyant sur le résultat de recherches de DPT sans tenir compte de la réalité de son handicap, la SUVA tirait « des plans sur la comète ». L'assurée contestait l'appréciation du Dr Q_____. 76. Par duplique du 2 mai 2017, la SUVA a confirmé la décision attaquée et sa réponse au recours. Les appréciations retenues à la base de la décision attaquée et celle fournie par la Dre AA_____ étaient conformes aux exigences jurisprudentielles ; les prises de position des autres médecins n'étaient pas de nature à jeter un doute, même minime, sur les conclusions des médecins-conseils de la SUVA ; certains des rapports médicaux produits se rapportaient à des atteintes étrangères à l'accident assuré. Il n'était pas irréaliste de retenir qu'il existait sur un marché du travail équilibré des emplois adaptés aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Les valeurs tirées de DPT ou de l'ESS étaient certes théoriques, mais, dans le domaine de l'assurance-accidents, il n'y avait pas lieu d'examiner si un invalide pouvait être placé, eu égard aux conditions concrètes du marché du travail (ceci revenant à l'assurance-chômage), mais s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondaient à l'offre de la main-d'œuvre, ce qui était le cas en l'espèce. 77. Dans des observations du 23 mai 2017, l'assurée a estimé qu'une expertise indépendante et neutre devait être ordonnée, compte tenu des avis divergents des médecins. La réalité des faits était qu'il n'y avait aucun emploi adapté pour l'assurée. Cette dernière a persisté dans les termes et

conclusions (principales et subsidiaires) de son recours. 78. Les 18 mai et 7 juillet 2017, l'assurée a été soumise, dans le cadre de la procédure devant l'OAI, à une expertise bi-disciplinaire, orthopédique et psychiatrique, effectuée par les docteurs AC _____, chirurgien orthopédique FMH, et AD _____, psychiatre-psychothérapeute FMH, du Centre d'Expertises Médicales de Nyon (ci-après : CEMed). Le rapport du CEMed a été rendu le 4 octobre 2017. Les experts ont retenu les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : - status après fracture du coude gauche avec instabilité et neuropathie résiduelle, hyperpathie dans le territoire du cubital (depuis 2006) ; - status après cure du tunnel carpien à gauche et à droite ; ténosynovite de l'extenseur ulnaire du carpe gauche, irritation osseuse du cubitus distal (depuis 2009) ; - status après arthroscopie itérative du genou gauche pour lésion cartilagineuse du condyle médian ainsi que du cartilage rétropatellaire, arthrose résiduelle douloureuse (depuis 2016) ; - status après traitement intra-articulaire de lésion de la coiffe, du labrum et cartilagineuse de l'épaule droite avec douleur résiduelle et limitation de fonction (depuis 2015) ; - rachis dégénératif avec discopathies étagées, antélisthésis dégénératif de L4 sur L5, status après décompression L4-L5 avec laminectomie L4 droite, fibroses péri-articulaire L5 droite (depuis 2008). Ils ont fait mention, au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie, d'un changement de relations familiales pendant l'enfance, de difficultés en lien avec des événements malheureux, de décès d'un membre de la famille, de status après fracture-luxation du coude droit avec perte de force résiduelle (depuis 2012) et de status après arthroscopie du genou droit pour lésion cartilagineuse. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique, mais, sur le plan physique, une impotence du membre supérieur gauche, une limitation d'utilisation de la force du membre supérieur droit, une douleur au niveau du genou empêchant la marche sur des distances excédant 100 mètres, des lombalgies chroniques dans le membre inférieur droit. L'assurée présentait une totale incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors, depuis 2006, sans qu'il soit possible, eu égard aux très nombreuses chirurgies subies, de détailler semaine par semaine ou mois par mois le degré de capacité ou d'incapacité de travail entre les différentes chirurgies. S'agissant d'une capacité de travail dans une activité adaptée, le SMR en avait retenu une épargnant le membre supérieur gauche, mais il n'était plus possible de se prononcer pour la période antérieure à mars 2012 ; comme le SMR l'admettait, à la suite de la fracture du coude (droit) en mars 2012, la capacité de travail de l'assurée était nulle même dans des activités adaptées, d'autant plus que des atteintes s'étaient ajoutées ultérieurement au niveau du genou gauche et de l'épaule droite. 79. Le 1^{er} décembre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision qui lui reconnaît le droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} novembre 2007, sur la base d'un degré d'invalidité de 90 % en présence d'un statut mixte constitué d'un 80 % d'activité professionnelle (avec un empêchement de 100 % et, partant, un degré d'invalidité de 80 %) et d'un 20 % de travaux habituels dans le ménage (avec un empêchement de 50 % et, partant, un degré d'invalidité de 10 %). 80. Le 15 décembre 2017, l'assurée a communiqué ce projet de décision à la CJCAS, qui – après que la SUVA, le 18 janvier 2018, l'eut requis – a ordonné, le 19 janvier 2018, l'apport du dossier de l'AI, puis, une fois ledit dossier produit, a invité les parties à se déterminer. 81. Par écriture du 2 mars 2018, se référant à une appréciation médicale de la Dre AA _____ du 28 février 2018 jointe à cette écriture, la SUVA a relevé que l'OAI avait alloué une rente entière d'invalidité à l'assurée en tenant compte de nombreuses atteintes dont la prise en charge

n'incombait pas à la SUVA ; seul le premier diagnostic retenu par les experts du CEMed était en relation avec l'accident assuré. Sur les seize opérations subies par l'assurée, seules cinq avaient trait à la pathologie du coude gauche, dont une incluait un syndrome du tunnel carpien gauche d'origine non accidentelle. Il se confirmait que la situation médicale en regard du seul état séquellaire de l'accident du 30 novembre 2006 était stabilisée en 2014. Les examens cliniques du coude gauche effectués respectivement par le Dr Q_____ en 2013 et en 2014 et par les experts du CEMed en 2017 donnaient des résultats superposables pour la mobilité dudit coude (flexion/extension et pro-supination), les périmètres du bras et de l'avant-bras gauches et l'allodynie du poignet gauche. Tant en 2014 qu'en 2017, l'assurée ne présentait pas d'amyotrophie du bras gauche, qui était donc utilisé. Les experts du CEMed ne faisaient pas mention d'une impossibilité d'effectuer les activités de la vie quotidienne (manger, boire, aller aux toilettes, etc.) ou même la nécessité d'avoir de l'aide. Aussi ne pouvait-on retenir qu'il y avait impotence fonctionnelle totale, voire exclusion du membre supérieur gauche. La SUVA persistait intégralement dans ses conclusions.

!endif]>![if> 82. Par décision du 8 mars 2018, reprenant les termes du projet de décision précité du 1^{er} décembre 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} novembre 2007. !endif]>![if> 83. Par écriture du 3 avril 2018, l'assurée a indiqué qu'elle avait été opérée le 7 février 2018 et se déplaçait désormais en chaise roulante. Elle avait subi cinq opérations chirurgicales du coude et du poignet gauches, en 2006, 2009, 2010, 2013 et 2014. Son évolution n'avait pas été favorable. L'assurée avait désormais besoin de la présence de son époux pour presque tous les gestes du quotidien ; les limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche étaient telles qu'elle ne pouvait plus s'habiller seule. Les experts du CEMed avaient diagnostiqué une amyotrophie du membre supérieur gauche. Il fallait relativiser la déclaration de l'assurée, selon laquelle elle préparait le petit-déjeuner pour sa fille, car elle ne pouvait le préparer seule. La Dre AA_____ n'était pas neutre lorsqu'elle disait que l'impotence du membre supérieur gauche retenue par les experts du CEMed n'était « pas vraiment réalisée ». L'assurée ne pouvait s'habiller seule, aller seule aux toilettes, faire sa toilette seule, se faire à manger, sans l'aide constante de son mari et d'autres personnes. Elle persistait dans ses explications et conclusions.

!endif]>![if> 84. En date du 20 juillet 2018, en réponse à la demande de la CJCAS, l'OAI a transmis à cette dernière les pièces de son dossier postérieures au 19 janvier 2018, dont sa décision précitée du 8 mars 2018, entrée en force, une demande du 13 juin 2018

d'allocation pour impotent et un projet de décision du 28 juin 2018 de refus d'une telle allocation, pour le motif qu'elle était requise consécutivement à un accident. !endif]>![if>

85. Le 23 juillet 2018, la CJCAS a communiqué copie de ce courrier de l'OAI aux parties.

!endif]>![if> EN DROIT 1. a. 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents relative à des prestations prévues par la LAA. !endif]>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées

(art. 1 al. 1 LAA). Le recours a été déposé en temps utile, compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours est donc recevable. 2. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV, n. 10, p. 28, consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4 ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 3. a. Le litige concerne le degré d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité découlant de l'accident du 30 novembre 2006, à savoir deux des prestations en espèces prévues par la LAA. b. Il n'est pas contesté que la recourante a subi, le 30 novembre 2006, un accident pour lequel l'intimée, étant alors son assureur-accidents, doit verser les prestations prévues par la LAA, pour toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec ledit événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Il n'est pas véritablement contesté et doit en tout état être souligné d'emblée que les conséquences ici pertinentes se limitent aux atteintes portées par l'accident précité au membre supérieur gauche de la recourante, soit à ses coude et poignet gauches (non compris une cure du tunnel carpien gauche). La perspective est donc différente de celle de l'AI, qui appréhende la situation de santé globale de ses assurés, en sorte que, en l'occurrence, la reconnaissance par l'OAI d'une invalidité de 90 % n'implique nullement qu'une semblable

invalidité doit être admise à la charge de l'intimée, tant il est évident que l'OAI s'est prononcé dans le sens précité au regard de diagnostics nombreux ayant des répercussions sur la capacité de travail, dont un seul est également du ressort de l'intimée, à savoir, précisément, les atteintes au coude et au poignet gauches. Le dossier n'apporte aucun élément permettant de soutenir que les autres atteintes à la santé, physique et psychique, de la recourante relevées par les experts du CEMed – au demeurant sans répercussion sur la capacité de travail s'agissant des diagnostics d'ordre psychiatrique – seraient en lien de causalité avec l'accident du 30 novembre 2006. Dans la mesure où l'ensemble des atteintes à la santé n'en constituent pas moins une réalité que vit la recourante, la nécessité de faire abstraction de nombre d'entre elles conduit inmanquablement à rendre l'approche des points pertinents quelque peu théorique, notamment l'estimation du revenu d'invalidité de la recourante, soit de sa capacité de gain, au regard de ses seules atteintes précitées. c. Il apparaît utile, dans ce contexte, de résumer les faits pertinents, sur la base des explications, non contestées et au demeurant étayées par les pièces du dossier, que la Dre AA_____ a données dans son appréciation du 2 mars 2017 sur les atteintes à la santé ici pertinentes. L'accident du 30 novembre 2006 a provoqué une fracture-impaction versant de la tête radiale, une fracture de la pointe coronoïdienne, un fragment ostéocondral intra-articulaire libre et la présence d'un corps cartilagineux intra-articulaire libre dans le récessus articulaire antérieur à gauche. Le 6 décembre 2006, l'assurée a subi une première opération, ayant consisté principalement en micro-fracture et chondroplastie au niveau du coude gauche. Au vu de la persistance d'une symptomatologie douloureuse et d'une suspicion d'instabilité au niveau du coude gauche, la recourante a subi deux autres interventions au niveau du coude gauche, avec reconstruction du ligament ulno-huméral gauche réalisée à l'aide d'une greffe tendineuse à partir du tendon du muscle long palmaire. La recourante a alors développé une allodynie au niveau du poignet gauche, à l'endroit de la prise de greffe, en raison d'un névrome de la branche cutanée palmaire du nerf médian. Il s'en est suivi trois opérations à ce niveau, la dernière en septembre 2014. d. Estimant la situation médicale de la recourante, au regard des atteintes ici pertinentes, stabilisée lorsque cette dernière a été examinée par le médecin-conseil de l'intimée, le 8 décembre 2014, il incombait à l'intimée de se déterminer sur l'existence d'une invalidité ouvrant le droit à une rente d'invalidité et sur celle d'une atteinte à l'intégrité ouvrant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 4. a. Pour l'octroi de telles prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la

libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000).

c/bb. 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c/cc. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3). 5. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose une invalidité, à savoir – en matière d'assurance-accidents comme dans les autres domaines des assurances sociales – une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA), d'au minimum 10 % dans l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA), alors qu'elle doit être d'au minimum 40 % dans l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 let. c de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI - 831.20). Selon l'art. 7 LPGA, l'incapacité de gain est 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain, et, de plus, qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. >[endif]>[if> Une atteinte à la santé seule ne suffit pas, quelle que soit sa gravité, à constituer une invalidité ; elle doit avoir pour conséquence une incapacité de gain. L'incapacité de gain ne se réfère pas à la profession exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé ; si l'assuré est devenu incapable d'exercer sa profession mais peut prendre une autre activité raisonnablement exigible, après le traitement et la réadaptation, l'évaluation de l'incapacité de travail est faite d'après cette activité exigible. Si la perte de gain est due à un manque de places de travail, et non à l'atteinte à la santé, il n'y a pas d'invalidité, dans la définition de laquelle d'autres facteurs extérieurs sont aussi écartés, comme l'âge, le manque de formation, les différences socioculturelles (Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Droit suisse de la sécurité

sociale, vol. I, éd. par Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, 2010, p. 137 ss, n. 166). b. Selon l'art. 16 LPGA, 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. Le degré d'invalidité résulte de la différence entre le revenu dit d'invalide (ou avec invalidité) et le revenu sans invalidité, et ce au moment de l'ouverture du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. La jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2 ème éd., p. 294ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de la description de postes de travail (DPT), recueillies par la SUVA et devant remplir des conditions posées par la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 4.3 et 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3 ; cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_843/2015 du 7 avril 2016 sur les statistiques spécifiques à la branche de l'informatique et des télécommunications, et 9C_474/2016 du 8 février 2017 sur les statistiques de l'Union suisse des arts et métiers sur des statistiques spécifiques à la profession de moniteur d'auto-école indépendant). d. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.290/04 du 28 décembre 2004 et les références ; ATAS/250/2017 du 28 mars 2017 consid. 13). 6. a. En l'espèce, la recourante prétend à tort que l'intimée s'est appuyée, pour rendre la décision attaquée, exclusivement sur l'appréciation de son médecin-conseil (soit le Dr Q_____) sans même que celui-ci ne l'ait examinée. Il résulte en effet du dossier que l'intimée a été examinée à plusieurs reprises par des médecins d'arrondissement de l'intimée, soit, dans un premier temps, par les Dr H_____ (les 23 novembre 2007, 23 juin 2008 et 3 avril 2009) et K_____ (le 21 mai 2010), puis par le Dr Q_____ (les 28 janvier 2013, 2 juillet 2013 et 8 décembre 2014). Ces médecins

disposaient au surplus de la spécialisation dans la discipline médicale dont relevaient les atteintes pertinentes à la santé de la recourante, à savoir l'orthopédie. ![/endif]>[/if> Il ne saurait par ailleurs être mis en doute que lesdits médecins – en particulier le Dr Q_____, qui est intervenu dans un second temps, plus pertinent pour juger d'une invalidité de la recourante – ont pris connaissance du dossier concernant cette dernière, et se sont donc prononcés en ayant une connaissance tant de l'anamnèse et des plaintes de la recourante que des nombreux rapports médicaux concernant ses atteintes au coude et au poignet gauches, soit des éléments pertinents auxquels tant le Dr Q_____ qu'ensuite la Dre AA_____ ont fait référence dans leurs appréciations respectives des 8 décembre 2014 et 2 mars 2017. b. Le 8 décembre 2014, lorsque le Dr Q_____ s'est prononcé, il n'y avait pas dans le dossier de rapports médicaux relativement récents attestant que la recourante ne disposait d'aucune capacité de gain dans une activité adaptée. Le Dr Q_____ s'est fondé, pour en admettre une nonobstant les douleurs exprimées par la recourante à la palpation, principalement sur la mobilité du coude gauche de cette dernière, telle qu'il l'avait lui-même constatée (soit une flexion dépassant largement les 130° et une extension complète et aucun trouble dans la pro-supination), l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche (également mesurée par ledit médecin), l'absence, d'après l'examen neurologique, de limitations dans la fonction sensitive des doigts (avec toutefois un examen qualifié de difficile du côté gauche), une cicatrisation complète suite à l'opération du 9 septembre 2014 du poignet gauche, et les déclarations respectivement traduites ou faites par la fille aînée de la recourante, selon lesquelles cette dernière était capable de s'habiller seule, manger seule et faire des courses pour des charges limitées (ladite fille s'investissant cependant beaucoup dans les tâches ménagères chez sa mère, sans y habiter). c. Comme la Dre AA_____ l'a expliqué de façon convaincante, sur le plan du principe, dans ses appréciations des 2 mars 2017 et 28 février 2018, la problématique du coude gauche n'était déjà plus au premier plan lors de l'examen du 2 juillet 2013, les plaintes de la recourante s'orientant alors surtout vers le poignet gauche ; les examens cliniques réalisés respectivement par le Dr Q_____ en 2013 et 2014 et les experts du CEMed en 2017 ont en effet donné des résultats superposables pour la mobilité dudit coude et les périmètres du bras et de l'avant-bras. Concernant les troubles allodymiques au niveau du poignet gauche, ils s'étaient développés à la suite du prélèvement du greffon fait à partir du tendon du muscle long palmaire à gauche pour la reconstruction du ligament ulno-huméral (tendon qui n'a pas une importance fonctionnelle vitale, en particulier ne procure pas de force de flexion supplémentaire) ; ils résultent d'une complication pouvant intervenir lors d'une telle opération faite dans les règles de l'art, avec développement de neuromes ou névromes, qui sont souvent source de douleurs intenses et dont le traitement est complexe et souvent décevant (comme dans le cas de la recourante). Le dossier ne contient pas de rapports médicaux qui contrediraient ces explications. 7. a. Il n'apparaît pas contestable, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les seules séquelles de l'accident du 30 novembre 2006 n'ont pas privé la recourante de toute capacité de gain, certes pas dans ses activités exercées jusqu'audit accident tant de nettoyeuse que de cuisinière (ce qu'admet l'intimée), mais dans des activités adaptées. ![/endif]>[/if> C'est – toujours au regard des seules atteintes au membre supérieur gauche consécutives audit accident – la mesure de la capacité de gain résiduelle de la recourante qui s'avère source d'interrogation, en lien avec les limitations fonctionnelles devant être retenues. Pour l'intimée, se fondant sur l'avis du Dr Q_____ (confirmé ultérieurement par la Dre AA_____), la recourante peut, en tant que droitnière, exercer, à plein temps, une activité n'impliquant pas de porter des charges supérieures à 5 kg, réaliser des travaux manuels

nécessitant une force de serrage avec la main gauche, réaliser des mouvements en flexion/extension répétitifs du coude gauche, utiliser des outils lourds ou vibratoires. Il appert que de telles limitations fonctionnelles n'excluent pas toute capacité de gain et que, comme l'a retenu l'intimée, il se trouve dans différents secteurs de l'industrie des emplois susceptibles d'être exercés qui respectent lesdites limitations, très probablement à plein temps. La recourante conteste toutefois n'avoir, du fait de l'accident précité, que ces limitations-là ; elle dit ne plus pouvoir utiliser son membre supérieur gauche. Si tel était le cas, force serait de remettre en question, sans doute pas le principe même d'une certaine capacité de gain résiduelle consécutivement au seul accident assuré, mais le type d'activités adaptées entrant en considération et le pourcentage envisageable d'exercice de telles activités adaptées, et, partant, possiblement l'inexistence et le degré d'une invalidité, donc – pour peu que celui-ci soit d'au moins 10 % (art. 18 al. 1 LAA) – la négation d'un droit à une rente d'invalidité. b. Or, d'après le certificat médical du 21 décembre 2016 du Dr L_____, la recourante est en exclusion complète de son membre supérieur gauche ; elle ne peut absolument pas l'utiliser, et le port de charges retenu par l'intimée ne correspond pas à la réalité. De surcroît, dans leur rapport du 4 octobre 2017, les experts du CEMed ont retenu, au titre des limitations fonctionnelles, une impotence du membre supérieur gauche, mot qu'ils n'ont manifestement pas utilisé comme un synonyme d'une limitation d'utilisation (expression qu'ils retiennent en revanche pour le membre supérieur droit). L'expert spécialiste en orthopédie a observé que la recourante, durant l'entretien, a soutenu avec son bras droit son membre supérieur gauche. Et il lui a été quasiment impossible d'examiner ce membre et d'effectuer des limitations fonctionnelles, en raison des fortes réactions de douleurs manifestées par la recourante, soit d'une réaction de retrait qu'il a qualifiée de compatible avec une hyperpathie de l'avant-bras et de la main qui durait depuis plusieurs années. Il a obtenu, passivement, une abduction et une élévation difficile d'environ 100°, une rotation interne et externe de 75°/0°/15°, une mobilisation du coude en flexion/extension de 135°/10°/0° avec des douleurs très fortes référencées à la main gauche, et une prosupination libre à 90°/0°/90°. Il a relevé des douleurs au niveau de la main en palmaire, surtout du côté de l'hypothenar et dans le territoire cubital ; la mobilisation du poignet en flexion/extension était de 10°/0°/15°, en inclinaison cubitale et radiale de 5°/0°/5°, le tout déclenchant de fortes douleurs. Si, au titre des activités quotidiennes relatées lors de l'anamnèse, ledit expert a noté que la recourante se douchait et préparait le petit-déjeuner, il a aussi relevé qu'elle ne pouvait rien faire, passait la plus grande partie de la journée allongée sur le canapé, ne pouvait plus tricoter ni bricoler ni exercer d'autres activités de loisirs (ce depuis 2006), ne pouvait pas faire d'autres courses qu'aller acheter du pain deux fois par semaine, à 100 mètres de chez elle, ne faisait que de très petites activités ménagères (comme ranger de petits objets), avait besoin d'être aidée pour la toilette. Appréciant la cohérence de la situation constatée, les experts ont noté, sur le plan orthopédique, que les douleurs neuropathiques du cubital gauche avaient nécessité des interventions chirurgicales itératives dont le résultat avait été peu probant, et qu'en plus de l'allodynie la recourante présentait une perte de l'intégration fonctionnelle de son membre supérieur gauche. Concernant la capacité de travail, ils ont retenu l'existence de lésions de surcharge évidente au niveau du coude gauche et du membre supérieur gauche en entier. Il sied en outre de noter que l'OAI a projeté de refuser la récente demande d'allocation pour impotent formée auprès de lui par la recourante sans contester d'impotence, mais pour le motif que le besoin d'aide pour les actes de la vie était consécutif à un accident, si bien que la prestation considérée devait être requise auprès de l'assureur-accidents. c. Sans doute les

experts du CEMed ont-ils précisé que, prises séparément les unes des autres, les nombreuses atteintes à la santé physique de la recourante n'altéraient chacune que partiellement la capacité de travail de la recourante, soit dans les anciennes activités, soit dans une activité adaptée. Ces avis du Dr L_____ et des experts du CEMed sont certes postérieurs à la décision attaquée. Ils n'en sont cependant pas moins pertinents pour juger de la situation médicale de la recourants lorsqu'a été rendue la décision attaquée, le 28 novembre 2016. Au demeurant, à défaut, il faudrait en déduire que la situation médicale de la recourante, s'agissant de son membre supérieur gauche, s'est péjorée dans l'intervalle, au point que devrait être remise en cause la prémisse que la situation médicale était alors stabilisée. Ces avis médicaux sont dotés pour le moins d'autant de force probante, sinon davantage, que ceux sur lesquels l'intimée s'est fondée pour rendre la décision attaquée. La cause ne saurait donc être tranchée sans que des investigations complémentaires ne soient faites, essentiellement sur le plan médical, aux fins de déterminer de façon plus fiable les limitations fonctionnelles effectives imputables aux conséquences de l'accident du 30 novembre 2006, donc concernant le membre supérieur gauche de la recourante, ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail de cette dernière dans des activités adaptées auxdites limitations, avec la précision des types d'activités entrant à cet égard en considération, du degré de capacité de travail pouvant être retenu et s'il y a lieu des périodes pertinentes. Les experts du CEMed ont certes indiqué qu'il n'était plus possible de se prononcer pour la capacité de travail avant mars 2012. Il se trouve cependant qu'en l'espèce l'intimée a accepté de verser des indemnités journalières à la recourante jusqu'au 31 décembre 2014 et donc que la question d'une invalidité ne se pose que depuis le 1^{er} janvier 2015. d. Il se justifie dès lors d'annuler la décision attaquée en tant qu'elle nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité, et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise médicale sur les questions précitées, puis rende une nouvelle décision. Il pourrait a priori être expédient que ladite expertise soit confiée à l'expert orthopédique ayant réalisé l'expertise du CEMed, ou, à tout le moins, que celui-ci soit invité à expliciter ou compléter ledit rapport d'expertise sur les questions considérées, et que le Dr L_____ soit invité de son côté à expliquer et commenter que la recourante est en exclusion complète de son membre supérieur gauche et ne peut absolument pas l'utiliser, et à se prononcer sur la répercussion d'une telle limitation fonctionnelle sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. 8. a. La décision attaquée comporte un second volet, soit celui de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. [endif]>![if> b. Selon l'art. 24 al. 1 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 (art. 24 al. 1 LAA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5). c. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident (art. 25 al. 1 LAA). Elle représente une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel que l'assuré a subi du fait de l'accident, compte tenu d'une atteinte importante et durable que l'accident a causée à son intégrité physique, mentale ou psychique (ATF 133 V 224). Elle ne compense pas une perte de revenu; elle est due indépendamment de toute invalidité, même si elle est fixée en principe en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 25 al. 1 phr. 1 LAA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 311 ss, n. 308 ss).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée en fonction de la gravité de l'atteinte (art. 25 al. 1 in fine LAA). Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009). Évaluée de manière abstraite, égale pour tous, l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés présentant le même status médical. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. 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 221 consid. 4b, et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 249/01 du 30 juillet 2002). Aussi cette évaluation incombe-t-elle avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009; arrêt du Tribunal cantonal du canton de Fribourg, 1^{ère} Cour des assurances sociales, du 1^{er} février 2017 dans la cause 605 2016 21, consid. 6a; FRÉZARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2^{ème} éd., 2007, n° 235; T. FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). d. L'art. 25 al. 2 LAA charge le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité, ce qu'il a fait à l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202). À teneur de cette disposition, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsque, de façon prévisible, elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie, et elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). 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). Il doit être équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA), qui comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 32 consid. 1b; 124 V 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré, et auxquelles lesdits pourcentages s'appliquent « en règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 phr. 1 de l'annexe 3). Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon ledit barème ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 al. 3 de l'annexe 3). La division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que

faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge; elles sont néanmoins jugées compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c; 124 V 211 consid. 4a/cc; 116 V 157 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 11/03 du 28 novembre 2003). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. e. Au nombre des vingt-deux tableaux établis par ladite division médicale de la SUVA – publiés sur le site internet « Médecine des assurances - Suva » à l'adresse www.suva.ch/fr-ch/accident/accident/medecine-des-assurances, sous Outils / Atteinte à l'intégrité tableaux (22) – figurent notamment une table n° 1 intitulée « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs » (invoquée par le recourant dans son recours), une table n° 5 intitulée « Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses » et un tableau n° 6 intitulé « Atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire ». f. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité étant fonction de la gravité de l'atteinte considérée, force est de retenir en l'état qu'il ne peut être statué non plus sur le degré de l'atteinte qu'il y a lieu de retenir en l'espèce, dès lors que reste à déterminer l'importance des dysfonctions du membre supérieur gauche de la recourante consécutives à l'accident du 30 novembre 2006. Aussi la décision attaquée doit-elle être annulée aussi en tant qu'elle fixe ladite indemnité à 12 %, et la cause être renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision une fois que les investigations complémentaires requises auront été effectuées. 9. En conclusion, le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée être annulée et la cause être renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. 10. a. Dès lors qu'elle obtient partiellement gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de procédure à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 1'500.-. b. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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