

convenait d'attendre l'évolution ; - un rapport du 17 octobre 2008 du docteur F_____, membre de la FMH et médecin traitant de l'assurée, lequel a retenu le diagnostic de status après une fracture multifragmentaire distale diaphysaire de l'humérus gauche. Suite à l'ostéosynthèse, l'évolution était très lente et douloureuse. La capacité de travail était nulle ; - un rapport du 26 janvier 2009 de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) établi par les docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, à la suite de l'hospitalisation de l'assurée à la CRR du 2 décembre 2008 au 13 janvier 2009 pour une réadaptation intensive. Ces médecins ont retenu le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles, les diagnostics secondaires de capsulite rétractile de l'épaule gauche, de status après fracture supra-condylienne de l'humérus gauche le 28 juin 2008 et de status après réduction ouverte et ostéosynthèse par deux plaques et vis le 29 juin 2008, et les comorbidités d'hypothyroïdie substituée, de status après appendicectomie et de status après probable fracture du sternum en 1992. L'assurée désirait reprendre le travail. Théoriquement, son incapacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était de 100% du 2 décembre 2008 au 1^{er} février 2009, puis nulle dès le 2 février 2009 ; - un rapport du 22 novembre 2010 du Dr F_____, lequel a diagnostiqué un status après fracture supra condylienne du coude gauche et une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 septembre 2010. L'évolution était très lente, la région opératoire étant encore très douloureuse. Le traitement actuel consistait en une physiothérapie et une auto-rééducation intensive. Les radiographies post-opératoires étaient satisfaisantes. La reprise du travail n'était pas possible ; - un rapport d'examen du 4 janvier 2011 du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Ce médecin a résumé le dossier, reporté les déclarations de l'assurée, fait état de ses constatations cliniques et procédé à l'appréciation du cas. Quatre mois après l'intervention chirurgicale pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, force était de constater que malgré l'absence de lésion au niveau de l'épaule gauche, l'assurée présentait des signes cliniques évidents d'une récurrence de capsulite rétractile de l'épaule, associée à une limitation de la mobilité de son coude. Cette limitation était probablement d'origine mixte, organique et psychologique, mais selon son impression de ce jour, un peu plus liée à une fragilité psychologique. Une amyotrophie de l'avant-bras gauche et de la main gauche était également à relever. Compte tenu de son état actuel, en particulier de la capsulite rétractile de l'épaule gauche, un retour vers une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle était difficilement envisageable. Un nouveau séjour au sein de la CRR était préconisé, comme le suggérait le Dr F_____, afin d'entreprendre une thérapie physique et fonctionnelle destinée à lui permettre de récupérer une capacité de travail. Actuellement, ladite capacité était nulle ; - un rapport du 31 mars 2011 de la CRR établi par les docteurs G_____ et I_____, médecin praticien membre de la FMH, à la suite de l'hospitalisation de l'assurée à la CRR du 26 janvier au 2 mars 2011. Ces médecins ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour limitation fonctionnelle du membre supérieur gauche, et les diagnostics supplémentaires de capsulite rétractile de l'épaule gauche, d'allodynie péricarpienne du coude gauche, de raideur du coude gauche, de neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche, de fracture supra-condylienne de l'humérus gauche le 28 janvier 2008, de réduction ouverte et ostéosynthèse par deux plaques et vis de la fracture supra-condylienne, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'humérus gauche le 3 septembre 2010, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, d'hypothyroïdie substituée, d'antécédent d'appendicectomie dans l'enfance et d'antécédent de fracture du sternum en

1992. Six mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'ensemble des éléments concluait à une nouvelle capsulite rétractile de l'épaule gauche et à une raideur du coude gauche pour laquelle une prise en charge en ergo- et physiothérapie avait permis de récupérer partiellement la flexion et l'abduction de l'épaule, ainsi que la flexion du coude gauche. Cependant, la crainte de la douleur et du mouvement faisaient que la prise en charge physiothérapeutique était difficile. Une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable à l'heure actuelle. L'incapacité de travail de 100% débutée le 26 janvier 2011 était maintenue jusqu'au 3 avril 2011. Dans l'intervalle, l'assurée allait continuer la rééducation en physiothérapie. Enfin, l'intéressée présentait des facteurs de mauvais pronostic, en particulier des idées catastrophiques de son état. 8. Dans un rapport du 11 juin 2011, le Dr F_____ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de fracture multifragmentaire de l'humérus gauche le 28 juin 2008. L'assurée présentait des douleurs et des raideurs post-traumatiques et post-opératoires à l'épaule et au coude gauche. Le pronostic était bon à long terme. Dans son activité habituelle d'aide-ménagère, l'incapacité de travail était de 100% du 28 juin 2008 au 1^{er} février 2009, et actuellement de 100%. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, était à examiner ultérieurement. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles. Elle ne pouvait pas travailler exclusivement en position assise ou debout, travailler avec les bras au-dessus de la tête, monter sur une échelle ou un échafaudage et soulever ou porter des poids supérieurs à cinq ou six kilogrammes. 9. Dans un rapport intermédiaire du 16 juin 2011 adressé à la SUVA, le Dr F_____ a relevé que conformément au rapport de la CRR l'évolution était très lente. Aucune reprise du travail ne pouvait être attendue. Il a renouvelé cette analyse à plusieurs reprises dans des rapports intermédiaires ultérieurs. 10. Dans un courrier du 13 septembre 2011 à l'attention du docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr D_____ a relevé que l'intéressée n'avait pas progressé depuis quatre mois. Il lui avait proposé une infiltration guidée de son nerf supra-scapulaire, afin qu'elle profite de la disparition des douleurs pour bien s'étirer et essayer de regagner ses amplitudes. 11. Dans un rapport du 29 septembre 2011, le Dr J_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épaule gauche gelée et de douleurs et limitations fonctionnelles gauches suite à une fracture plurifragmentaire du coude gauche. Pour le surplus, il renvoyait à l'appréciation du Dr F_____ de juin 2011. 12. Dans un rapport intermédiaire du 20 novembre 2011 adressé à la SUVA, le Dr J_____ a retenu les diagnostics de douleurs chroniques du membre supérieur gauche suite à un accident en 2008 et d'état dépressif directement en rapport avec cet événement (sinistrose). S'agissant de l'évolution, l'état dépressif était amélioré par médication et psychothérapie. Le trouble du membre supérieur gauche n'évoluait pas. Le pronostic était réservé. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail. 13. Le 19 avril 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée que les mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées. 14. Le 2 mai 2012, la SUVA a communiqué à l'OAI différentes pièces, soit notamment : - un courrier du 10 février 2012 adressé au Dr D_____ par le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, lequel a indiqué que la situation était très difficile puisque l'assurée souffrait d'une allodynie péri-cicatricielle avec des douleurs irradiant jusque dans les quatrième et cinquième doigts. Le dernier bilan ENMG effectué à la CRR avait montré des signes pour une neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche. Actuellement,

l'intéressée continuait de présenter des douleurs chroniques au niveau du membre supérieur, au repos et lors des sollicitations. Elle excluait progressivement son bras gauche et comptait sur son entourage, très présent, pour les activités de la vie quotidienne. Elle n'était pas suivie sur le plan psychiatrique. Sur le plan de la rééducation, l'assurée ne pouvait pas bénéficier de mesures supplémentaires. Tous les traitements entrepris en ergothérapie et en physiothérapie n'avaient malheureusement apporté aucun bénéfice. A présent, sa prise en charge devait être axée sur le plan antalgique. L'intéressée ne souhaitait pas refaire un ENMG du membre supérieur gauche pour le moment ; - un rapport intermédiaire du 2 mars 2012 du Dr D _____, lequel a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était mauvaise. En outre, le processus de guérison était entravé par un contexte socio-psychologique difficile. Son traitement actuel était principalement antalgique. Sa capacité de travail était nulle, pour une durée indéterminée. 15. Dans un rapport intermédiaire du 15 juillet 2012, le Dr J _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Elle présentait une forte limitation du membre supérieur gauche. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de nettoyeuse. Dans une activité adaptée, il convenait d'évaluer la situation. L'intéressée suivait une psychothérapie. Pour le surplus, le Dr J _____ renvoyait au rapport du 15 mai 2012 des doctresses L _____, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques et en médecine interne générale, M _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine psycho-sociale et psychosomatique, et N _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, lesquelles retenaient les diagnostics de douleurs chroniques du MSG dans le contexte d'un syndrome douloureux complexe régional - anciennement algodystrophie – (status post-fracture supra-condylienne de l'humérus gauche ostéosynthésée le 29 juin 2008 ; ablation du matériel le 3 septembre 2008), de neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche (ENMG en mars 2011), de capsulite rétractile de l'épaule gauche, d'allodynie péri-cicatricielle du coude gauche, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'hypothyroïdie substituée, de status post appendicectomie dans l'enfance et de status post fracture du sternum en 1992. Selon ce rapport, l'assurée présentait des douleurs chroniques du membre supérieur gauche post-traumatiques, dans un contexte de capsulite rétractile et d'un très probable syndrome douloureux complexe régional. Ils proposaient d'instaurer un antidépresseur tricyclique, un travail en ergothérapie de désensibilisation du bras ainsi qu'un travail avec des miroirs, tel que préconisé dans la prise en charge des syndromes douloureux régionaux complexes, et une psychothérapie de soutien pour améliorer sa prise en charge globale. Au vu du status clinique suggérant une dysautonomie régionale, une série de blocs sympathiques au niveau cervical était aussi indiquée en cas de réponse positive à un premier bloc qui serait effectué à but diagnostique, afin de confirmer la probable participation du système nerveux autonome à la genèse des douleurs. 16. Le 23 janvier 2013, la SUVA a communiqué à l'OAI divers documents, dont un rapport intermédiaire du 25 octobre 2012 du Dr D _____, lequel a relevé que l'évolution était mauvaise. Le pronostic était réservé et le contexte social difficile. L'incapacité de travail était de 100%. Il a joint à son rapport un courrier du 23 novembre 2011 adressé au Dr K _____ qui indiquait que l'assurée avait développé une irritation au niveau du nerf ulnaire avec à ce jour une persistance de peau cartonnée sur les quatrième et cinquième doigts. Le tableau s'était compliqué avec une épaule gelée. L'intéressée avait récupéré partiellement ses amplitudes articulaires, en partie grâce à une infiltration du nerf supra-scapulaire. Elle gardait un membre supérieur amyotrophique avec une peau qui était devenue brillante, ce qui évoquait

un contexte surajouté d'algoneurodystrophie. 17. Le 16 mai 2013, la SUVA a transmis à l'OAI de nouveaux documents, dont - le rapport intermédiaire du 11 février 2013 du Dr J_____, lequel retenait le diagnostic d'état dépressif moyen, traité avec une bonne stabilisation de l'humeur, en rapport direct avec le traumatisme subi au membre supérieur gauche en 2008. Son état était stationnaire. L'assurée était très fixée sur la symptomatologie douloureuse de son bras et le handicap inhérent. L'amélioration de son état psychique était directement liée à l'évolution de ce problème. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail ; - le rapport d'examen du 19 avril 2013 du docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a considéré que l'assurée avait subi un traumatisme du membre supérieur gauche côté non dominant le 28 juin 2008, avec fracture de l'humérus distal traitée par ostéosynthèse. L'évolution avait été compliquée par une capsulite rétractile de l'épaule, ainsi que des troubles sensitifs avec allodynie péricatricielle et neuropathie axonale du nerf radial. Par la suite, étaient apparus des troubles de l'adaptation, caractérisés par une réaction anxieuse et dépressive. Les différents traitements n'avaient pas permis d'obtenir une amélioration pouvant faire envisager la reprise d'une activité professionnelle nécessitant l'usage des deux membres supérieurs. Une pleine capacité de travail pouvait être envisagée dans une activité mono-manuelle ne comportant pas d'efforts physiques, tels que les ports de charges et les manipulations de gros objets. La situation paraissait stabilisée. La poursuite d'un traitement de la douleur était justifiée à long terme (antalgiques et ergothérapie). Par ailleurs, un état dépressif réactif justifiait également un suivi médical à long terme ; - une estimation de l'atteinte à l'intégrité du même jour du Dr O_____. Celle-ci était évaluée à 25%. Elle prenait en compte la perte fonctionnelle partielle de l'épaule, du coude et de la main gauches ; - un courrier du 16 mai 2013 de la SUVA informant l'assurée que selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de son accident. Elle mettait ainsi fin au paiement des soins médicaux, hormis le traitement de la douleur à long terme (antalgiques et ergothérapie). Il subsistait cependant une capacité de travail résiduelle et il appartenait à l'intéressée de mettre à profit ladite capacité en exerçant une activité adaptée à son état de santé. Afin de lui permettre d'entreprendre les démarches nécessaires pour trouver un poste de travail adapté, l'indemnité journalière serait versée jusqu'au 31 août 2013, sur la base d'une incapacité de travail de 100%. A ce moment-là, la SUVA se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité. Outre la rente d'invalidité, l'assurée avait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 31'500.-, laquelle serait versée en septembre 2013. 18. Dans un avis du 18 juillet 2013, la doctoresse P_____, membre de la FMH et médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a retenu les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule gauche, allodynie péricatricielle du coude gauche avec raideur, une neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche, un status après fracture supracondylienne de l'humérus gauche le 28 juin 2008 traitée par ostéosynthèse le 29 juin 2008 et ablation de l'ostéosynthèse le 3 septembre 2010. L'incapacité durable de travail avait débuté le 3 septembre 2010. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité monomanuelle droite uniquement et excluant l'usage du membre supérieur gauche. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé en mars 2011. Depuis le 3 septembre 2010, les différents traitements n'avaient pas amené d'amélioration. L'évolution était restée fluctuante sur le plan des douleurs, globalement défavorable, avec la persistance d'une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche (gestuelle

nulle, bras maintenu en flexion du coude avec une attelle). Parallèlement, l'assurée avait développé un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, selon l'évaluation du 15 mai 2012 des Dresses L_____, M_____ et N_____. Cette atteinte psychique était traitée par psychothérapie et prise d'antidépresseurs chez le Dr J_____. Ce dernier attestait d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et ne se prononçait pas sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il ne rapportait pas de limitations fonctionnelles en lien avec l'aspect psychique. Dans son rapport du 11 février 2013 adressé à la SUVA, il annonçait d'ailleurs une bonne stabilisation sur le plan de l'humeur et relevait que l'assurée restait fixée sur ses douleurs et son handicap fonctionnel. En outre, selon le rapport final de la SUVA, une pleine capacité de travail semblait envisageable dans une activité adaptée.!

Au vu de ces éléments, il apparaissait que l'état de l'assurée n'avait pas évolué depuis sa sortie de la CRR en mars 2011, avec persistance de douleurs chroniques et d'une impotence majeure du membre supérieur gauche. L'état dépressif réactionnel n'était vraisemblablement pas associé à des restrictions incapacitantes. 19. Le 2 octobre 2013, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée par Madame Q_____ (ci-après : l'enquêtrice).!

Dans son rapport d'enquête du 3 octobre 2013 cette dernière a rappelé les diagnostics retenus, soit une capsulite rétractile de l'épaule gauche, une allodynie péricatricielle du coude gauche avec raideur, une neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche, un status après fracture supracondylienne de l'humérus gauche le 28 juin 2008 traitée par ostéosynthèse le 29 juin 2008 et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 septembre 2010. Avant son accident, l'assurée travaillait à 70% et s'occupait de son ménage à 30%. L'enquêtrice est arrivée à la conclusion que l'assurée était impotente. Les empêchements dans le ménage étaient très importants, puisque l'assurée ne pouvait effectuer aucune activité bimanuelle et qu'elle souffrait de douleurs chroniques qui devenaient aigües dès que son membre supérieur gauche recevait la moindre stimulation sensitive. Elle avait besoin d'aide pour s'habiller, se laver et couper ses aliments. Cette prestation découlant d'un accident, il appartenait à la SUVA de l'évaluer. Elle a conclu à un taux d'empêchement dans le ménage de 53.4% :

pondération	empêchement	exigibilité	invalidité	pondérée	conduite	du ménage
3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
alimentation	49%	60%	20%	29.4%	entretien du logement	20% 60% 30% 12%
emplettes et courses	diverses	8%	0%	0%	0%	lessive et entretien des vêtements
20%	60%	30%	12%	soins aux enfants ou aux autres membres de la famille	0%	0%
0%	0%	0%	0%	divers (aucune activité)	0%	0%
0%	0%	0%	0%	total	100%	53.4%

20. Le 29 octobre 2013, la SUVA a communiqué à l'OAI sa décision du même jour. Elle octroyait à l'intéressée une rente d'invalidité de 10%, soit un montant mensuel de CHF 181.65 (gain annuel assuré de CHF 27'251.-), et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de CHF 31'500.-.!

Selon la SUVA, en dépit des séquelles de l'accident, l'assurée était capable d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre son bras gauche à contribution. Une telle activité pouvait lui permettre de toucher un revenu annuel de CHF 40'681.-. Comparé au gain de CHF 45'400.- réalisable sans l'accident pour un travail de nettoyeuse à plein temps, il en résultait une perte de gain de 10%. Les troubles psychiques de l'assurée n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, de sorte que les troubles psychiques ne donnaient droit à aucune prestation. 21. Dans un projet de décision du 24 février 2014, l'OAI a refusé à l'assurée toute prestation. Depuis le mois de septembre 2010, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Son statut était celui d'une personne mixte, à savoir travaillant à 70% dans une activité professionnelle

lucrative et à 30% dans la sphère ménagère. Le SMR estimait que son incapacité de travail était de 100% dans son activité habituelle, mais que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100%, dès le mois de mars 2011. L'intéressée n'ayant pas repris d'activité lucrative, le revenu avec invalidité était basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), en particulier le tableau TA1, tous secteurs confondus (total), pour une femme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives), soit un revenu annuel de CHF 37'267.- à 70%. En raison des limitations fonctionnelles et de son âge, un abattement supplémentaire de 10% était appliqué, ce qui ramenait le revenu avec invalidité à CHF 33'541.-. S'agissant du revenu sans invalidité, il était de CHF 27'458.- en 2009, pour deux activités professionnelles. Sur le plan professionnel, il n'y avait ainsi aucune perte de gain, de sorte que le degré d'invalidité était nul. En ce qui concerne la sphère ménagère, le service d'enquête retenait des empêchements à hauteur de 53%. Le degré d'invalidité se montait ainsi à 15% (53% de 30%). Ce degré d'invalidité était insuffisant pour donner droit à un reclassement ou à une rente. Une aide au placement pouvait être demandée par écrit et de manière motivée. 22. Le 11 mars 2014, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, contesté ledit projet de décision, en particulier le revenu d'invalidité retenu par l'OAI, étant rappelé qu'un empêchement de 53% était retenu en ce qui concerne la sphère ménagère. 23. Par décision du 4 avril 2014, l'OAI a refusé à l'assurée toute prestation reprenant la motivation de son projet de décision du 24 février 2014. Pour le surplus, l'OAI a relevé que dans le cadre de son opposition au projet de décision, l'assurée contestait le revenu avec invalidité retenu. Ledit revenu était un revenu statistique, qui démontrait en l'occurrence qu'elle ne subissait aucune perte de gain, son revenu sans invalidité étant moins élevé. Quant à l'enquête ménagère, elle démontrait un empêchement dans des tâches ménagères spécifiques. Le degré d'invalidité y relatif avait été pris en compte, mais le degré d'invalidité était insuffisant pour permettre à l'assurée de bénéficier de mesures professionnelles ou d'une rente. 24. Par acte du 15 mai 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée, sous suite de dépens. L'intimée considérait qu'elle était en mesure d'exercer à temps plein une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette considération était « profondément arbitraire » en ce qu'elle niait la réalité de son état de santé pourtant attestée par les rapports médicaux et l'enquête économique sur le ménage. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un état douloureux pouvait à lui seul exclure toute capacité de travail de la personne concernée. A ses douleurs somatiques s'ajoutait un état dépressif et une perte d'intégration sociale liée aux douleurs. Ses atteintes à la santé justifiaient l'octroi des prestations lui ayant été refusées. Elle a joint à son recours plusieurs pièces, dont un rapport du 30 janvier 2013 du Dr K _____ relevant que la mobilisation de l'épaule et du coude engendrait rapidement d'importantes douleurs, de sorte que la physiothérapie n'était pas indiquée actuellement. Il convenait de poursuivre le traitement antalgique et la désensibilisation. Une fois les douleurs maîtrisées, ce qui prendrait probablement plusieurs années, des mesures pourraient éventuellement être prises pour qu'elle récupère des amplitudes articulaires. 25. Dans sa réponse du 23 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. En substance, la recourante contestait le fait qu'il ait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (sédentaire et ne nécessitant que peu l'usage du membre supérieur gauche). En premier lieu, il convenait de constater que l'existence d'un état psychique invalidant d'après le Dr J _____ n'était nullement rapportée. De plus, il était, toujours selon ce médecin,

essentiellement réactionnel au handicap fonctionnel. S'agissant de l'état physique de la recourante, l'intimé avait pour l'essentiel pris position sur la base des pièces médicales recueillies par la SUVA, notamment des avis de ses médecins conseils. La SUVA avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et un degré d'invalidité de 10% dans sa décision du 29 octobre 2013. La production des éventuelles pièces postérieures à cette décision était requise. Selon la jurisprudence, l'intimé était fondé à suivre l'évaluation de l'invalidité effectuée par d'autres assureurs, laquelle ne pouvait être remise en cause qu'exceptionnellement et en présence de motifs pertinents. 26. Par ordonnance du 7 août 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport au dossier des pièces de la SUVA portant sur la période postérieure au 29 octobre 2013. 27. La SUVA a produit les pièces demandées le 20 août 2014. 28. Le 15 septembre 2014, l'intimé a indiqué à la chambre de céans qu'il estimait nécessaire de connaître la suite donnée par la SUVA à l'opposition du 6 novembre 2013 à la décision du 29 octobre 2013. 29. Le 25 septembre 2014, l'intimé a ajouté que son calcul du degré d'invalidité parvenait sensiblement au même résultat que celui de la SUVA. 30. Par courrier du 24 avril 2015, la SUVA a informé la chambre de céans qu'elle avait annulé la décision du 29 octobre 2013 par courrier du 16 mars 2015. Une nouvelle décision allait être rendue ultérieurement. 31. Le 18 juin 2015, la SUVA a communiqué à la chambre de céans sa nouvelle décision, datée du même jour. A teneur de cette décision, elle octroyait à la recourante une rente d'invalidité de 16% et une IPAI de CHF 31'500.-. Il ressortait du dossier qu'en dépit des séquelles de l'accident, la recourante était capable d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre son bras gauche à contribution. Une telle activité pouvait lui permettre de toucher un revenu annuel de CHF 28'850.-, basé sur l'ESS et en prenant en compte un abattement maximum de 25%. Comparé au gain de CHF 46'455.- réalisable sans l'accident pour un travail de nettoyeuse à plein temps, selon la convention collective de travail du nettoyage, il en résultait une perte de gain de 16%. Les troubles psychiques de l'assurée réduisaient sa capacité de travail, mais n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, de sorte que les troubles psychiques ne donnaient droit à aucune prestation. En effet, l'accident de la circulation subi devait être qualifié de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité et les critères pour retenir un lien de causalité adéquate n'étaient pas remplis. S'agissant de l'IPAI, elle s'élevait à 25% et se montait à CHF 31'500.- (25% du gain annuel de CHF 126'000.-). 32. Par courrier du 26 juin 2015, la chambre de céans a relevé que la jurisprudence du Tribunal avait changé s'agissant de l'évaluation du droit à une rente d'invalidité en matière de trouble somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Dans le cas de la recourante, était présente la problématique d'un syndrome douloureux régional complexe. Un délai était accordé à l'intimé pour se déterminer. 33. Le 16 juillet 2015, l'intimé a indiqué que le traitement du dossier de la recourante, dans lequel un diagnostic de syndrome douloureux régional complexe avait été posé, ne se trouvait pas affecté par la nouvelle jurisprudence prévalant en matière de trouble somatoforme douloureux. En effet, ledit syndrome était une atteinte à la santé physique, de sorte qu'il ne constituait pas un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires. 34. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur les atteintes à sa santé ayant une influence sur sa capacité de travail et sur son degré d'invalidité. 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La

détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). [endif]>![if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité

d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 9. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). 10. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la

capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

11. En l'espèce, les parties ne s'opposent pas sur le statut de la recourante, ni sur le contenu de l'enquête économique sur le ménage. Compte tenu des éléments figurant au dossier, force est de constater que la recourante présente effectivement un statut mixte. Avant son accident en juin 2008, elle cumulait deux emplois pour un taux d'activité total de 70%, de sorte qu'elle consacrait le reste de son temps à la tenue de son ménage. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a calculé le degré d'invalidité de la recourante en utilisant la méthode mixte. Quant à l'enquête économique sur le ménage, outre le fait qu'elle n'est pas contestée, elle apparaît comme cohérente avec l'état de santé de la recourante et les limitations fonctionnelles qui en découlent.

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent 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, à ce motif, 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 125 V 256 consid. 4 et les références).

13. 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. A

cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 13. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas

de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 14. a) En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail de l'assurée est nulle dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité monomanuelle droite uniquement et excluant l'usage du membre supérieur gauche, depuis mars 2011. Quant au trouble psychique de la recourante, il ne l'estime pas incapacitant. Pour parvenir à ces conclusions, l'intimé se fonde principalement sur les investigations de la SUVA, ainsi que sur l'avis de la Dresse P_____ du 18 juillet 2013. Quant à la recourante, elle considère que son incapacité de travail est totale, quelle que soit l'activité déployée. Elle s'appuie sur les rapports de ses médecins traitants, ainsi que sur l'enquête économique sur le ménage du 2 octobre 2013. Selon elle, son incapacité de travail est non seulement due à ses atteintes somatiques, mais également à son état dépressif et sa perte d'intégration sociale. b) En l'occurrence, les atteintes à l'épaule, au coude et à la main gauche de la recourante, ainsi que les limitations fonctionnelles qu'elles engendrent sont clairement établies par l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier. D'ailleurs, l'intimé ne les remet pas en question, bien au contraire. Contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le fait qu'elle présente un état douloureux au niveau de son bras gauche ne saurait exclure toute capacité de travail de facto, sans que des rapports médicaux aillent en ce sens. Or, si les différents médecins consultés sont unanimes pour nier toute capacité de travail dans son activité habituelle, tel n'est pas le cas en ce qui concerne une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à son bras gauche. Dans son rapport du 19 avril 2013, le Dr O_____ a conclu que, compte tenu de l'état du bras gauche et des complications survenues, la reprise d'une activité professionnelle nécessitant l'usage des deux membres supérieurs n'était pas envisageable. En revanche, une pleine capacité de travail pouvait être envisagée dans une activité monomanuelle ne comportant pas d'efforts physiques, comme les ports de charges ou la manipulation de gros objets. Ces conclusions ont été reprises par la Dresse P_____ dans son avis du 18 juillet 2013. Pour le surplus, les médecins traitants de la recourante n'ont pas apporté d'éléments contredisant cette analyse. En effet, soit ces derniers ont uniquement tranché la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle sans aborder la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, soit ils ont laissé la question ouverte, comme les Drs F_____ ou J_____ dans leurs rapports respectifs des 11 juin 2011 et 15 juillet 2012. En tous les cas, aucun médecin n'a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité, ni fourni une motivation suffisante à ce sujet. d) Cela étant, si la question des atteintes somatiques semble en l'état avoir été examinée et tranchée à satisfaction de droit, tel n'est pas le cas de la question des atteintes psychiques et de leur éventuelle influence sur la capacité de travail de la recourante. Selon ses propres termes, l'intimé a tranché le cas de la recourante en se basant sur les investigations médicales conduites par la SUVA suite à l'accident du 28 juin 2008. Il ressort du dossier que cette dernière a principalement conduit son instruction par rapport au bras gauche de la recourante. La SUVA a admis la présence d'un trouble psychique et l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ledit trouble et l'accident de la recourante. Dans sa décision du 18 juin 2015, elle a même admis que ce trouble réduisait la capacité de travail de l'intéressée. Elle a toutefois nié que cet événement accidentel puisse être en relation de causalité adéquate avec le trouble psychique de l'intéressée, de sorte qu'aucune prestation ne pouvait lui être servie en lien avec cette atteinte. Sur ce point, il convient de relever que la question de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et le trouble psychique est sans aucune pertinence par rapport à la détermination du degré d'invalidité, et donc du droit éventuel aux prestations, dans le cadre de

l'assurance-invalidité. En effet, rappelons que cette assurance couvre notamment l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). En l'occurrence, si l'existence d'un trouble psychique est objectivée et admise par les parties, force est de constater que les différents documents médicaux qui en font état ne permettent pas de déterminer si celui-ci entraîne des limitations fonctionnelles et/ou une diminution de la capacité de travail de la recourante. En effet, les rapports du Dr J _____ sont lacunaires et ne sont pas suffisamment motivés, de sorte que l'influence que pourrait avoir le trouble psychique sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques n'est pas déterminable. Dans son rapport du 19 avril 2013, le Dr O _____ a retenu que l'état dépressif réactif justifiait un suivi médical à long terme, sans plus de précision. Quant à l'avis de la Dresse P _____, il est lui-même fondé exclusivement sur des rapports médicaux incomplets de sorte qu'il ne peut se voir reconnaître une valeur probante et permettre de trancher le litige en l'état. En tout état de cause, la motivation de ce médecin n'est pas suffisante et semble plus reposer sur des indices que sur des éléments factuels. e) Par conséquent, il apparaît que l'instruction du dossier par l'intimé est lacunaire. Il appartiendra à ce dernier de mener les mesures d'instruction nécessaires pour déterminer la nature exacte du trouble psychique de la recourante et si, cumulé aux troubles somatiques, il influence ou non sa capacité de travail. Cela fait, l'intimé devra procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité et rendre une nouvelle décision. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 4 avril 2014 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).> Etant donné que, depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. 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.