

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2239/2016

ATAS/197/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} mars 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LANCRANS, France, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1952, a travaillé en qualité d'ouvrière de 1973 à 2002 au sein de l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) à Vernier. À ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque de maladies professionnelles auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA ou l'assureur-accidents).
2. À compter du 14 janvier 2002, l'assurée a été en incapacité de travail.
3. Le 17 octobre 2002, l'employeur a annoncé à l'assureur-accidents que l'assurée souffrait d'une maladie provoquée par son activité professionnelle.
4. Parallèlement, le 15 novembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.
5. Par décision sur opposition du 15 mars 2010, confirmant sa décision du 5 novembre 2009, l'assureur-accidents a refusé la prise en charge des troubles épicondyliens droits dont souffrait l'assurée.
6. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans a annulé cette décision (ATAS/665/2013 du 25 juin 2013).

Se fondant sur une expertise judiciaire du 27 mars 2012, la Cour a jugé que le syndrome du canal carpien gauche, l'épicondylite bilatérale, la tendinite de De Quervain et les cervicalgies sur discopathie protrusive d'importance modérée étaient des maladies professionnelles que l'assureur-accidents était tenu de prendre en charge.

La cause était renvoyée à ce dernier pour qu'il statue sur l'étendue des prestations dues à l'assurée.

7. Dans un rapport du 21 juillet 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'épicondylite bilatérale était stabilisée depuis 2003 et que le syndrome du tunnel carpien bilatéral ne pouvait être considéré comme une maladie professionnelle.

Vu l'origine professionnelle de l'épicondylite bilatérale, une incapacité de travail durable dans l'activité habituelle devait être retenue. Une pleine capacité pouvait toutefois être mise en valeur dans toute activité n'exigeant ni sollicitations manuelles répétitives, ni port de charges supérieures à 5 kg.

Les séquelles de la maladie professionnelle n'atteignaient pas un taux justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) selon les barèmes usuels d'indemnisation.

8. Le 12 octobre 2015, le Dr C_____ a complété son rapport en expliquant que l'absence de limitation des amplitudes articulaires et d'altération radiologique au niveau des coudes ne permettait pas de retenir le droit à une IPAI, qu'il n'avait pas retenu de lien de causalité entre le syndrome du tunnel carpien bilatéral et l'activité professionnelle et que, par ailleurs, les pièces médicales ne rapportaient pas de séquelles fonctionnelles notables pouvant être imputées à la tendinite de De Quervain susceptibles d'ouvrir le droit à une IPAI ; il en allait de même de l'atteinte disco-dégénérative cervicale.
9. Le 21 mars 2016, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} janvier 2003.
10. Par décision du 26 avril 2016, l'assureur-accidents a pour sa part reconnu à l'assurée le droit à une rente d'invalidité de 26% dès le 1^{er} février 2004.

Pour les seules séquelles de la maladie professionnelle reconnue, l'assurée était à même d'exercer une activité légère dans différents domaines de l'industrie, à condition toutefois d'éviter le port de charges de plus de 5 kg et les sollicitations manuelles répétées. Une telle activité était exigible à plein temps et sans diminution de rendement.

S'agissant du salaire avec invalidité, il convenait de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires ESS (femme, année 2004, région lémanique, niveau 3, employée ayant des connaissances professionnelles spécialisées, suppléante du chef d'atelier). En raison de l'âge de l'assurée, une déduction de 5% était appliquée. La comparaison du revenu ainsi déterminé (CHF 5'289.-) avec le salaire sans invalidité communiqué par l'employeur (CHF 7'113.-) conduisait à un degré d'invalidité de 26%.

11. Le 27 mai 2016, l'assurée s'est opposée à cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un degré supérieur à 40% et au versement d'une IPAI.

Elle contestait la prise en compte du niveau 3 de l'ESS et faisait surtout valoir qu'il n'existait aucune possibilité concrète de réinsertion économique, ni en 2003, ni en 2016.

12. Par décision sur opposition du 7 juin 2016, l'assureur-accidents a augmenté le taux de la rente d'invalidité à 29%, compte tenu d'un salaire mensuel sans invalidité de CHF 7'113.- et d'un salaire avec invalidité de CHF 5'058.56 (avec un abattement de 5%). L'assureur-accidents a expliqué notamment les motifs pour lesquels il considérait que la catégorie 3 de l'ESS était appropriée.

Par ailleurs, il a confirmé son refus d'octroi d'une IPAI en se référant à l'avis du Dr C_____.

13. Par acte du 30 juin 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'apport du dossier AI, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% et d'une IPAI à un taux supérieur à 10%.

S'agissant de sa capacité de travail résiduelle, la recourante conteste les conclusions du Dr C_____, en rappelant notamment que l'assurance-invalidité lui a reconnu le droit à une rente entière dès janvier 2003 en se fondant sur un rapport du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : COPAI) du 18 décembre 2003.

S'agissant de l'IPAI, la recourante relève que les considérations du Dr C_____ quant à la prétendue absence de lien de causalité entre les atteintes maladiques et l'activité professionnelle sont en contradiction totale avec les conclusions de l'expertise judiciaire de mars 2012.

14. Par ordonnance du 25 juillet 2016, la Cour de céans a suspendu la procédure, d'entente entre les parties.
15. Le 9 mars 2017, la recourante a produit son dossier AI et sollicité la reprise de l'instance et l'apport du dossier relatif à la précédente procédure ouverte devant la Cour de céans (cause A/1612/2010).
16. Le 13 mars 2017, la Cour de céans a ordonné la reprise de l'instance et octroyé un délai aux parties pour consulter les actes de la procédure A/1612/2010 et le dossier AI.
17. Figurent notamment au dossier AI versé à la procédure :
 - un rapport du 10 novembre 2003 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du COPAI, relevant notamment que la recourante se plaignait de douleurs aux deux coudes, prédominant à gauche, associées à une tendinite de De Quervain ; le stage avait confirmé l'impression clinique, montrant que toutes les activités manuelles, même très légères, étaient irréalisables ; comme son niveau scolaire ne lui permettait pas d'envisager une formation dans un secteur non manuel (qui serait de toute façon difficile car elle ne pouvait ni écrire, ni se servir d'un clavier efficacement), force était de conclure à une incapacité de travail totale ;
 - un rapport du 18 novembre 2003 du COPAI, concluant, suite à l'observation de la recourante du 6 octobre au 2 novembre 2003, à l'impossibilité de réinsérer cette dernière dans le circuit économique ordinaire ;
 - un rapport du 18 octobre 2004 de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et de la doctoresse F_____, psychiatre auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR) ;
 - un rapport du 28 mars 2007 de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès du SMR, diagnostiquant, avec répercussion sur la capacité de travail : une épicondylite chronique bilatérale, un status après opération d'une épicondylite droite en 2002, un status après cure du tunnel carpien gauche le 16 mars 2007, avec persistance de troubles sensitifs, et un syndrome du tunnel carpien à droite ; les limitations fonctionnelles étaient : pas de mouvements répétitifs des coudes ou des poignets, pas de maintien des avant-bras sans appui, pas d'activité des mains exigeant de la force, une tension musculaire continue, pas d'activité à la chaîne, pas de port de

charges supérieures à 5 kg. ; la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée ;

- une décision sur opposition du 11 juillet 2007 de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) octroyant à la recourante un quart de rente d'invalidité dès le 1er janvier 2003 ;
- un arrêt du 8 novembre 2010 rendu par le TAF (C-5490/2007), annulant la décision précitée, vu la contradiction manifeste entre les conclusions du COPAI et les avis des médecins du SMR, et renvoyant la cause à l'OAIE pour expertise pluridisciplinaire;
- un rapport du 8 décembre 2011 du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du Centre d'expertise médicale (CEMED), diagnostiquant, avec répercussion sur la capacité de travail : des épicondalgies chroniques bilatérales, un status après opération d'une épicondylite latérale droite et une probable tendinopathie chronique de l'épaule droite ; étaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un status après opération du tunnel carpien gauche et une agoraphobie avec trouble panique ; les limitations fonctionnelles étaient : pas de mouvements répétitifs des coudes ou des poignets, pas d'activité des mains exigeant de la force, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de travail en porte-à-faux, pas de longues stations assise ou debout, pas de maintien des avant-bras sans appui, ni de travail en hauteur ; l'exercice de l'activité antérieure était impossible, mais la capacité de travail de la recourante restait totale dans toute activité adaptée, sans baisse de rendement ;
- une décision du 27 mars 2013 de l'OAIE octroyant à la recourante un quart de rente d'invalidité ;
- un arrêt du 21 mars 2016 rendu par le TAF (C-2547/2013), réformant cette décision et mettant la recourante au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2003.

18. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 11 mai 2017, a conclu au rejet du recours.

La SUVA admet que le Dr C_____ n'a pas pris en considération toutes les affections de la recourante et se réfère à l'avis émis le 11 mai 2017 par le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie auprès de l'intimée, qui retient des limitations fonctionnelles plus nombreuses. L'intimée considère cependant que ces limitations supplémentaires n'entraînent aucune modification quant au salaire d'invalidité à retenir.

S'agissant de l'octroi éventuel d'une IPAI, l'intimée se réfère également à l'avis du Dr J_____, qui l'exclut au vu des atteintes en cause.

Pour le reste, l'intimée argue que les décisions rendues par l'assurance-invalidité ne lui sont pas opposables dès lors qu'elle n'est tenue de prêter que pour les atteintes en lien de causalité avec les maladies professionnelles retenues et que, dans leurs décisions de rente, les autorités en matière d'assurance-invalidité ont pris en

considération des facteurs étrangers aux maladies professionnelles dont elle a à répondre.

À l'appui de sa position, l'intimée a produit l'appréciation rédigée le 11 mai 2017 par le Dr J_____.

Celui-ci y émet l'avis que toutes les pathologies retenues comme maladies professionnelles par la Cour dans son arrêt précédent ont été prises en compte par la Dresse G_____ et par les experts du CEMed pour déterminer les limitations fonctionnelles de la recourante. Ces médecins ont conclu qu'en dépit de ces maladies professionnelles, l'assurée avait conservé une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues (pas de mouvements répétitifs des coudes ou des poignets, pas d'activités des mains exigeant de la force, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de travail en porte-à-faux, pas de longues stations assises ou debout, pas de maintien des avant-bras sans appui ni de travail en hauteur). Le Dr J_____ note que si, en 2003, le COPAI a estimé que la recourante ne disposait pas d'une capacité résiduelle de travail exploitable économiquement et donc exigible, ce n'était pas uniquement en raison des troubles somatiques, mais également en raison d'un manque de formation, d'une expérience professionnelle peu diversifiée et des faibles capacités d'adaptation de l'intéressée. Par ailleurs, selon lui, les maladies professionnelles reconnues au niveau du rachis cervical, des coudes et des poignets n'ouvrent droit à aucune IPAI.

19. Par écriture du 12 juin 2017, la recourante a amplifié ses conclusions en sollicitant l'octroi d'une IPAI d'au moins 15%, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise.

La recourante rappelle que le TAF a annulé la décision de l'OAIE du 27 mars 2013 et lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité entière dès janvier 2003.

Elle reproche à l'intimée de n'avoir donné aucun exemple d'activité concrète encore exigible de sa part sur un marché du travail équilibré.

Elle conteste les conclusions du rapport du CEMed et leur préfère les celles du COPAI et du Dr D_____.

Pour le reste, elle maintient que le niveau 3 de l'ESS ne devrait pas être retenu comme base pour le revenu d'invalidité. Selon elle, son degré d'invalidité atteint 100%.

S'agissant de l'IPAI, la recourante fait grief au Dr J_____ d'être trop laconique. Elle conclut à l'octroi d'une IPAI de 15% au vu des atteintes en lien avec l'activité professionnelle précédemment exercée (épicondylite latérale bilatérale, syndrome du tunnel carpien gauche, tendinite de De Quervain droite, cervicalgies sur discopathie protrusive latéralisée du côté droit en C5-C6 et inversion de la courbure physiologique en C4-C5).

20. Par écriture du 2 août 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle fait valoir notamment que les spécialistes du COPAI ont tenu compte de circonstances dont elle n'a pas à répondre (formation de la recourante, expérience professionnelle et capacités d'adaptation dans un autre domaine). Si ces éléments peuvent jouer un rôle dans l'évaluation du gain d'invalidité, ils ne peuvent être pris en considération pour évaluer l'exigibilité médico-théorique d'une activité. Qui plus est, les conclusions des spécialistes du COPAI s'écartent sensiblement des constatations médicales. Le TAF a estimé qu'un complément d'instruction n'était pas susceptible d'expliquer cette divergence. Pour autant, l'intimée considère qu'on ne pouvait en déduire, comme l'a fait le TAF, que la recourante ne dispose plus d'aucune capacité résiduelle de travail exploitable économiquement. Au contraire, il convient de se conformer aux appréciations des médecins, qui l'emportent sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle.

L'intimée, pour sa part, se fonde sur l'expertise du CEMed et sur l'appréciation du Dr J_____ du 11 mai 2017 pour retenir que la recourante reste en mesure d'exercer en plein et sans perte de rendement toute activité adaptée.

Par ailleurs, l'intimée maintient que la recourante est en mesure d'exercer des activités requérant des connaissances professionnelles spécialisées selon le niveau 3 de l'ESS.

21. Par écriture du 16 août 2017, la recourante a notamment reproché à l'intimée de remettre en cause, a posteriori, le rapport du COPAI, ce qu'elle estime ne pouvoir se faire sans nouvelle expertise.
22. Après avoir adressé une copie de cette écriture à l'intimée, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune

modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les maladies professionnelles sont survenues avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront ainsi citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
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 de la recourante à une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 29% et à une IPAI.
6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assureur accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335).
b. Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA).
c. 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). 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).

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).

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. a. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c. 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).

d. 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).

e. Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

8. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in

Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. Enfin, 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).
10. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, ATF 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités). L'uniformité de la notion d'invalidité, qui doit conduire à fixer pour une même atteinte à la santé un même taux d'invalidité, règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales (ATF 126 V 293 consid. 2d ; RAMA 2001 no U 410 p. 73, 2000 no U 406 p. 402). Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. En effet, les divers assureurs sociaux demeurent tenus de procéder chacun de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité dans chaque cas et ne peuvent se borner à reprendre sans autre examen le degré d'invalidité fixé par un autre assureur. Ils ne peuvent toutefois pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force (arrêt cité, p. 293 consid. 2d). Ils doivent s'en écarter lorsqu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité, si elle repose sur une erreur de droit ou une appréciation insoutenable, ou encore se fonde sur des mesures d'instruction sommaires et superficielles (arrêt cité, p. 292 consid. 2b et p. 294 consid. 2d ; RAMA 2000 no U 402 p. 390, no U 406 p. 402). Une évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3).
11. En l'occurrence, l'intimée estime que le degré d'invalidité imputable aux maladies professionnelles dont souffre la recourante s'établit à 29%, alors que l'intéressée l'évalue à 100%.

Il est établi que la recourante souffre de plusieurs maladies professionnelles dont les conséquences doivent être prises en charge par l'intimée, soit un syndrome du tunnel carpien gauche, une épicondylite latérale bilatérale, une tendinite de De Quervain et des cervicalgies sur discopathie protrusive latéralisée du côté droit en

C5-C6 et inversion de la courbure physiologique en C4-C5 (ATAS/665/2013 du 25 juin 2013 consid. 8.5).

Il n'est par ailleurs pas contesté par les parties, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, qu'en raison de ces atteintes à la santé, la recourante est dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle.

En revanche, l'intimée considère qu'elle pourrait exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité adaptée, vu le rapport du CEMed, dont les conclusions ont été confirmées par le Dr J_____. La recourante le conteste.

Dans leur rapport du 8 décembre 2011, le Dr H_____ et la Dresse I_____, médecins auprès du CEMed, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail : des épicondalgies chroniques bilatérales, un status après opération d'une épicondylite latérale droite et une probable tendinopathie chronique de l'épaule droite. Les experts ont indiqué qu'il n'y avait pas eu d'évolution significative depuis le 23 mars 2007, de sorte que les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse G_____ pouvaient être confirmées : pas de mouvements répétitifs des coudes ou des poignets, pas d'activité des mains exigeant de la force, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de travail en porte-à-faux, pas de longues stations assise ou debout, pas de maintien des avant-bras sans appui, ni de travail en hauteur.

Les experts ont confirmé que l'exercice de l'activité antérieure était impossible. Il subsistait cependant une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, qui dépendait de l'existence, sur le marché du travail, d'un poste adapté aux limitations fonctionnelles, lesquelles étaient assez nombreuses. Si toutes les limitations étaient respectées, la capacité de travail pouvait être entière. Si tel n'était pas le cas, il faudrait tenir compte de la fatigue et/ou de la baisse de rendement découlant de gestes inadaptés au handicap. Une activité légère, de type contrôle ou surveillance, par exemple, serait envisageable à 100%, pour autant que la possibilité soit donnée d'alterner les positions assise/debout.

La Cour de céans constate que le rapport d'expertise du CEMed se base sur des examens de la recourante et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'intéressée ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les experts ont expliqué pour quelles raisons ils retenaient tel ou tel diagnostic, leurs conclusions sont cohérentes, convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. Il s'ensuit que leur rapport a pleine valeur probante.

La recourante conteste cependant leurs conclusions et invoque à cet égard le rapport du Dr D_____ du 10 novembre 2003 et les conclusions du COPAI du 18 novembre 2003.

Le 10 novembre 2003, le Dr D_____, médecin consultant auprès du COPAI, a relevé notamment que la recourante se plaignait de douleurs aux coudes, prédominant à gauche, associées à une tendinite de De Quervain. Le stage avait confirmé l'impression clinique, montrant que toutes les activités manuelles, même

très légères, étaient irréalisables. Comme le niveau de l'assurée ne lui permettait pas d'envisager une formation dans un secteur non manuel (qui serait de toute façon difficile car elle ne pouvait ni écrire, ni se servir d'un clavier efficacement), le médecin en a tiré la conclusion que l'incapacité de travail était totale.

Les conclusions de l'observation professionnelle - qui avait pour but d'apprécier les capacités résiduelles de la recourante, en temps et en rendement, dans une activité adaptée - vont dans le même sens puisque les maîtres socio-professionnels ont estimé que l'intéressée ne pouvait être réinsérée dans le circuit économique ordinaire en raison d'une importante diminution de la mobilité des membres supérieurs (lors de la mesure, une mobilité restreinte du membre supérieur droit et une utilisation rare, voire inexistante sauf comme aide, du membre supérieur gauche ont été observées), de l'impossibilité de porter ou soulever des charges et de l'apparition de douleurs dans les épaules lors de l'exécution de mouvements répétitifs. Au cours du déroulement des divers travaux d'atelier, il y avait toujours eu au moins une action que la recourante n'avait pu réaliser seule. Les rendements et le rythme de travail fournis ne permettaient pas de répondre aux exigences du milieu économique. Quant aux possibilités d'envisager un autre secteur professionnel, comme celui du tertiaire, cela restait illusoire au vu, non seulement du niveau des compétences de la recourante, mais aussi des atteintes physiques qui limitaient une grande partie des activités, comme l'utilisation d'un clavier par exemple. Cette situation devait être considérée comme définitive.

L'intimée soutient que ce rapport du COPAI ne peut être pris en compte parce qu'il se base, pour évaluer la capacité de travail résiduelle, sur des circonstances - formation, expérience professionnelle et capacités d'adaptation de l'assurée dans un autre domaine - dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre.

Il n'est pas contesté par l'intimée que les troubles aux coudes et la tendinite de De Quervain dont souffrait la recourante lors du stage d'observation professionnelle en 2003 (cf. rapport du Dr D_____) font partie des maladies professionnelles retenues par la Cour de céans dans son arrêt du 25 juin 2013 (ATAS/665/2013).

Par ailleurs, le TAF, dans son arrêt du 8 novembre 2010 (C-5490/2007), a déjà dûment examiné la question de savoir si les spécialistes du COPAI avaient pris en compte des facteurs d'incapacité de travail qui ne seraient pas directement liés aux capacités physiques de la recourante. Le TAF a ainsi constaté (consid. 11.3.2.1) que si les responsables de l'observation professionnelle avaient certes mentionné le fait que les capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'intégration sociale de l'assurée leur semblaient insuffisantes, ils avaient expressément souligné, tant dans leur synthèse générale que dans leurs conclusions spécifiques aux différentes capacités évaluées, que les difficultés de la recourante étaient bel et bien dues à ses limitations physiques. Ils avaient ainsi précisé que les capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'intégration sociale permettraient, en elles-mêmes, un emploi dans le circuit économique normal, si l'état de santé de la recourante le lui permettait. En conséquence, on ne pouvait considérer que les facteurs personnels

constituaient, dans l'appréciation des spécialistes du COPAI, des éléments prédominants par rapport aux autres causes directement liées aux capacités physiques de la recourante et que ces dernières étaient négligeables en soi. Le TAF a également relevé que les spécialistes du COPAI n'avaient pas fait état d'un manque d'efforts de la part de la recourante. Ils avaient au contraire souligné son application et son intérêt pour les travaux proposés, sa curiosité et sa volonté de bien faire, une participation active et une absence d'opposition. Dans les activités de type tertiaire, les rendements avaient été de l'ordre de 70%, soit bien plus élevés que pour les travaux manuels, mais avec une importante suradaptation, car la recourante sentait bien que c'était le seul domaine encore à sa portée. Mais ces efforts importants pour obtenir un résultat correct l'avaient finalement pénalisée car elle ne pouvait, à la suite de ces activités, recommencer tout de suite un autre exercice. Cela s'était traduit pas une journée d'arrêt de travail justifié.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans se range à l'avis exprimé par le TAF dans son arrêt du 8 novembre 2010, selon lequel les informations recueillies à l'occasion du stage d'observation auprès du COPAI ne peuvent être écartées au motif que les spécialistes auraient pris en considération des facteurs d'incapacité de travail qui ne seraient pas directement liés aux capacités physiques de la recourante ou qu'ils se seraient basés essentiellement sur ses plaintes subjectives.

L'intimée fait encore valoir que les données médicales recueillies auprès des experts du CEMed, confirmées par le Dr J_____, doivent l'emporter sur les constatations faites à l'occasion du stage d'observation professionnelle.

Là encore, le TAF, dans son arrêt du 21 mars 2016 (C-2547/2013), a déjà examiné cette question. Il a noté que les experts du CEMed s'étaient uniquement prononcés sur la capacité de travail résiduelle médico-théorique de la recourante, non sur l'exigibilité d'une activité concrète, alors que les spécialistes du COPAI avaient, eux, examiné concrètement dans quelle mesure la recourante était à même de mettre en valeur dite capacité de travail résiduelle sur le marché du travail (arrêt précité, consid. 9.4). Ces derniers avaient conclu à l'impossibilité de réinsérer la recourante dans le circuit économique ordinaire en raison des limitations physiques (limitations importantes de la mobilité des membres supérieurs, port de charges très limité, force insuffisante, absence de rythme de travail suffisamment rentable, résistance insuffisante des membres supérieurs), si nombreuses que, quelle que soit l'activité tentée, il s'était toujours présenté au moins une, voire plusieurs actions, non exigibles (p. 7 du rapport du 18 novembre 2003). Ces considérations ont amené le TAF à retenir, dans son arrêt du 21 mars 2016, que les conclusions du COPAI complétaient utilement l'appréciation médico-théorique des experts du CEMed et permettaient de conclure à l'absence d'une capacité résiduelle de travail exploitable économiquement et donc exigible.

La Cour de céans fait siennes les observations et conclusions du TAF, d'autant que ni l'intimée, ni le Dr J_____ ne donnent d'exemple concret d'activité qui pourrait être adaptée à la situation de la recourante. Le SMR l'a fait, lui, et a proposé

différentes activités, telles celles de contrôleuse qualité en maroquinerie, contrôleuse en polissage, surveillante de parking ou de magasin, vendeuse de textiles ou de produits de maroquinerie (document 157 page 1, dossier AI). Cela étant, la Cour de céans note, tout comme l'a fait le TAF, que, dans la mesure où les experts du CEMed ne se sont déterminés que sur la capacité de travail résiduelle médico-théorique de l'assurée et non sur l'exigibilité d'une activité concrète, leur rapport ne permet pas de fonder cette liste d'activités (arrêt précité, consid. 9.2).

Partant, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante ne disposait pas, lors du stage d'observation professionnelle effectué fin 2003, d'une capacité de travail résiduelle exploitable économiquement. Or, depuis lors, son état de santé ne s'est pas amélioré, au contraire, puisqu'elle a souffert en outre d'un syndrome du canal carpien gauche et de cervicalgies, atteintes reconnues comme étant des maladies professionnelles, et qui ont encore augmenté le nombre des limitations fonctionnelles par rapport à celles retenues par le COPAI (cf. rapport des Drs H_____ et I_____ du 8 décembre 2011 et rapport du Dr J_____ du 11 mai 2017).

Par conséquent, dans la mesure où la recourante ne dispose plus d'une capacité résiduelle de travail exploitable économiquement, et donc exigible, son degré d'invalidité doit être fixé à 100%.

La recourante a donc droit au versement d'une rente d'invalidité au taux de 100% à compter du 1^{er} février 2004. Sur ce point, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée.

12. Reste à examiner si la recourante a droit à une IPAI et, dans l'affirmative, de quelle importance.

a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est

calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

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

13. En l'occurrence, dans son rapport du 11 mai 2017, le Dr J_____ a relevé que les seules limitations des amplitudes articulaires mises en évidence par les experts du CEMed avaient été une légère limitation de la rotation et de l'inclinaison de la tête. Les mouvements des coudes, des poignets, des mains et des doigts étaient tous dans les limites de la norme et il n'y avait pas de déficit sensitivo-moteur objectivable à ces niveaux. Ainsi, les maladies professionnelles reconnues au niveau du rachis cervical, des deux coudes et des deux poignets de la recourante, n'ouvraient donc pas droit à une IPAI.

On relèvera que cet avis, établi sur la base d'un dossier médical contenant plusieurs appréciations fondées sur un examen personnel de la recourante, est dûment motivé et convainquant. Il ne contient pas de contradictions et aucun indice ne permet de mettre en cause son bien-fondé. Il s'ensuit qu'une pleine valeur probante doit lui être octroyée.

La recourante soutient, quant à elle, qu'en raison de ses maladies professionnelles, elle a droit à une IPAI de 15%.

La Cour de céans rappelle que le taux de l'atteinte à l'intégrité est déterminé uniquement en fonction des constatations médicales. Or, la recourante ne produit aucun rapport rendant plausible une erreur d'appréciation du Dr J_____ et permettant de retenir l'existence d'une atteinte à l'intégrité consécutive aux maladies professionnelles, étant précisé que le seul fait que celles-ci entraînent une incapacité de travail ne suffit pas à conclure en ce sens.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de la recourante à une IPAI. La décision litigieuse est confirmée sur ce point.

14. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis partiellement et la décision querellée annulée en tant qu'elle octroie une rente d'invalidité de 29% dès le 1^{er} février 2004. Elle est confirmée pour le surplus.

La recourante a droit au versement d'une rente d'invalidité d'un taux de 100% dès le 1^{er} février 2004.

La cause est renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations dues et nouvelle décision.

Représentée par un mandataire, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du 7 juin 2016 en tant qu'elle fixe le degré d'invalidité à 29% dès le 1^{er} février 2004.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que la recourante a droit au versement d'une rente d'invalidité au taux de 100% dès le 1^{er} février 2004.
6. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues et nouvelle décision.
7. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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