

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3222/2008

ATAS/1606/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 9 décembre 2009

En la cause

Madame E_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric BEAUMONT

recourante

contre

AXA ASSURANCES S.A., sise rue Général-Guisan 40,
WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Jean-Michel DUC

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame E_____ (ci-après l'assurée), née en 1971, d'origine portugaise, en Suisse depuis 1991, au bénéfice d'un permis C depuis 2004, a été engagée le 16 août 2004 en qualité d'aide de cuisine par la Clinique X_____ (ci-après l'employeur). A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels selon la LAA auprès de la WINTERTHUR ASSURANCES, aujourd'hui AXA ASSURANCES S.A. (ci-après l'assureur).
2. Le 20 août 2004, en descendant d'un escabeau, l'assurée a glissé et chuté sur le coude et la fesse gauches.
3. Le diagnostic initial posé par le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a été celui de fracture multi-fragmentaire de la tête radiale gauche. Le traitement a consisté en une ponction d'une hémarthrose ainsi qu'en une immobilisation dans une attelle plâtrée.
4. L'assureur a pris en charge les frais médicaux et alloué des indemnités journalières en fonction d'une incapacité de travail de 100% du 21 août 2004 au 31 janvier 2007 et de 70% du 1^{er} février 2007 au 5 avril 2007.
5. Par rapport du 23 décembre 2004, le Dr L_____ a constaté une évolution défavorable avec douleur d'effort, craquement articulaire et limitation de la mobilité.
6. Le 15 février 2005, l'assurée a subi une intervention chirurgicale et la mise en place d'une prothèse.
7. Par rapport du 16 juin 2005 adressé à l'assureur, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de l'assureur, a constaté une amyotrophie et une faiblesse globale de la main, une relativement bonne récupération par contre de la mobilité du coude, sans signe clinique inflammatoire, ou d'algoneurodystrophie ou de syndrome épaule/main. Quand bien même le cas n'était pas stabilisé, l'assurée devait s'annoncer à l'assurance-invalidité, car une reprise de son activité professionnelle en tant que femme de chambre ou aide de cuisine semblait peu probable. Compte tenu du jeune âge de l'assurée, il y avait lieu à songer rapidement à un recyclage.
8. Le 6 septembre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
9. Par rapport du 3 octobre 2005, le Dr L_____ a relevé l'absence de problème mécanique dans la prothèse, mais la présence d'une douleur à l'emploi du membre. Un bilan neurologique ne montrait aucun trouble post-opératoire. Selon lui, il était décevant de constater que malgré un aspect clinique satisfaisant, une mobilité

pratiquement complète et une implantation radiologique de la prothèse sans anomalie, un syndrome douloureux chronique avec manque de force persistait. Il n'avait pas l'impression d'une exagération de la part de l'assurée.

10. Par rapport du 4 janvier 2006, le Dr L_____ a indiqué une mobilité globalement complète hormis un défaut de 15 degrés d'extension. Des douleurs inflammatoires confirmées par une scintigraphie osseuse persistaient.
11. Par courrier du 4 janvier 2006, l'assureur a informé l'assurée que le salaire assuré déterminant s'élevait en 2004 à 48'152 fr. (23 fr. 15 x 40 heures x 52 semaines).
12. Dans un rapport du 15 mars 2006 adressé à l'assureur, le Dr M_____ a relevé qu'à près de deux ans du traumatisme, l'évolution était globalement défavorable, puisque si la mobilité s'était améliorée, il persistait des douleurs importantes. Selon lui, il s'agissait classiquement d'une évolution défavorable d'une prothèse mise dans un contexte d'ankylose douloureuse. Il était certain que des séquelles douloureuses définitives du coude gauche persisteraient, rendant impossible la reprise de l'ancienne activité professionnelle. Des démarches AI étaient en cours et une fois les propositions du Prof. N_____ et du Dr L_____ reçues, il proposait encore éventuellement un avis en service universitaire, au vu du jeune âge de l'assurée et de cette évolution défavorable.
13. Dans son rapport du 2 mai 2006, le Dr L_____ a noté la persistance des douleurs de type mixte inflammatoires et mécanique malgré une mobilité pratiquement normale. Le dossier avait été adressé au Prof. N_____, pour nouvel avis. Un dommage permanent était à craindre en raison du syndrome douloureux chronique.
14. Sur les conseils du Prof. N_____, le Dr L_____ a retiré la prothèse le 12 juin 2006 et a effectué, le 7 août 2006, l'ablation des broches de fixation.
15. Par rapport du 21 septembre 2006, le Dr L_____ a fait état d'un déficit éventuellement définitif de supination en tant que dommage permanent.
16. Par rapport du 6 décembre 2006, le Dr L_____ a diagnostiqué un syndrome osseux inflammatoire persistant de l'humérus gauche. Des douleurs continuelles persistaient, entravant tout emploi du membre, à l'exception des charges très légères. Malgré un aspect clinique peu inquiétant avec une très bonne mobilité, le déficit fonctionnel apparaissait sévère.
17. Dans une expertise effectuée à la demande de l'assureur en date du 11 décembre 2006, le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un status 2 ans et 2 mois après fracture intra-articulaire de la tête radiale gauche, un status 20 mois après arthroplastie partielle de la tête radiale gauche, un status 5 mois après ablation de la prothèse et embrochage radio-cubital distal ainsi qu'un

status 4 mois après AMO des 2 broches. L'examen clinique révélait l'absence de signes d'épargne significatifs du membre supérieur gauche, la trophicité musculaire régionale étant jugée normale, dans le cadre d'un membre non dominant. L'épaule gauche présentait une mobilité physiologique. Le bilan radiologique du coude gauche ne montrait pas de signes pathologiques particuliers. Afin de mieux apprécier le diagnostic, il proposait de refaire une nouvelle scintigraphie osseuse en mars/avril 2007. A son avis, il y avait une certaine discordance entre les éléments subjectifs et objectifs. Il a relevé que sur le plan professionnel, la problématique intéresse le membre non dominant, ce qui fait appel à une certaine nuance lors de l'appréciation de la capacité de travail. Une reprise en plein de l'activité professionnelle antérieure de femme de chambre était définitivement compromise, compte de tenu des efforts bi-manuels souvent en force nécessaires à l'accomplissement de cette tâche. Tout au plus pouvait-on admettre que cette patiente fasse du repassage, éventuellement le dépoussiérage. Il lui sera par contre difficile de passer un aspirateur de manière soutenue, de déplacer des meubles ou de faire plusieurs lits dans la même journée. Ainsi, une capacité de travail d'un tiers semblait exigible dans cette activité. Par ailleurs, la capacité de travail dans l'ancien métier d'ouvrière agricole semblait nulle. En revanche, il existait une large palette d'activités professionnelles qui pouvaient être exercées avec un rendement normal, activités qui faisaient essentiellement appel à l'utilisation du membre dominant, sans charge exagérée pour le membre contre-latéral. Ainsi, toute activité sur une chaîne de montage, voire d'emballage, maniant des objets légers, était possible. Le travail de téléphoniste, de réceptionniste, de caissière, voire de surveillante de rayons, ou encore d'employée d'un kiosque ou au guichet d'un bureau de poste, l'étaient aussi. Enfin, en attendant le bilan de mars-avril 2007, l'état ne pouvait être jugé comme stabilisé.

18. Le 6 avril 2007, l'assurée a été victime d'un nouvel accident. En trébuchant contre le pied d'une chaise, elle est tombée en avant en se rattrapant avec les deux mains. A cette occasion, elle a subi une fracture déplacée de l'apophyse coronoïde du cubitus gauche, pour laquelle une réduction et une ostéosynthèse ont été effectuées le 19 avril 2007.
19. Dans un complément d'expertise du 1^{er} mai 2007, le Dr O_____ relève que la scintigraphie osseuse du 4 avril 2007 a montré une perfusion homogène et symétrique en phase précoce ainsi qu'en phase tissulaire. Il ne retenait pas le diagnostic d'algoneurodystrophie, puisqu'à aucun moment sur les quatre scintigraphies pratiquées a-t-on eu une altération pathologique spécifique en phase tissulaire. L'expert concluait également à l'absence d'ostéomyélite. Dès lors, sans éléments nouveaux pouvant assombrir le tableau objectif de cette patiente, il maintenait ses propositions établies dans son précédent rapport, particulièrement sur le plan de l'exigibilité.

20. Par rapport du 10 août 2007, le Dr L._____ a indiqué qu'il y avait lieu de craindre une raideur partielle et des douleurs au coude à titre de dommage permanent.
21. Par rapport du 20 septembre 2007, le Dr L._____ a expliqué qu'il persistait un déficit articulaire et des douleurs chroniques entravant l'emploi du bras de manière normale. Les douleurs allaient probablement perdurer malgré la consolidation osseuse prévisible.
22. Dans un rapport d'expertise du 27 novembre 2007, le Dr O._____ a diagnostiqué un status plus de 3 ans après fracture intra-articulaire de la tête radiale gauche, un status 2 ans et 9 mois après arthroplastie partielle de la tête radiale gauche, un status 17 mois après ablation de la prothèse et un status 7 mois après fracture-arrachement de l'apophyse coronoïde du cubitus gauche, ostéosynthèse. La fracture récente du coude gauche paraissait consolidée à 80-90%. Elle ne devait certainement pas empêcher l'utilisation du coude gauche pour les activités quotidiennes légères, comparables à celles que l'assurée pouvait réaliser avant la fracture du cubitus. L'expert constatait une nouvelle fois une nette discrédance entre les constatations objectives du jour et les allégations émises par l'assurée. En effet, le coude gauche paraissait calme. Sa mobilité était excellente en pro-supination, proche de la norme pour la flexion/extension, limitée essentiellement par une résistance active. La trophicité musculaire régionale était également satisfaisante. La mobilité articulaire des articulations adjacentes était physiologique. Ces éléments ne permettaient certainement pas de rendre compte de la symptomatologie douloureuse qui paraissait encore une fois exagérée. Sur le plan neurologique, on retenait une probable neuropathie sensitive du musculo-cutané. On objectivait encore une fois une hyposensibilité distale du membre supérieur gauche, sans respect des dermatomes qui, couplée à une très nette perte de la force de préhension, laquelle ne pouvait être expliquée par les seules séquelles objectives, laissait songeur. Ces éléments, ainsi que l'hypersensibilité au toucher, presque caricaturale, faisaient craindre la participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas. Le Dr O._____ relève qu'en l'absence de séquelles fonctionnelles significatives suite à la récente fracture, l'exigibilité est donc comparable à celle décrite fin 2006. On peut proposer dès à présent une capacité de travail de 50% dans l'une ou l'autre des activités adaptées proposées. Dans 4 à 6 semaines un taux d'activité de 75% serait admissible et avec le réentraînement aux activités professionnelles, une capacité de travail de 100% devrait être signifiée d'ici fin février 2008. Concernant l'atteinte à l'intégrité, l'expert a retenu un taux de 5%. Cette appréciation tenait compte de l'hypothèse d'un syndrome douloureux présent à l'effort du coude gauche et à une relative perte de la force de préhension, au maximum 1/5, séquelles communément observées après ablation de la tête radiale. Sur la base des tables SUVA, particulièrement la table 1, révision 2000, un coude mobile entre 135 et 90° ou entre 90° et 30°, méritait une indemnisation de 10%. La situation fonctionnelle du coude gauche de l'assurée paraissait meilleure, atteignant un taux de 4-5%. Si

l'on tient compte également des troubles neurologiques (neuropathie sensitive du musculo-cutané), au devenir incertain (maintien du status quo, hypothèse la plus vraisemblable, versus récupération), l'expert proposait d'arrondir le taux à 5%.

23. Dans un rapport adressé à l'assureur en date du 5 janvier 2008, le Dr L_____ relève que l'appréciation du Dr O_____ lui semble conforme à la réalité dans l'examen clinique, mais il le trouve singulièrement optimiste quant aux capacités fonctionnelles de cette patiente. Selon le Dr L_____, même si l'atteinte n'est pas du côté dominant, la gêne est considérable et entrave en grande partie les activités nécessitées par un travail en usine telles que proposées par l'expert, compte tenu des exigences de rendement dans le marché du travail libre. Il a peine à imaginer que cette assurée puisse reprendre à 100% un travail adapté à fin février 2008, même en tenant compte de l'hypothèse optimiste où elle retrouverait un emploi. Même si le Dr O_____ semblait évoquer une aggravation, le Dr L_____ pense que cette mère de famille nombreuse dont le mari est toujours au chômage chercherait plutôt à réduire ses problèmes financiers et ne renoncerait pas à chercher du travail uniquement par passiveté et désir de bénéfices secondaires.
24. Par décision du 6 février 2008, l'assureur a mis fin au paiement des frais médicaux, sous réserve de l'article 21 LAA, et des indemnités journalières au 30 avril 2008, compte tenu de la jurisprudence en la matière qui accorde un délai à l'assuré afin de retrouver un emploi. Il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que le taux minimum de 10% n'était pas atteint, après comparaison des gains. Il a en revanche octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, soit 5'340 fr.
25. Par l'intermédiaire de son mandataire, Maître Eric BEAUMONT, l'assurée a formé opposition en date du 10 mars 2008, considérant d'une part que le taux de l'atteinte à l'intégrité devrait être porté à 50% et d'autre part que le taux d'invalidité dépassait largement le taux légal minimum de 10%. Elle a contesté également la fin du versement des indemnités journalières et du paiement des frais médicaux, dès lors qu'une intervention chirurgicale était prévue le mois suivant.

A l'appui de son opposition, l'assurée a produit un rapport établi par le Dr L_____ le 3 mars 2008, selon lequel une opération devait avoir lieu à fin avril, mais qui n'était pas de nature à améliorer sensiblement l'utilisation du bras gauche. Selon lui, les capacités de travail, vraisemblablement les mêmes après l'intervention, seront toujours limitées dans la mesure où elle ne pourra plus jamais employer son membre supérieur en force ou de manière répétée. La mobilité presque complète du coude et du poignet permettant toutefois d'effectuer des gestes légers, à hauteur d'un plan de travail, de préférence en évitant les stations en porte-à-faux. C'est dire qu'une bonne partie des emplois non qualifiés auxquels elle pouvait prétendre ne paraissait plus possibles ou alors avec un rendement très limité entravant la performance nécessaire sur le marché du travail libre.

26. Le 5 mai 2008, l'assurée a subi une nouvelle opération du bras gauche, soit l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, à la suite de laquelle l'incapacité de travail a, à nouveau, été totale. L'assureur a repris le versement des indemnités journalières.
27. Le 16 juin 2008, l'OCAI a notifié à l'assurée un projet d'acceptation d'octroi d'une rente limitée dans le temps. Aux termes de ce projet, l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2005 au 31 mai 2008. Selon l'OCAI, dès mars 2008, la capacité de travail résiduelle était totale dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité ne s'élevait alors plus qu'à 9%, insuffisant pour maintenir le droit à une rente.
28. Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assureur a soumis le dossier de l'assurée au Dr M_____. Par rapport du 20 juin 2008, ce dernier a expliqué rejoindre l'avis du Dr O_____. La fonction globale du coude gauche était satisfaisante, même s'il persistait 30% de déficit d'extension. En effet, cette marge d'amplitude n'est souvent pas utilisée dans la vie courante sauf pour certaines activités bien précises. Ce déficit d'extension peut être compensé par la flexion antérieure du tronc et la mobilité de l'épaule. Il persistait également une diminution de la force de la main gauche, côté non dominant, mais il existait un potentiel d'amélioration subjectif de la fonction du membre supérieur gauche, dans le sens d'une diminution des douleurs et d'une récupération de la force. Toutefois, cette amélioration de la fonction ne changera pas la capacité de travail, et le Dr M_____ rejoignait donc en ce sens l'avis du médecin traitant et de l'expert. Au vu de la mobilité à 140-45-0 pour une pro-supination de 80-0-60, il estimait correct une atteinte à l'intégrité corporelle de 5%. Il a précisé que cette valeur était un état actuel. Une aggravation future vers une arthrose moyenne, voire grave, dans le long terme (au-delà de 15-20 ans) était possible, avec une probabilité estimée entre 10 à 20%. L'arthrose devra être objectivée de façon clinique et également radiologique. S'agissant de la capacité de travail, au-delà d'une période de 2-3 mois après la dernière intervention chirurgicale (le 5 mai 2008), elle était totale dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr O_____ ou le SMR. En effet, l'amplitude du membre supérieur gauche, côté non dominant, ne contre-indique pas une activité manuelle légère. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 33%.
29. Par décision sur opposition du 8 juillet 2008, l'assureur a rejeté l'opposition formée par l'assurée, relevant que le taux de l'atteinte à l'intégrité est de 5% selon l'expert (rapport du 27 novembre 2007). Le Dr L_____ avait confirmé l'appréciation du Dr O_____ relative au status clinique (rapport du 5 janvier 2008). S'agissant du faible risque d'aggravation évoqué par le Dr M_____ dans son rapport du 20 juin 2008, s'il devait se réaliser, il s'agirait là de motifs autorisant une révision. S'agissant du degré d'invalidité, l'assureur se fonde sur l'appréciation du Dr O_____, dont le rapport d'expertise a valeur probante. Le Dr P_____ du SMR partageait d'ailleurs les conclusions du Dr O_____ (rapport du 16 janvier

2008), tout comme le Dr M_____ (rapport du 20 juin 2008). Le Dr L_____ avait d'ailleurs estimé la capacité de travail résiduelle à 50-70% dans un rapport adressé à l'OCAI (rapport du 20 novembre 2007). Il en résulte que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée légère. Selon l'assureur, le revenu annuel 2004 sans invalidité s'élevait à 48'152 fr. (23 fr. 15 x 40 heures x 52 semaines). Adapté à l'évolution des salaires, il s'élevait à 50'641 fr. 90 en 2008. Le salaire avec invalidité était celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples dans le secteur privé selon l'Enquête sur la structure des salaires (ESS 2006, TA1, niveau 4), qu'il convenait de majorer au vu de l'évolution des salaires nominaux pour 2008 et auquel il convenait aussi d'effectuer un abattement de 10% pour tenir compte du « handicap ». Il en résultait un salaire annuel d'invalidé de 46'571 fr. 50. De la comparaison des deux revenus, il apparaissait une perte de gain de 4'070 fr. 40, correspondant à un degré d'invalidité de 8%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente invalidité de l'assurance-accidents. L'assureur a retiré l'effet suspensif.

30. Par courrier du 1^{er} septembre 2008 adressé à l'assurée, l'assureur a relevé qu'aux dires du Dr L_____, l'incapacité de travail suite à l'intervention chirurgicale du 5 mai 2008 était terminée au 31 juillet 2008. Par conséquent, il était mis fin au versement des indemnités journalières dès le 1^{er} septembre 2008.
31. Par acte du 9 septembre 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours. Elle conclut préalablement à la restitution de l'effet suspensif. Sur le fond, elle conclut à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40% et d'une rente d'invalidité de 34,52%. Selon elle, l'opinion du Dr O_____ entre en contradiction avec les avis des Drs M_____ et L_____. S'agissant du degré d'invalidité, elle s'étonne que le revenu avant invalidité soit de 50'642 fr. 90 pour l'intimée, alors qu'il était de 55'238 fr. pour l'OCAI. En outre, elle conteste pouvoir exercer l'activité de caissière, car ses bras seraient trop sollicités. Selon elle, il est établi qu'elle est incapable d'utiliser pleinement son bras gauche. La douleur qu'elle ressent l'empêche d'exercer une quelconque activité. Son bras gauche ne peut être sollicité trop longtemps, ni effectuer des mouvements répétitifs. En contrepartie, le muscle de son bras droit est très affaibli. Elle consomme chaque jour des médicaments contre la douleur, mais ils restent sans effet. Elle avait toujours été active quand elle le pouvait, et elle travaillerait encore si ses capacités physiques le lui permettaient. Quant aux travaux de téléphoniste ou de réceptionniste, ils exigent une connaissance du français qu'elle ne possède pas. Elle fait valoir en outre que l'intimée a pris en compte 40 heures de travail hebdomadaire pour établir le revenu avec invalidité, alors que pour le revenu sans invalidité, c'est 41.7 heures. Elle fait valoir que le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base des ESS 2008 et que l'abattement doit tenir compte des limitations fonctionnelles, de son âge, de son permis B, de sa nationalité et de son inexpérience, de sorte que la réduction maximale doit être appliquée, soit un revenu d'invalidé de 36'171 fr. Le taux d'invalidité serait de 28,58% en se fondant sur un

revenu sans invalidité de 50'642 fr. 90 ou de 34,52% en se fondant sur un revenu sans invalidité de 55'238 fr. S'agissant du taux de l'atteinte à l'intégrité, la recourante est d'avis que, dans la mesure où elle est totalement incapable de faire usage de son bras, il faut assimiler son cas à la perte totale d'un membre, et lui allouer une indemnité correspondant à un taux de 40%. Enfin, elle explique qu'elle risque de subir une nouvelle opération en raison d'une boule récemment apparue au niveau du coude.

Elle verse à la procédure un rapport établi par le Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 9 septembre 2008, selon lequel à quatre ans après le traumatisme initial, malgré plusieurs interventions et multiples investigations, la recourante souffre de douleurs importantes dont l'origine n'a pu être élucidé que partiellement. Une reprise de l'activité professionnelle antérieure de femme de chambre lui semble improbable. Par contre, une reconversion dans une activité sollicitant peu le membre supérieur gauche devrait être envisagée.

32. Invité à se déterminer quant à la restitution de l'effet suspensif, l'intimée, dans son écriture du 19 septembre 2008, conclut au rejet de la demande.
33. Par écriture du 1^{er} octobre 2008, l'intimée, représentée par Maître Jean-Michel DUC, conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse.

Il résulte par ailleurs du dossier de la recourante produit par l'intimée que le Dr L_____ a estimé la capacité de travail de la recourante comme étant totale dans une activité adaptée, à savoir n'impliquant pas de force avec le membre supérieur gauche (rapports des 4 octobre 2005, 20 janvier 2006, 16 mai 2006, 18 janvier 2007). Il existait une discordance entre la mobilité pratiquement complète du coude, de l'épaule et du poignet gauches, et l'intensité des douleurs ressenties entraînant une importante diminution de la force. La capacité de travail estimée à 33% par le Dr O_____ lui paraissait optimiste au vu des efforts bi-manuels nécessaires. Par contre, un emploi purement bureaucratique ou de téléphoniste, n'employant en force que la main droite et n'employant le membre supérieur gauche que pour des activités très légères, était compatible à temps complet, sans diminution de rendement. Cela étant, la recourante maîtrisait mal le français et n'avait pas de compétences particulières (rapport du 18 janvier 2007). Enfin, en raison d'une raideur partielle du coude, la capacité de travail était de 50 à 70% dans une activité adaptée (rapport du 20 novembre 2007).

34. Par ordonnance du 8 octobre 2008, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable, rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif et réservé le fond (ATAS/1211/2008).
35. Le 11 février 2009 s'est tenue une audience de comparution personnelle des parties. La recourante a confirmé contester le degré d'atteinte à l'intégrité retenu ainsi que

le degré d'invalidité. Elle a également confirmé avoir reçu des prestations jusqu'au 31 août 2008. L'intimée a expliqué avoir reçu de l'OCAI une décision datée du 21 novembre 2008 fixant les montants versés à la recourante jusqu'au 31 août 2008. Celle-ci a indiqué avoir contesté la décision oralement auprès de l'OCAI. La recourante a confirmé que les atteintes à la santé concernent son coude et qu'elle est droitrière. Elle avait pris des médicaments à base de morphine jusqu'en octobre 2008 et avait dû interrompre le traitement en raison de sa grossesse. Elle s'était cognée le coude à nouveau en novembre 2008 et avait dû consulter le Dr L_____. Selon la recourante, cet événement avait aggravé l'état antérieur.

L'intimée a fait valoir qu'un degré d'atteinte à l'intégrité de 50% correspond à la perte d'un bras. Par ailleurs, il résultait d'une note téléphonique que l'intimée a versée à la procédure, que la recourante s'était cogné le coude le 6 octobre 2008. Il s'agissait d'un nouvel accident non couvert par l'intimée.

La recourante a produit à l'audience un nouveau rapport médical établi par le Dr L_____ en date du 11 novembre 2008, selon lequel les douleurs n'avaient jamais vraiment cessé et nécessitaient la prise de médicaments puissants dérivés de la morphine. Il avait été constaté récemment une accentuation modérée de la déformation angulaire du coude, pouvant engendrer des difficultés dans l'emploi global du membre supérieur gauche. Aucune intervention n'était à même de corriger cette déformation. L'emploi du membre restera imparfait et l'handicamera de manière définitive pour toutes activités bi-manuelles obligatoires, en particulier en force ou répétition.

A la lecture de ce rapport, l'intimée a fait remarquer que le Dr L_____ estimait également qu'une activité bi-manuelle n'était plus possible. Quant à l'atteinte à l'intégrité, le Dr L_____ ne s'était pas prononcé quant au taux retenu.

La recourante a sollicité l'audition du Dr L_____.

36. En date du 25 mars 2009, le Dr L_____ a été entendu à titre de témoin. Il a expliqué que s'agissant du deuxième accident survenu en avril 2007, la patiente était guérie. S'agissant de l'accident du 20 août 2004, l'évolution de la fracture de la tête du radius s'était faite de façon plus ou moins satisfaisante, la patiente se plaignant toujours de douleurs et d'une angulation sous forme de déviation de l'avant-bras gauche. Le médecin a confirmé que la mobilité du coude gauche est bonne et qu'il n'y a jamais eu de coude bloqué. La recourante était venue le consulter jusqu'en octobre 2008. Elle présentait à ce moment-là une restriction partielle de la mobilité du coude gauche, la flexion étant complète mais l'extension et la supination étaient limitées. Lors de la consultation du 7 octobre 2008, la recourante avait expliqué avoir heurté légèrement le coude contre une table. Il avait alors pratiqué une radiographie, mais n'avait rien noté de nouveau. Selon lui, la recourante présentera des séquelles définitives du coude en extension, de l'ordre de

30 à 50° selon les circonstances et les douleurs. Toutefois, ce déficit n'entravait pas l'emploi du bras, sous réserve des douleurs dues notamment à la météo (froid et humidité). La recourante devait limiter le port de charges de plus de deux kilos. S'agissant des douleurs, le témoin a indiqué que le Dr O_____ avait émis des doutes sur ces douleurs étant donné que le périmètre musculaire était conservé. Etant donné que la recourante se plaignait toujours de douleurs, il avait prescrit des médicaments antalgiques puissants. Il a précisé que la douleur était subjective. Il y avait certainement un syndrome douloureux, mais il était fluctuant. Actuellement, il se trouvait devant l'alternative suivante : soit ne rien faire et encourager la patiente à trouver une activité adaptée à son état de santé, à savoir une activité qui épargne son membre supérieur gauche, soit un appareillage sur mesure destiné à éviter que l'aggravation de la déformation continue. On pouvait parler d'un état stationnaire 2 à 3 mois après la dernière intervention d'ablation des vis du 5 mai 2008, soit en été 2008. Les démarches d'invalidité avaient été débutées à ce moment-là. Il a précisé qu'il est exact que le déficit du membre supérieur gauche peut entraîner un report sur le membre supérieur droit. La recourante avait présenté une tendinite à l'épaule droite qui avait nécessité une infiltration de corticoïde en 2006, avec une évolution favorable.

Au terme de l'audience, la recourante a indiqué avoir cessé de prendre tous les médicaments depuis fin octobre 2008, dès qu'elle a su être enceinte.

Enfin, les parties n'avaient pas d'autres témoins à faire entendre.

37. A la demande du Tribunal de céans, l'employeur a expliqué, par courrier du 12 août 2009, qu'en 2003, la recourante était rétribuée sur la base d'un salaire brut mensuel et avait perçu un 13^{ème} salaire et une gratification. La recourante, qui avait donné sa démission pour le 31 décembre 2003, avait ensuite été à nouveau engagée dès le 16 août 2004 avec un salaire horaire de 25 fr. 10 vacances incluses (23 fr. 10 + 8.33%). Si elle n'avait pas subi d'accident en 2004, elle n'aurait reçu aucun montant à titre de 13^{ème} salaire ou de gratification en 2004, car seuls les collaborateurs engagés sur la base d'un salaire mensuel perçoivent un 13^{ème} salaire et/ou une gratification. Enfin, si elle avait exercé son activité du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004 à raison de 40 heures hebdomadaires, son salaire annuel brut aurait été de 48'042 fr. (25 fr. 10 x 174 heures/mois x 11 mois).
38. Par écriture du 25 août 2009, l'intimée a fait remarquer qu'il avait pris en compte un revenu sans invalidité en 2004 de 48'152 fr., alors qu'aux dires de l'employeur, il aurait été de 48'042 fr. Par conséquent, compte tenu du renchérissement moyen des salaires nominaux de 2004 à 2008, le salaire en 2008 aurait été de 49'895 fr. et non de 50'642 fr. tel que retenu dans la décision litigieuse. L'intimée a persisté dans ses conclusions.

39. La recourante, par courrier du 9 septembre 2009, a également persisté dans ses conclusions.
40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Le Tribunal de céans a déjà examiné la question de sa compétence, de la recevabilité du recours et du droit applicable dans l'arrêt incident du 8 octobre 2008 de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points (ATAS/1121/2008).
2. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement, par l'intimée, d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Plus particulièrement, il s'agit d'examiner la capacité de travail de la recourante en raison des atteintes à la santé consécutifs aux accidents survenus les 20 août 2004 et 6 avril 2007, sa perte de gain ainsi que le taux de l'atteinte à son intégrité, étant précisé que la question du lien de causalité naturelle entre les atteintes et les accidents n'est pas litigieuse.
3. Selon l'art. 18 al. 1 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. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore qu'avec le risque d'aggraver son état, ou n'est pas en mesure de pratiquer une autre activité adaptée à son état de santé. Le taux de l'incapacité de travail s'apprécie au regard de la profession de l'assuré aussi longtemps que l'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il utilise dans un autre secteur sa capacité résiduelle de travail (ATF 115 V 133 consid. 2, 404 consid. 2; ATFA non publié du 29 août 2006, U 264/05, consid. 3).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références).

4. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 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 353 ss. consid. 3b/ee).

5. La recourante fait grief à l'intimée d'avoir fondé son appréciation sur les rapports du Dr O _____ pour retenir que sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée. Elle fait valoir que son atteinte au bras gauche ne lui permet pas une telle capacité de travail et que les conclusions du Dr O _____ entrent en contradiction avec celles des Drs L _____ et M _____.

Le Dr O _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport en date du 11 décembre 2006, complété le 1^{er} mai 2007 ainsi qu'un rapport final le 27 novembre 2007. Il en résulte que les diagnostics posés sont un status plus de 3 ans après fracture intra-articulaire de la tête radiale gauche, un status 2 ans et 9 mois après arthroplastie partielle de la tête radiale gauche, un status 17 mois après ablation de la prothèse et un status 7 mois après fracture-arrachement de l'apophyse coronoïde du cubitus gauche, osthéosynthèse. S'agissant de la capacité de travail, le Dr O _____ a relevé qu'en l'absence de séquelles fonctionnelles significatives suite à la fracture subie le 6 avril 2007, l'exigibilité était donc comparable à celle constatée fin 2006, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée d'ici fin février 2008, après une période de réentraînement. A cet égard, l'expert avait indiqué dans son rapport du 11 décembre 2006 que sur le plan professionnel, la problématique intéresse le membre non dominant, ce qui fait appel à une certaine nuance lors de l'appréciation de la capacité de travail. Une reprise en plein de l'activité professionnelle antérieure de femme de chambre était définitivement compromise, compte de tenu des efforts bi-manuels souvent en force nécessaires à l'accomplissement de cette tâche. En revanche, il existait une large palette d'activités professionnelles qui pouvaient être exercées avec un rendement normal, activités qui faisaient essentiellement appel à l'utilisation du membre dominant, sans charge exagérée pour le membre contre-latéral. Ainsi, toute activité sur une chaîne de montage, voire d'emballage, maniant des objets légers, était possible. Le travail de téléphoniste, de réceptionniste, de caissière, voire de surveillante de rayons, ou encore d'employée d'un kiosque ou au guichet d'un bureau de poste, l'étaient aussi.

Le Tribunal de céans constate que les rapports du Dr O _____ remplissent tous les réquisits de la jurisprudence permettant de leur conférer pleine valeur probante. L'expert a examiné la recourante à deux reprises et a pris connaissance de l'intégralité du dossier, notamment radiologique. L'expert a procédé à une anamnèse complète, il a pris en compte les plaintes de la recourante et a décrit de façon précise les atteintes et leurs limitations. Enfin, ses conclusions relatives à la capacité de travail résiduelle sont claires et convaincantes.

Selon la recourante, l'appréciation du Dr O _____ quant à sa capacité de travail résiduelle serait contredite par celles des Drs L _____ et M _____.

Le Tribunal de céans constate tout d'abord qu'il n'y a pas de divergence quant aux diagnostics relevés par l'ensemble des médecins précités.

S'agissant ensuite des répercussions des troubles sur la capacité de travail de la recourante, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de l'intimée - qui s'est prononcé postérieurement à l'intervention chirurgicale d'ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée le 5 mai 2008 - a expressément indiqué, dans son rapport du 20 juin 2008, qu'il rejoignait les conclusions exposées le 27 novembre 2007 par le Dr O_____, à savoir une capacité de travail totale dans une activité adaptée telle que décrite par l'expert. A cet égard, le Dr M_____ a encore précisé que l'amplitude du membre supérieur gauche, côté non dominant, ne contre-indique pas une activité manuelle légère. Selon lui, la fonction globale du coude gauche est donc satisfaisante, même s'il persiste 30% de déficit d'extension. En effet, cette marge d'amplitude n'est souvent pas utilisée dans la vie courante sauf pour certaines activités bien précises. En outre, le déficit d'extension peut être compensé par la flexion antérieure du tronc et la mobilité de l'épaule.

Quant au Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant, il a considéré, par rapport du 5 janvier 2008, que quand bien même l'examen clinique du Dr O_____ était conforme à la réalité, l'expert était trop optimiste quant aux capacités fonctionnelles de cette patiente, car la gêne due à l'atteinte était considérable et entravait en grande partie les activités nécessitées par un travail en usine. Or, le Tribunal de céans constate que le Dr L_____ a tout de même admis que la mobilité presque complète du coude et du poignet permettent à la recourante d'effectuer des gestes légers, à hauteur d'un plan de travail, en évitant les stations en porte-à-faux (rapport du 3 mars 2008) et que dans une activité adaptée, la capacité de travail de la recourante est totale (rapports adressés à l'OCAI les 4 octobre 2005, 20 janvier et 16 mai 2006 et 18 janvier 2007). Ces derniers rapports ont certes été établis antérieurement au second accident survenu le 6 avril 2007. Cela étant, le Dr L_____ a expliqué lors de son audition par-devant le Tribunal de céans que la recourante était guérie des suites de cet accident. De surcroît, il a à nouveau confirmé que le déficit du coude en extension n'entrave pas l'emploi du bras (procès-verbal d'enquêtes du 25 mars 2009).

L'appréciation du Dr L_____ résultant de son rapport du 5 janvier 2008 n'est ainsi pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr O_____.

On relèvera également que le Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant, est également d'avis que la recourante peut exercer une activité sollicitant peu le membre supérieur gauche (rapport du 9 septembre 2008).

Il apparaît ainsi que les conclusions du Dr O_____ ne sont contredites par aucune pièce du dossier médical, de sorte que le Tribunal ne saurait s'en écarter.

Enfin, le fait que la recourante se soit à nouveau heurté le coude le 6 octobre 2008, entraînant une éventuelle aggravation de son état de santé, ne saurait cependant être pris en compte en l'occurrence puisque cet événement a eu lieu postérieurement à la décision litigieuse du 8 juillet 2008 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Il y a lieu par conséquent de relever que c'est à juste titre que l'intimée a retenu que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

La décision litigieuse du 8 juillet 2008 n'est donc pas critiquable sur ce point.

6. 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). La comparaison des revenus doit être effectuée en fonction des circonstances existant lors de l'ouverture du droit à une éventuelle rente (ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet de calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à rente d'invalidité (art. 18 al. 1 et 2 LAA). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF non publié du 7 décembre 2007, U 410/06 ; RAMA 1993 p. 100). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, résumé dans REAS 2004 p. 239). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à

la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (RAMA 2006 n° U 568, p. 66, consid. 2).

Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

7. Il est à noter d'emblée que le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'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 p. 368). On peut donc procéder à l'évaluation de l'invalidité de la recourante indépendamment de la décision de l'OCAI.

En l'occurrence, il convient de se placer en 2008, soit l'année où l'état de santé de la recourante peut être considéré comme stabilisé (art. 19 al. 1 LAA ; ATFA non publiés du 21 novembre 1995, U 89/95 et du 9 mai 2001, U 391/00).

a) Il résulte des précisions apportées par l'employeur à la demande du Tribunal de céans, que sans accident, la recourante aurait perçu, en 2004, à plein temps, un revenu de 48'042 fr., ce qui correspond à un salaire sans invalidité de 50'871 fr. en 2008 ($48'042 \times 2499/2360$; indice 2004 = 2360, indice 2008 = 2499 ; Evolution des salaires nominaux 2008, tableau T1.39).

b) Selon les conclusions du Dr O_____, la recourante peut exercer une activité à plein temps dans un travail adapté, c'est-à-dire dans des activités faisant essentiellement appel à l'utilisation du membre dominant, sans charge exagérée pour le membre contre-latéral, telles que les activités sur une chaîne de montage, voire d'emballage avec des objets légers, de téléphoniste, réceptionniste, de caissière, voire de surveillante de rayons ou d'employée d'un kiosque (rapports des 11 décembre 2006 et 27 novembre 2007).

Sur le marché du travail entrant en considération pour la recourante, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras, partant qui sont adaptées à son état de santé. On peut ainsi évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques.

Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347), à savoir 4'019 fr. par mois (tous secteurs confondus) - valeur en 2006 - part au 13ème salaire comprise (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 48'228 fr. par année. Ce salaire hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41.7 heures; La Vie économique, 1/2 -2009, tableau B9.2), et comme le revenu statistique doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux pour les femmes en 2008 (indice 2006 = 2417 ; indice 2008 = 2499 ; Evolution des salaires 2008, tableau T1.39), ce montant doit être porté à 51'983 fr. ($48'228 \times 2499/2417 = 49'864 \text{ fr.} \times 41.7 : 40$).

A ce salaire, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimée a retenu à cet égard un abattement de 10% en raison

du « handicap » de la recourante. Le Tribunal de céans n'a aucun motif pertinent de s'écarter de cette appréciation. La déduction de 10 %, qui apparaît adéquate, tient en effet compte de l'ensemble des facteurs déterminants dans le cas d'espèce, soit en particulier de l'activité légère seule possible. On ne saurait suivre la recourante qui réclame un abattement de 25%. Une telle déduction serait manifestement excessive dans le cas d'espèce, notamment eu égard à l'âge de la recourante, soit 37 ans au moment de la décision litigieuse, et au fait qu'elle ne remplit pas d'autres critères fixés par la jurisprudence. On relèvera à cet égard que la recourante est certes de nationalité portugaise. Cela étant, et contrairement à ce qu'elle prétend, elle n'est pas titulaire d'un permis B, mais d'un permis C depuis janvier 2004 (pièce versée à l'appui de sa demande AI) et réside en Suisse depuis plus d'une quinzaine d'années, de sorte que le critère de la nationalité étrangère ne peut être retenu. Enfin, l'absence de formation invoquée par la recourante n'est pas un facteur qui peut être pris en compte dans le cadre de la réduction des salaires statistiques (ATF 126 V 75).

Compte tenu d'un abattement de 10%, le revenu annuel d'invalidé évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 46'785 fr. à plein temps (valeur 2008).

Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que la recourante présente une perte de gain de 4'086 fr. (50'871 - 46'785), correspondant à un degré d'invalidité de 8 % $((50'871 - 46'785) \times 100 / 50'871)$, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-accidents.

La décision litigieuse doit donc être confirmée sur ce point.

8. Il reste à examiner si l'évaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité a été correctement effectuée par l'intimée.

Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, 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. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à

l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 417; Ulrich Meyer-Blaser, Sozialversicherungsrecht und Medizin, in: Das ärztliche Gutachten, 4e éd., Berne 2003, p. 30).

9. Pour fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr O_____ du 27 novembre 2007. Ce dernier, se référant à la table 1 SUVA, a relevé qu'un coude mobile entre 135° et 90° ou entre 90° et 30°

méritait une indemnisation de 10%. L'expert a constaté - suite à un examen clinique approfondi et dont il n'y a pas lieu de remettre en cause l'exactitude - que la situation fonctionnelle du coude gauche de la recourante paraît meilleure, de sorte que le taux atteint est de 4-5%. Enfin, compte tenu également des troubles neurologiques dont souffre la recourante, l'expert proposait d'arrondir le taux à 5%.

Le Dr M_____ a également estimé correct le taux de 5% retenu par l'expert. Il a précisé néanmoins qu'une aggravation future vers une arthrose moyenne, voire grave, était possible. Cela étant, selon le Dr M_____, la probabilité qu'une telle aggravation survienne est estimée entre 10% et 20%. On ne saurait dès lors retenir qu'il s'agit d'une aggravation prévisible au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA.

Compte tenu des deux appréciations médicales qui précèdent, lesquelles ne sont contredites par aucun élément concret résultant des autres pièces versées au dossier, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'en écarter.

Enfin, les considérations de la recourante selon lesquelles son cas devrait être assimilé à la perte totale d'un bras apparaissent totalement fantaisistes, dès lors que la capacité fonctionnelle de son membre lésé a été admise médicalement.

Le taux de 5% retenu par l'intimée correspond dès lors bien au handicap de la recourante.

10. Vu ce qui précède, le recours ne peut être que rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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