

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3560/2015

ATAS/814/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2017

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gabriel
RAGGENBASS

recourante

contre

SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Christian PRALONG, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante portugaise née le _____1965, a été engagée en qualité d'employée d'entretien à 20% en septembre 2007 par C_____ SA (ci-après : l'employeur). Son revenu était d'environ CHF 700.- par mois. A ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA). Elle travaillait également comme femme de ménage et garde d'enfants à 50% pour des familles. Son salaire mensuel était de l'ordre de CHF 1'500.-.
2. Le 27 juin 2008, l'assurée a été victime d'un accident de la route, en tant que passagère arrière ceinturée d'une automobile roulant à 50 kilomètres à l'heure (km/h), au plus, et percutée par un véhicule d'entreprise circulant en sens inverse, qui n'a pas respecté un feu rouge. Le choc et la réaction du conducteur ont modifié la trajectoire du véhicule dans lequel se trouvait l'assurée. Celui-ci a fini sa course dans deux petits poteaux métalliques et un mât métallique des transports publics bordant la route.

Cet événement n'a pas provoqué de blessures du conducteur du véhicule d'entreprise, mais a blessé les passagers du second véhicule, qui a été fortement endommagé sur le flanc gauche et à l'avant. Son conducteur a ressenti des douleurs à la main et à la cage thoracique. La passagère assise à sa droite a ressenti des douleurs à la poitrine, au menton, à la hanche et à la main gauche. L'assurée a été plus gravement blessée, son avant-bras ayant été fracturé. A l'arrivée de la police sur les lieux, elle était allongée sur le trottoir.

Le cas a été pris en charge par la SUVA.

3. L'assurée a été hospitalisée au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 28 juin au 7 juillet 2008. Le 29 juin 2008, elle a subi une ostéosynthèse de fracture supra-condylienne de l'humérus par plaque, en raison d'une fracture supra-condylienne de l'humérus gauche avec aile de papillon.
4. Dans un rapport du 28 juillet 2008, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgien de l'assurée, a retenu une incapacité de travail de 100%, dès le 28 juin 2008, pour une durée probable de trois mois, en lien avec l'atteinte à son bras gauche.
5. Dès le mois d'août 2008, une incapacité totale de travailler a été attestée par le docteur E_____, médecin traitant de l'assurée.
6. Le 26 septembre 2008, le Dr E_____ a retenu le diagnostic de fracture de l'humérus gauche status post-chirurgie orthopédique. L'assurée présentait une limitation d'extension de l'avant-bras gauche et une faiblesse des mouvements des doigts et de l'avant-bras gauche. Un traitement de physiothérapie était en cours. Pour déterminer si la reprise du travail était possible, il convenait d'attendre l'évolution.

7. Dans un rapport du 17 octobre 2008, le docteur F_____, membre de la FMH et médecin traitant de l'assurée, a retenu le diagnostic de status après une fracture multifragmentaire distale diaphysaire de l'humérus gauche. Suite à l'ostéosynthèse, l'évolution était très lente et douloureuse. La capacité de travail était nulle.
8. L'assurée a été hospitalisée du 2 décembre 2008 au 13 janvier 2009 au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour une réadaptation intensive. Dans un rapport du 26 janvier 2009, les docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, ont retenu le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles, les diagnostics secondaires de capsulite rétractile de l'épaule gauche, de status après fracture supra-condylienne de l'humérus gauche le 28 juin 2008 et de status après réduction ouverte et ostéosynthèse par deux plaques et vis le 29 juin 2008, et les comorbidités d'hypothyroïdie substituée, de status après appendicectomie et de status après probable fracture du sternum en 1992. L'assurée désirait reprendre le travail. Théoriquement, son incapacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était de 100% du 2 décembre 2008 au 1^{er} février 2009, puis nulle dès le 2 février 2009.
9. L'assurée a repris le travail en février 2009, auprès de son employeur, puis d'une famille.
10. Le 19 juillet 2010, une rechute a été annoncée à la SUVA, en raison de l'ablation prochaine du matériel d'ostéosynthèse.
11. L'intéressée a été opérée pour ladite ablation le 3 septembre 2010, sous anesthésie générale. Le service compétent des HUG a certifié une incapacité totale de travailler du 3 au 18 septembre 2010. Par la suite, ladite incapacité a été prolongée de mois en mois par les médecins traitants.
12. Dans un rapport du 22 novembre 2010, le Dr F_____ a diagnostiqué un status après fracture supracondylienne du coude gauche et une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 septembre 2010. L'évolution était très lente, la région opératoire étant encore très douloureuse. Le traitement actuel consistait en une physiothérapie et une auto-rééducation intensive. Les radiographies postopératoires étaient satisfaisantes. La reprise du travail n'était pas possible.
13. Le 4 janvier 2011, l'assurée a été examinée par le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Quatre mois après l'intervention chirurgicale pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, force était de constater que malgré l'absence de lésion au niveau de l'épaule gauche, l'assurée présentait des signes cliniques évidents d'une récurrence de capsulite rétractile de l'épaule, associée à une limitation de la mobilité de son coude. Cette dernière était probablement d'origine mixte, organique et psychologique, mais selon son impression de ce jour, un peu plus liée à une fragilité psychologique. Une amyotrophie de l'avant-bras gauche et de la main gauche était également à relever. Compte tenu de son état actuel, en particulier de la capsulite

rétractile de l'épaule gauche, un retour vers une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle était difficilement envisageable. Un nouveau séjour au sein de la CRR était préconisé, comme le suggérait le Dr F_____, afin d'entreprendre une thérapie physique et fonctionnelle destinée à lui permettre de récupérer une capacité de travail, laquelle était actuellement nulle.

14. Par courrier du 4 février 2011, l'employeur a licencié l'assurée avec effet au 30 avril 2011.
15. L'intéressée a séjourné au sein de la CRR du 26 janvier au 2 mars 2011. Dans un rapport du 31 mars 2011, le Dr G_____ et la doctoresse J_____, médecin praticien membre de la FMH, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour limitation fonctionnelle du membre supérieur gauche, et les diagnostics supplémentaires de capsulite rétractile de l'épaule gauche, d'allodynie péricapulaire du coude gauche, de raideur du coude gauche, de neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche, de fracture supra-condylienne de l'humérus gauche le 28 janvier 2008, de réduction ouverte et ostéosynthèse par deux plaques et vis de la fracture supra-condylienne, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'humérus gauche le 3 septembre 2010, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, d'hypothyroïdie substituée, d'antécédent d'appendicectomie dans l'enfance et d'antécédent de fracture du sternum en 1992.

Six mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'ensemble des éléments concluait à une nouvelle capsulite rétractile de l'épaule gauche et d'une raideur du coude gauche pour laquelle une prise en charge en ergo- et physiothérapie avait permis de récupérer partiellement la flexion et l'abduction de l'épaule, ainsi que la flexion du coude gauche. Cependant, la crainte de la douleur et du mouvement faisaient que la prise en charge physiothérapeutique était difficile. Une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable à l'heure actuelle. L'incapacité de travail de 100% débutée le 26 janvier 2011 était maintenue jusqu'au 3 avril 2011. Dans l'intervalle, l'assurée allait continuer la rééducation en physiothérapie. Enfin, l'intéressée présentait des facteurs de mauvais pronostic, en particulier des idées catastrophiques de son état.

16. Le 20 avril 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
17. Dans un rapport intermédiaire du 16 juin 2011, le Dr F_____ a relevé que conformément au rapport de la CRR l'évolution était très lente. Aucune reprise du travail ne pouvait être attendue. Il a renouvelé cette analyse à plusieurs reprises dans des rapports intermédiaires ultérieurs.
18. Lors d'un entretien à son domicile avec la SUVA du 20 juillet 2011, l'assurée a notamment indiqué que son dernier séjour à la CRR avait amplifié ses douleurs en raison de séances de physiothérapie trop intenses. Elle ressentait des douleurs et des limitations importantes. A la demande de son chirurgien et en raison de ses

douleurs persistantes au bras, elle avait dû interrompre ses séances de physiothérapie. Elle était incapable de travailler depuis le 3 septembre 2010 pour une durée indéterminée. Elle était confiante et souhaitait pouvoir reprendre une activité professionnelle compatible avec ses limitations fonctionnelles dès que son état de santé le lui permettrait.

19. Dans un courrier du 13 septembre 2011 à l'attention du docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr D_____ a relevé que l'intéressée n'avait pas progressé depuis quatre mois. Il lui avait proposé une infiltration guidée de son nerf supra-scapulaire, afin qu'elle profite de la disparition des douleurs pour bien s'étirer et essayer de regagner ses amplitudes.
20. Dans un rapport du 20 novembre 2011, le Dr K_____ a retenu les diagnostics de douleurs chroniques du membre supérieur gauche suite à un accident en 2008 et d'état dépressif directement en rapport avec cet événement (sinistrose). S'agissant de l'évolution, l'état dépressif était amélioré par médication et psychothérapie. Le trouble du membre supérieur gauche n'évoluait pas. Le pronostic était réservé. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail.
21. A l'occasion d'un entretien à son domicile avec la SUVA le 7 décembre 2011, l'assurée a rappelé les douleurs et limitations dont elle souffrait. Elle a également précisé que sa situation lui pesait énormément du point de vue psychologique et financier. Elle se sentait dévalorisée et avait l'impression d'être constamment dépendante d'autrui. Elle n'arrivait pas « à voir le bout du tunnel ». Elle était toujours en incapacité de travail.
22. Dans un courrier du 10 février 2012 adressé au Dr D_____, le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a indiqué que la situation était très difficile puisque l'assurée souffrait d'une allodynie péricatrichienne avec des douleurs irradiant jusque dans les quatrième et cinquième doigts. Le dernier bilan ENMG effectué à la CRR avait montré des signes pour une neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche. Actuellement, l'intéressée présentait toujours des douleurs chroniques au niveau du membre supérieur, au repos et lors des sollicitations. Elle excluait progressivement son bras gauche et comptait sur son entourage, très présent, pour les activités de la vie quotidienne. Elle n'était pas suivie sur le plan psychiatrique. Au niveau de la rééducation, l'assurée ne pouvait pas bénéficier de mesures supplémentaires. Tous les traitements entrepris en ergothérapie et en physiothérapie n'avaient malheureusement apporté aucun bénéfice. A présent, sa prise en charge devait être axée sur le plan antalgique. L'intéressée ne souhaitait pas refaire un ENMG du membre supérieur gauche pour le moment.
23. Dans un rapport intermédiaire du 2 mars 2012, le Dr D_____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était mauvaise. En outre, le processus de guérison était entravé par un contexte socio-psychologique difficile. Son traitement

actuel était principalement antalgique. Sa capacité de travail était nulle, pour une durée indéterminée. Une consultation auprès du médecin d'arrondissement de la SUVA était préconisée.

24. Dans un rapport du 15 mai 2012, les doctresses M_____, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques et en médecine interne générale, N_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine psycho-sociale et psychosomatique, et O_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, ont retenu les diagnostics de douleurs chroniques du MSG dans le contexte d'un syndrome douloureux complexe régional - anciennement algodystrophie - (status post fracture supra-condylienne de l'humérus gauche ostéosynthésée le 29 juin 2008 ; ablation du matériel le 3 septembre 2008), de neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche (ENMG en mars 2011), de capsulite rétractile de l'épaule gauche, d'allodynie péricatricielle du coude gauche, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'hypothyroïdie substituée, de status post appendicectomie dans l'enfance et de status post fracture du sternum en 1992.

L'assurée présentait des douleurs chroniques du membre supérieur gauche post-traumatiques, dans un contexte de capsulite rétractile et d'un très probable syndrome douloureux complexe régional. Elles proposaient d'instaurer un antidépresseur tricyclique, un travail en ergothérapie de désensibilisation du bras ainsi qu'un travail avec des miroirs, tel que préconisé dans la prise en charge des syndromes douloureux régionaux complexes, et une psychothérapie de soutien pour améliorer sa prise en charge globale. Au vu de status clinique suggérant une dysautonomie régionale, une série de blocs sympathiques au niveau cervical était aussi indiqué en cas de réponse positive à un premier bloc qui serait effectué à but diagnostic, afin de confirmer la probable participation du système nerveux autonome à la genèse des douleurs.

25. Dans un rapport intermédiaire du 25 octobre 2012, le Dr D_____ a relevé que l'évolution était mauvaise. Le pronostic était réservé et le contexte social difficile. L'incapacité de travail était de 100%. Il a joint à son rapport un courrier du 23 novembre 2011 adressé au Dr L_____, dans lequel il indiquait que l'assurée avait développé une irritation au niveau du nerf ulnaire avec à ce jour une persistance de peau cartonnée sur les quatrième et cinquième doigts. Le tableau s'était compliqué avec une épaule gelée. L'intéressée avait récupéré partiellement ses amplitudes articulaires, en partie grâce à une infiltration du nerf supra-scapulaire. Elle gardait un membre supérieur amyotrophique avec une peau qui était devenue brillante, ce qui évoquait un contexte surajouté d'algoneurodystrophie.
26. Dans un rapport intermédiaire du 29 janvier 2013, le Dr D_____ a renvoyé à son courrier du 23 novembre 2011, précisant ne pas suivre l'assurée régulièrement et ne pas être en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail.

27. Le 30 janvier 2013, le Dr L_____ a relevé que la mobilisation de l'épaule et du coude engendrait rapidement d'importantes douleurs, de sorte que la physiothérapie n'était pas indiquée actuellement. Il convenait de poursuivre le traitement antalgique et la désensibilisation. Une fois les douleurs maîtrisées, ce qui prendrait probablement plusieurs années, des mesures pourraient éventuellement être prises pour qu'elle récupère des amplitudes articulaires.
28. Dans un rapport intermédiaire du 11 février 2013, le Dr K_____ a retenu le diagnostic d'état dépressif moyen, traité avec une bonne stabilisation de l'humeur, en rapport direct avec le traumatisme subi au membre supérieur gauche en 2008. Son état était stationnaire. L'assurée était très fixée sur la symptomatologie douloureuse de son bras et le handicap inhérent. L'amélioration de son état psychique était directement liée à l'évolution de ce problème. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail.
29. Le 19 avril 2013, l'assurée a été examinée par le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans le rapport du même jour qui s'en est suivi, le Dr P_____ a considéré que l'assurée avait subi un traumatisme du membre supérieur gauche, côté non dominant, le 28 juin 2008, avec fracture de l'humérus distal traitée par ostéosynthèse. L'évolution avait été compliquée par une capsulite rétractile de l'épaule, ainsi que des troubles sensitifs avec allodynie péri-catricielle et neuropathie axonale du nerf radial. Par la suite, étaient apparus des troubles de l'adaptation, caractérisés par une réaction anxieuse et dépressive. Les différents traitements n'avaient pas permis d'obtenir une amélioration pouvant faire envisager la reprise d'une activité professionnelle nécessitant l'usage des deux membres supérieurs. Une pleine capacité de travail pouvait être admise dans une activité monomanuelle ne comportant pas d'efforts physiques, tels que les ports de charges et les manipulations de gros objets. La situation paraissait stabilisée. La poursuite d'un traitement de la douleur était justifié à long terme (antalgiques et ergothérapie). Par ailleurs, un état dépressif réactif justifiait également un suivi médical à long terme.
30. Dans une estimation de l'atteinte à l'intégrité du même jour, le Dr P_____ a constaté que l'assurée avait été accidentée le 28 juin 2008. Elle avait été prise en charge pour une fracture distale de l'humérus gauche faisant l'objet d'une ostéosynthèse. L'évolution avait été satisfaisante en ce qui concerne la fracture. Par contre, il s'était développé une capsulite rétractile de l'épaule et des troubles neurologiques (allodynie péri-catricielle, neuropathie axonale partielle du nerf radial). Ces complications avaient entraîné une importante limitation de la mobilité de l'épaule, du coude et de la main. Il s'en était suivi également des troubles de l'adaptation, avec réaction anxieuse et dépressive. Les différents traitements n'avaient pas permis d'améliorer la situation dans une mesure qui puisse faire espérer une reprise d'activité. L'atteinte à l'intégrité était évaluée à 25%. Cette évaluation était basée sur la table I de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité. Elle prenait en compte la perte fonctionnelle de l'épaule de 10%, de 9% pour le

coude, soit 8.1% de 90% et de 8% pour la main, soit 6.5% de 82%. Le taux total était ainsi de 24.6%, arrondi à 25%.

31. Dans un rapport du 8 mai 2013, le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin conseil de la SUVA, a rappelé que le Dr I_____ avait retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, et que le Dr K_____ parlait d'un état dépressif moyen, traité, avec une relativement bonne évolution. Il a conclu que selon l'ensemble des éléments recueillis, tant le trouble de l'adaptation, qui impliquait de facto la présence de stressors externes (dans ce cas l'accident, comme facteur déclencheur), que le trouble dépressif moyen étaient clairement liés à l'accident, plus particulièrement à l'évolution négative de ce dernier sous forme de présence de troubles douloureux. De ce fait, il existait une causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident subi en 2008. Par ailleurs, l'intensité symptomatologique du trouble de l'humeur décrite se situait entre le léger et le moyen. De ce fait, il n'y avait en tout cas pas d'incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques. Au contraire, la capacité de travail restait entière sous cet angle.
32. Le 16 mai 2013, la SUVA a informé l'assurée que selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de son accident. Elle mettait ainsi fin au paiement des soins médicaux, hormis le traitement de la douleur à long terme (antalgiques et ergothérapie). Il subsistait une capacité de travail résiduelle et il appartenait à l'intéressée de la mettre à profit en exerçant une activité adaptée à son état de santé. En outre, elle s'était annoncée à l'OAI, lequel allait examiner l'éventuelle mise en œuvre de mesures de réadaptation. Afin de lui permettre d'entreprendre les démarches nécessaires pour trouver un poste de travail adapté, l'indemnité journalière serait versée jusqu'au 31 août 2013, sur la base d'une incapacité de travail de 100%. A ce moment-là la SUVA se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité. Outre la rente d'invalidité, l'assurée avait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) d'un montant de CHF 31'500.-, laquelle serait versée en septembre 2013.
33. Le 2 octobre 2013, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assuré par Madame R_____ (ci-après : l'enquêtrice), pour le compte de l'OAI.

Dans le rapport d'enquête du 3 octobre 2013 qui a suivi, cette dernière a rappelé les diagnostics retenus, soit une capsulite rétractile de l'épaule gauche, une allodynie péri-catricielle du coude gauche avec raideur, une neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche, un status après fracture supracondylienne de l'humérus gauche le 28 juin 2008 traitée par ostéosynthèse le 29 juin 2008 et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 septembre 2010. Avant son accident, l'assurée travaillait à 70% et s'occupait de son ménage à 30%.

L'enquêtrice est arrivée à la conclusion que l'assurée était impotente. Les empêchements dans le ménage étaient très importants, puisque l'assurée ne pouvait effectuer aucune activité bimanuelle et qu'elle souffrait de douleurs chroniques qui devenaient aigües dès que son membre supérieur gauche recevait la moindre stimulation sensitive. Elle avait besoin d'aide pour s'habiller, se laver et couper ses aliments. Cette prestation découlant d'un accident, il appartenait à la SUVA de l'évaluer. Elle a conclu à un taux d'empêchement dans le ménage de 53.4% :

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

34. L'IPAI a été versée à l'assurée le 14 octobre 2013.

35. Par décision du 29 octobre 2013, la SUVA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 10%, soit un montant mensuel de CHF 181.65 (gain annuel assuré de CHF 27'251.-), et une IPAI de CHF 31'500.-.

Il ressortait du dossier qu'en dépit des séquelles de l'accident, l'assurée était capable d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre son bras gauche à contribution. Une telle activité pouvait lui permettre de toucher un revenu annuel de CHF 40'681.-. Comparé au gain de CHF 45'400.- réalisable sans l'accident pour un travail de nettoyeuse à plein temps, il en résultait une perte de gain de 10%. Les troubles psychiques de l'assurée n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, de sorte que les troubles psychiques ne donnaient droit à aucune prestation.

S'agissant de l'IPAI, elle s'élevait à 25% et se montait à CHF 31'500.- (25% du gain annuel de CHF 126'000.-).

36. Par courrier du 6 novembre 2013, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, fait opposition à cette décision et requis qu'une copie du dossier lui soit transmise.

37. Le 15 janvier 2014, l'assurée a motivé son opposition.

S'agissant de la rente d'invalidité, la SUVA avait considéré que, sur le plan somatique, l'atteinte liée à l'accident entraînait une diminution de la capacité de gain de 10%, et que, sur le plan psychique, ses troubles n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Cette appréciation était contestée. Premièrement, la SUVA ne précisait pas ce qu'elle visait dans le cas particulier par « troubles psychogènes ». Cela était d'autant plus important qu'elle admettait que lesdits troubles avaient une influence sur la capacité de travail. Ensuite, elle n'expliquait pas en quoi ces troubles ne seraient pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident. Enfin, la SUVA s'était écartée de l'appréciation du Dr S_____, lequel avait retenu de très importantes limitations du membre supérieur gauche et conclu qu'une capacité de travail ne pouvait être envisagée que pour une activité mono-manuelle ne comportant pas d'efforts physiques. Or, dans la décision querellée, la SUVA considérait qu'elle serait en mesure de travailler dans différents secteurs de l'industrie et qu'il suffirait qu'elle ne mette pas trop son bras gauche à contribution.

En ce qui concerne l'IPAI, l'appréciation du Dr S_____ était contestée compte tenu de ses propres constatations objectives lors de l'examen clinique. Il avait constaté une limitation de l'épaule supérieure à 75%, une limitation du coude de l'ordre de 75% et une limitation importante du poignet. Par conséquent, l'atteinte était de 22.5% pour l'épaule (75% de 30%), de 19% pour le coude (75% de 25%) et de 18% pour le poignet (60% de 30%), soit un total de 59.5% ce qui devait être assimilé à une perte fonctionnelle totale de 50%. A cela s'ajoutait une atteinte à sa main, soit une force de serrage nulle, ce qui devait être assimilé à la perte de l'essentiel de l'usage de celle-ci. Partant, c'était une atteinte de 40% qui devait être retenue à ce titre, laquelle s'ajoutait à la perte fonctionnelle de 50% précitée, ce qui totalisait l'atteinte globale à 90%.

Compte tenu de ces éléments, elle s'opposait à la décision du 29 octobre 2013.

38. Par décision du 4 avril 2014, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. Depuis le mois de septembre 2010, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Son statut était celui d'une personne mixte, à savoir travaillant à 70% dans une activité professionnelle lucrative et à 30% dans la sphère ménagère. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) estimait que son incapacité de travail était de 100% dans son activité habituelle, mais que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100%, dès le mois de mars 2011.

L'intéressée n'ayant pas repris d'activité lucrative, le revenu avec invalidité était basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), en particulier le tableau TA1, tous secteurs confondus (total), pour une femme travaillant dans une activité

de niveau 4 (activités simples et répétitives), soit un revenu annuel de CHF 37'267.- à 70%. En raison des limitations fonctionnelles et de son âge, un abattement supplémentaire de 10% était appliqué, ce qui ramenait le revenu avec invalidité à CHF 33'541.-. S'agissant du revenu sans invalidité, il était de CHF 27'458.- en 2009, pour deux activités professionnelles.

Sur le plan professionnel, il n'y avait ainsi aucune perte de gain, de sorte que le degré d'invalidité était nul.

En ce qui concerne la sphère ménagère, le service d'enquête retenait des empêchements à hauteur de 53%. Le degré d'invalidité se montait ainsi à 15% (53% de 30%).

Ce degré d'invalidité était insuffisant pour donner droit à un reclassement ou à une rente. Une aide au placement pouvait être demandée par écrit et de manière motivée.

39. Le 16 mars 2015, la SUVA a annulé sa décision du 29 octobre 2013.
40. Dans une appréciation médicale du 20 mars 2015, la doctoresse T_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement la SUVA, a apporté des précisions sur le taux de l'IPAI accordée à l'assurée. Il ressortait de l'évaluation du Dr P_____ que ce dernier n'avait pas tenu compte des troubles contextuels et psychologiques de l'intéressée. Concernant les taux d'atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres supérieurs, il convenait de rappeler que la perte fonctionnelle totale du membre supérieur était évaluée à 50%. Dans le cas de l'assurée, il n'y avait pas une perte fonctionnelle totale du membre supérieur gauche non dominant. Néanmoins, il persistait une limitation de la mobilité de l'épaule, du coude et très modérément de la main. Dès lors, l'estimation à 25% de ladite perte fonctionnelle était justifiée, en la considérant comme la moitié de la perte fonctionnelle totale du membre supérieur.
41. Par une nouvelle décision du 18 juin 2015, la SUVA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 16%, soit un montant mensuel de CHF 290.70 (gain annuel assuré de CHF 27'251.-), et une IPAI de CHF 31'500.-.

Il ressortait du dossier qu'en dépit des séquelles de l'accident, l'assurée était capable d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre son bras gauche à contribution. Une telle activité pouvait lui permettre de toucher un revenu annuel de CHF 28'850.-, basé sur l'ESS et en prenant en compte un abattement maximum de 25%. Comparé au gain de CHF 46'455.- réalisable sans l'accident pour un travail de nettoyeuse à plein temps, selon la convention collective de travail du nettoyage, il en résultait une perte de gain de 16%. Les troubles psychiques de l'assurée réduisaient sa capacité de travail, mais n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'ils ne donnaient droit à aucune prestation. En effet, l'accident de la circulation subi devait être qualifié de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité et les critères pour retenir un lien de causalité adéquate n'étaient pas remplis.

S'agissant de l'IPAI, elle s'élevait à 25% et se montait à CHF 31'500.- (25% du gain annuel de CHF 126'000.-).

42. Dans une attestation du 20 juillet 2015, le docteur U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame V_____, psychologue clinicienne FSP, ont indiqué que l'assurée avait débuté un suivi psychothérapeutique le 25 juin 2014. A la suite d'un accident de la circulation et des séquelles de plusieurs interventions chirurgicales, elle avait développé un trouble anxieux et dépressif mixte récurrent affectant son rendement professionnel de manière sévère. Ce contexte avait contribué à aggraver sa thymie dépressive, avec des sentiments intenses de révolte, d'injustice, de peur et de désespoir, des troubles du sommeil avec notamment des troubles de l'endormissement, des réveils nocturnes et des cauchemars récurrents, une labilité émotionnelle significative, un sentiment d'inutilité, de dévalorisation et des ruminations anxieuses permanentes tournant en boucle et centrées sur les mêmes thématiques. Elle présentait une aboulie, une anhédonie, une fatigue psychique et physique, ainsi que des troubles de la concentration et de sa capacité à mémoriser de nouvelles informations, ce qui lui portait préjudice au niveau professionnel. Des idées suicidaires passives étaient récurrentes. Les séquelles somatiques de son accident avaient un impact très significatif dans sa vie et l'empêchaient de faire les gestes simples du quotidien. L'intéressé évoquait une forte baisse de l'estime de soi depuis son incapacité de travailler, un sentiment de honte et une forte sensibilité au regard d'autrui. Au niveau somatique, elle se plaignait de douleurs au quotidien depuis son accident, notamment une hypersensibilité au toucher de son bras affecté, ce qui l'obligeait à une hyper vigilance épuisante lors de tous ses déplacements extérieurs.

43. Le 19 août 2015, l'assurée a formé opposition à la décision du 18 juin 2015.

Selon elle, la décision entreprise ignorait les conclusions du Dr P_____. Les limitations constatées par ce dernier l'avaient amené à conclure qu'une capacité de travail pourrait être éventuellement envisagée dans une activité mono manuelle ne comportant pas d'efforts physiques. Or, la SUVA retenait qu'elle serait en mesure de travailler dans différents secteurs de l'industrie à condition qu'elle ne mette pas trop son bras gauche à contribution.

Il convenait de rappeler que les lésions physiques dont elle souffrait depuis l'accident n'étaient pas négligeables. D'ailleurs, le 31 mars 2011, soit plus de trois ans après l'évènement, la CRR avait diagnostiqué une capsulite rétractile de l'épaule gauche, une allodynie péri-cicatricielle du coude gauche, une raideur du coude gauche et une neuropathie axonale sensitive partielle de la branche superficielle du nerf radial gauche.

Le rapport d'enquête ménagère établi par l'OAI le 3 octobre 2013 indiquait qu'elle était impotente, qu'elle avait besoin d'aide pour s'habiller, se laver et couper ses aliments. Déduction faite de la retenue relative à l'exigibilité de la famille, des empêchements étaient retenus à hauteur de 80% s'agissant de l'alimentation, de

90% pour l'entretien du logement et de 80% pour la lessive et l'entretien des vêtements. Le rapport relevait encore que dès qu'elle touchait ou frôlait quelque chose avec son bras ou sa main, cela déclenchait des douleurs aiguës et des rougeurs sur toute la longueur du bras, mais aussi de l'épaule, de la nuque, de l'omoplate et du bras opposé, étant précisé que ces douleurs ne se calmaient que plusieurs jours après.

S'agissant des troubles psychiques et de leur influence sur sa capacité de gain, ils étaient reconnus par la SUVA. Toutefois, cette dernière considérait qu'ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, ce qui était contesté. En l'occurrence, plusieurs critères permettant d'admettre le lien de causalité adéquate étaient remplis, soit : l'existence de douleurs physiques persistantes, les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes, ainsi que la durée anormalement longue du traitement. Quant à la qualification de la gravité de l'accident par la SUVA, elle était également contestée. En effet, le véhicule dans lequel elle se trouvait circulait à 50 km/h, avait été percuté par un autre véhicule, puis s'était brutalement encastré dans un mât métallique des transports publics, ce qui avait arrêté ledit véhicule d'un seul coup, le conducteur n'ayant pas eu le temps de freiner. Un tel choc était violent et ne pouvait pas être qualifié de banal. Bien qu'attachée, elle avait subi une fracture multifragmentaire de l'humérus gauche, qui présentait encore aujourd'hui d'importantes limitations fonctionnelles. Il était donc insoutenable de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident.

En ce qui concerne l'IPAI, l'appréciation du Dr S_____ était contestée compte tenu de ses propres constatations objectives lors de l'examen clinique. L'atteinte globale était de 90%. Son membre supérieur était inutilisable, comme en attestait l'enquête ménagère conduite par l'OAI.

44. Par décision sur opposition du 7 septembre 2015, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

L'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident n'était pas contestée. Demeurait litigieuse la question du lien de causalité adéquate.

Lors de cet événement, l'assurée était attachée au milieu du siège arrière de la voiture de son beau-frère qui circulait normalement en ville et traversait un carrefour. Un véhicule non prioritaire était survenu sur sa gauche et avait légèrement heurté l'avant gauche de l'automobile concernée. Pour éviter un violent choc, le beau-frère de l'assurée a donné un violent coup de volant sur la droite, à la suite de quoi, son véhicule a percuté deux petits poteaux en métal sur le trottoir, ainsi qu'un mât métallique des transports publics. L'assurée avait été blessée, son beau-frère s'était plaint de diverses douleurs et la seconde passagère de douleurs au thorax. Le conducteur du véhicule ayant refusé la priorité n'avait pas été blessé. Compte tenu du déroulement de l'accident, cet événement ne pouvait pas être

considéré comme un accident grave ou de gravité moyenne à la limite des cas graves, comme le laissait entendre l'assurée, sans toutefois le qualifier expressément. Vu la manœuvre d'évitement de son beau-frère, on pouvait douter que la course se soit terminée à une vitesse constante de 50 km/h, sans même évoquer la question de la décélération de l'assurée elle-même à l'intérieur du véhicule. Cet évènement présentait manifestement des forces d'une intensité bien inférieure à celle de la casuistique tirée de la jurisprudence pour les accidents de gravité moyenne au sens strict. L'accident de l'assurée devant être qualifié de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité, quatre critères devaient être réalisés, à moins que l'un d'entre eux ne se manifeste avec une intensité particulière. En l'occurrence, le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou celui du caractère particulièrement impressionnant de l'accident devait être écarté. Il en allait de même du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques. Quant aux autres critères, il importait de suivre l'évolution du dossier. En l'occurrence, le traitement avait duré initialement dix mois, puis trois ans, durant lesquels, l'assurée s'était vue prescrire des médicaments antalgiques, quelques traitements antalgiques et des séances de physiothérapie, de manière discontinue, de sorte que l'intensité nécessaire pour retenir le critère de la durée anormalement longue du traitement médical n'était pas donnée. Quant aux critères des douleurs physiques persistantes, des difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ils étaient réalisés. Toutefois, comme le soulignait l'assurée, les troubles psychiques, sans parler des facteurs extramédicaux, influençaient sur les atteintes somatiques. Dans ces circonstances, aucun de ces trois critères ne revêtait une importance ou une intensité particulière. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident devait donc être niée.

Dans son rapport du 19 avril 2013, le Dr P_____ avait considéré que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité monomanuelle ne comportant pas d'efforts physiques tels que les ports de charges ou la manipulation de gros objets. Il fallait donner acte à l'intéressée qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions de ce médecin à cet égard. En l'occurrence, un revenu avec invalidité de CHF 38'850.- avait été retenu sur la base de l'ESS 2012 et d'un abattement maximum de 25%. En effet, le salaire statistique de référence était celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé. En 2012, ce salaire s'élevait à CHF 4'112.- par mois pour 40 heures de travail par semaine. Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail moyenne de 41.7 heures en 2012, 2013 et 2014, ainsi que de l'évolution des salaires de 0.7% en 2013, le revenu avec invalidité était de CHF 51'801.21 en 2013. Afin de tenir compte des circonstances spécifiques du cas de l'assurée, un abattement de 25% devait être appliqué, et le revenu avec invalidité ramené à CHF 38'850.-. Sans invalidité, l'assurée aurait pu réaliser un revenu

annuel de CHF 46'455.- en travaillant comme nettoyeuse à plein temps. Son préjudice économique était ainsi de 16%.

Enfin, s'agissant de l'IPAI, le taux de 25% avait été établi par le Dr P_____ et validé par la Dresse T_____. Il convenait de rappeler que la perte fonctionnelle totale d'un membre supérieur était évaluée à 50%. Tel n'était pas le cas de l'assurée dont la perte fonctionnelle du bras gauche non dominant n'était pas totale. Néanmoins, il persistait une limitation de la mobilité de l'épaule, du coude et très modérément de la main. Dès lors, il fallait considérer que l'assurée avait perdu la moitié de la fonctionnalité de son bras gauche ce qui justifiait le taux de l'IPAI retenu.

45. Par acte du 9 octobre 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais.

L'intimée admettait la réalisation de trois des sept critères posés par la jurisprudence pour admettre le lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident, soit les douleurs physiques persistantes, les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes et le degré et la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques.

Compte tenu des circonstances de l'accident et de la jurisprudence du Tribunal fédéral, son accident devait être qualifié de gravité moyenne stricto sensu. En raison de la réalisation des trois critères précités, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre son état psychique et l'évènement accidentel devait être reconnue.

En tout état de cause et quand bien même il faudrait considérer que ledit accident était de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité, le lien de causalité adéquate serait également donné. En effet, le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, nié par l'intimée, était rempli. Elle avait subi une ostéosynthèse, séjourné à la CRR du 2 décembre 2008 au 13 janvier 2009, subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 septembre 2010, séjourné à la CRR du 26 janvier au 2 mars 2011, bénéficié d'une infiltration du nerf supra-scapulaire gauche le 15 septembre 2011, consulté les Drs D_____ et L_____, ainsi que le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, et soumise à un suivi antalgique, ergothérapeutique et psychiatrique. Ainsi, entre juin 2008 et la fin de l'année 2011, ses traitements étaient thérapeutiques et non uniquement antalgiques.

En outre, elle relevait que le lien de causalité adéquate devait de toute façon être admis lorsque l'un des critères se manifestait de manière particulièrement marquante. Tel était en l'espèce le cas du critère de la douleur physique persistante. Il était établi que depuis 2008, elle devait composer avec des douleurs particulièrement vives et qui empoisonnaient son quotidien. Aucun des médecins qui l'avaient examinée n'avait jamais remis en question la réalité des douleurs subies. Les douleurs ressenties étaient particulièrement importantes et se

manifestaient sur une période extraordinairement longue, ce qui influait sur son équilibre psychologique.

Depuis le 3 septembre 2010, son incapacité de travail était complète, en raison de ses atteintes somatiques, sans perspective d'amélioration. D'ailleurs, le rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 octobre 2013 retenait notamment qu'elle était impotente, ne pouvant ni s'habiller, ni se laver seule. Dès lors, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques était également réalisé d'une manière suffisamment marquante pour permettre à lui seul d'établir le lien de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident.

Compte tenu de ces éléments, une rente entière d'invalidité devait lui être allouée.

46. Dans sa réponse du 9 décembre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Quoiqu'en dise la recourante, les circonstances de l'accident permettaient de relativiser les forces générées par l'accident. Au regard de la casuistique du Tribunal fédéral, l'accident devait être qualifié de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité.

Cet événement n'avait pas revêtu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Aucune erreur médicale ne ressortait du dossier. Les lésions physiques occasionnées n'étaient pas de nature à entraîner des troubles psychiques.

S'agissant du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il devait être écarté. Le traitement dont avait bénéficié la recourante dans un premier temps avait consisté en une opération suivie d'un séjour à la CRR. Environ huit mois après l'accident, la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pratiquée en septembre 2010, la recourante avait séjourné une nouvelle fois à la CRR, fait l'objet d'une infiltration, suivi un traitement antalgique et par manipulation et régulièrement consulté ses médecins traitants. Compte tenu de la jurisprudence, ni des mesures d'investigation, ni celles prodiguées à des fins antalgiques ou conservatrices et encore moins celles ayant pour objet les affections psychiques ne devaient être prises en compte pour l'examen de ce critère, de sorte qu'il ne pouvait pas être retenu.

Quant au critère de l'incapacité de travail d'une durée ou d'un degré particulier, il n'était pas non plus réalisé. Certes, l'intimée l'avait-elle tenu pour réalisé dans la décision querellée. Cela étant, en observant le parcours de la recourante depuis le 28 juin 2008, il apparaissait que huit mois après l'accident, elle avait recouvré une pleine capacité de travail. Après sa rechute en 2010, elle n'avait pas repris d'activité lucrative. Sur le plan somatique, son état de santé n'avait depuis que peu évolué, essentiellement en raison de la capsulite rétractile. Cependant, malgré ces séquelles physiques, elle était capable de travailler. Ainsi, il y avait lieu de constater que l'accident n'avait pas affecté la capacité de travail de l'intéressée dans une mesure suffisante pour que ce critère soit considéré comme réalisé.

L'apparition d'une complication en cours de guérison et la persistance de douleurs physiques ne pouvaient être remises en cause. En ce qui concerne ce dernier critère, il ne s'était pourtant pas manifesté avec une intensité particulière. En effet, contrairement à ce que soutenait la recourante, les éléments du dossier démontraient que les douleurs physiques présentées étaient compatibles avec l'exercice à plein temps d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Sur les sept critères, seuls deux entraînent en ligne de compte, sans que l'un ne se manifeste avec une intensité particulière. Par conséquent, le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques devait être nié et la demande de prise en charge des troubles rejetée.

47. Dans sa réplique du 15 janvier 2016, la recourante a intégralement persisté dans les termes et conclusions de son recours. Pour le surplus, elle a réaffirmé que l'évènement du 28 juin 2008 devait être qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu, ce qui, compte tenu des critères admis par l'intimée, suffisait à admettre le lien de causalité adéquate entre ledit accident et ses troubles psychiques. Contrairement à ce que soutenait l'intimée, le critère de la durée anormalement longue du traitement médical était réalisé. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques, il avait été expressément admis par l'intimée dans le cadre de la décision entreprise. Finalement, dans sa réponse, elle niait sa réalisation sans faire état d'éléments nouveaux, ce qui était contradictoire et dépourvu de pertinence. Enfin, en ce qui concerne l'intensité particulière des critères réalisés, l'intimée ne motivait pas sa position.
48. Dans sa duplique du 9 février 2016, l'intimée a persisté dans les conclusions de sa réponse du 9 décembre 2015. Elle a précisé qu'elle n'était liée ni par les considérants de la décision querellée, ni par les faits apportés par la recourante. S'agissant de la gravité de l'accident, la position de la recourante était contestée, à la lumière de l'abondante casuistique du Tribunal fédéral. L'évènement du 28 juin 2008 devait bel et bien être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité.
49. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. A 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 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.
4. Le litige porte sur le droit à la rente d'invalidité de la recourante, en particulier sur son degré d'invalidité et sur la question de savoir si les troubles psychiques présentés par la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 28 juin 2008.
5. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

7. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés. a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1).
8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. a. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord

classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

b. Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

c. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

d. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en

liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (ATF 134 V 109, consid. 6.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

D'après la casuistique, les accidents de voiture, qui opposent des forces comparables ou à tout le moins non réduites, sont en règle générale considérés de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 consid. 3.2).

Ont notamment été jugés comme étant de gravité moyenne stricto sensu, les accidents de la circulation suivants : l'accident subi par la conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route et qui avait été victime d'une fracture de la clavicule et de contusion du pied (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 119/06 du 23 mai 2007) ; une collision frontale entre deux véhicules roulant à une vitesse modérée au moment de l'impact (arrêt du Tribunal fédéral 8C_961/2012 du 18 juillet 2013) ; une voiture percutée à l'avant droit par un automobiliste circulant à une vitesse de l'ordre de 50 km/h (arrêt

du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3) ; un accident se produisant sur une autoroute à une vitesse en dessous de 100 km/h, au cours duquel le conducteur avait dû brusquement se rabattre pour éviter un autre véhicule roulant en sens inverse, de sorte que la voiture avait dérapé et percuté la glissière de sécurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_182/2009 du 8 décembre 2009) ; l'accident subi par la conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route et qui avait été victime d'une fracture de la clavicule et de contusion du pied (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 119/06 du 23 mai 2007) ;

Ont notamment été considérés comme des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité : une voiture roulant à une vitesse modérée percutée sur le flanc droit par un automobiliste à la sortie d'un péage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_576/2007 du 2 juin 2008) ; une voiture n'ayant pas observé un signal de priorité, percuté par un autre véhicule sur le côté droit, aucune des parties n'ayant été hospitalisée (ATAS/289/2011 du 23 mars 2011) ; un scootériste heurté à la tête par une camionnette qui effectuait une marche arrière (ATAS/301/2009 du 12 février 2009) ; une voiture percutée sur le flanc gauche par un autre véhicule glissant sur une route enneigée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2013 du 30 septembre 2014).

10. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2.).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

-
11. 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).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

12. a. En l'espèce, les parties s'opposent exclusivement sur l'existence ou non d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 28 juin 2008 et les troubles psychiques de la recourante. Quant au degré d'invalidité, et la rente d'invalidité qui en découle, en

lien avec les atteintes somatiques de l'intéressée, à l'IPAI versée par l'intimée et au lien de causalité naturelle entre l'évènement accidentel et les troubles psychiques, ils sont admis par les parties, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

L'intimée considère que l'évènement du 28 juin 2008 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. Elle a d'abord admis la réalisation de trois, puis deux critères jurisprudentiels, sans une intensité particulière, soit les douleurs physiques persistantes, les difficultés apparues au cours de la guérison et le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ce qui est insuffisant pour pouvoir reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques de l'intéressée.

Quant à la recourante, elle conteste la qualification de l'accident retenue par l'intimée et estime qu'il doit être considéré comme un accident de gravité moyenne proprement dit. S'agissant des critères jurisprudentiels, elle soutient que quatre d'entre eux sont remplis, soit la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, les difficultés apparues au cours de la guérison et le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. En outre, les critères des douleurs physiques persistantes et du degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques étant réalisés d'une manière particulièrement importante, un seul d'entre eux est suffisant pour admettre le lien de causalité adéquate.

b. Les parties s'opposant sur ce point, il convient en premier lieu de qualifier l'accident du 28 juin 2008.

En l'occurrence, compte tenu du déroulement de l'évènement en cause, soit du premier choc à l'avant droit avec un véhicule non prioritaire, de la manœuvre d'évitement du conducteur du véhicule où se trouvait la recourante, du second choc contre deux petits poteaux métalliques et un mât métallique des transports publics bordant la route qui a brusquement arrêté le véhicule, du fait que ledit véhicule n'a pas pu freiner alors qu'il roulait à environ 50 km/h et du fait que la recourante s'est fracturé l'avant-bras gauche, malgré le fait qu'elle était assise à l'arrière du véhicule, au centre et ceinturée, et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière (en particulier : une voiture percutée à l'avant droit par un automobiliste circulant à une vitesse de l'ordre de 50 km/h - arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3), l'accident doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu.

En effet, les éléments au dossier démontrent que les forces en présence sont plus importantes que dans les cas d'une voiture n'ayant pas observé un signal de priorité et percutée par un autre véhicule sur le côté droit, aucune des parties n'ayant été hospitalisée (ATAS/289/2011 du 23 mars 2011) ou d'une voiture percutée sur le flanc gauche par un autre véhicule glissant sur une route enneigée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2013 du 30 septembre 2014).

c. L'accident devant être considéré comme étant de gravité moyenne stricto sensu, au moins trois critères jurisprudentiels doivent être remplis, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière.

c/aa. La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit toutefois pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Or, en l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 28 juin 2008 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant (à titre de comparaison, ce critère a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel [arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008, consid. 3.3.3], d'un carambolage de masse sur l'autoroute [arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1], ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'était encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager [arrêt du Tribunal fédéral U 18/07 du 7 février 2008]). Le fait que ce critère ne soit pas réalisé n'est d'ailleurs pas contesté par les parties.

c/bb. Concernant la gravité des lésions physiques, elles consistent essentiellement en une fracture de l'humérus gauche, puis dans des complications, soit une capsulite rétractile de l'épaule gauche, des troubles sensitifs avec allodynie péricatricielle et neuropathie axonale du nerf radial, ce qui ne constituent à l'évidence pas des lésions propres à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience et au vu des précédents jurisprudentiels (arrêt du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2). Aucune des parties ne soutient que ce critère serait réalisé.

c/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). En l'occurrence et contrairement à ce que soutient la recourante, il apparaît que depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 septembre 2010, son traitement médical a consisté en des contrôles chez le médecin, de la physiothérapie

ou de l'ergothérapie et une prise d'antalgiques, de sorte qu'objectivement, ledit traitement ne saurait être considéré comme continu et lourd. Ce critère ne peut donc être retenu.

c/dd. S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il est admis par les parties, avec raison. En effet, l'ensemble des médecins ayant eu à connaître du cas ont constaté des douleurs marquées. On relèvera encore que le Dr P_____, en sa qualité de médecin d'arrondissement de l'intimée, a admis que l'exercice d'une activité professionnelle nécessitant l'usage des deux membres supérieurs était exclu et que la poursuite d'un traitement de la douleur (antalgiques et ergothérapie) était justifiée sur le long terme.

c/ee. Aucune erreur dans le traitement médical ne ressort du dossier de sorte que ce critère doit être écarté, ce que les parties ne contestent pas.

c/ff. Quant aux difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, force est de constater que ce critère est manifestement réalisé en l'espèce, ce que les parties admettent. En effet, la guérison de la fracture de la recourante a été fortement entravée par une capsulite rétractile de l'épaule gauche, des troubles sensitifs avec allodynie péri cicatricielle et une neuropathie axonale du nerf radial. Ces différentes atteintes ont par ailleurs conduit l'intimée à octroyer à la recourante une rente d'invalidité, ainsi qu'une IPAI, ce qui démontre leur gravité et leur caractère durable.

c/gg. Enfin, s'agissant du critère du degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il apparaît que l'intimée a versé à la recourante des indemnités journalières pour une incapacité totale de travailler jusqu'au 31 août 2013, considérant qu'au-delà de cette date, elle était en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Rappelons que l'intéressée a été considérée comme totalement incapable de travailler du 28 juin 2008 au 1^{er} février 2009, puis du 3 septembre 2010 au 31 août 2013, soit pour des périodes de respectivement sept mois et quasiment trois ans. Cela étant, une incapacité totale de travail de trois ans doit être considérée comme suffisamment importante et longue pour que ce critère soit réalisé. Cela apparaît d'autant plus fondé que l'atteinte somatique initiale est une fracture de l'avant-bras gauche. Soutenir comme le fait l'intimée que l'état de santé de la recourante n'avait que peu évolué depuis la rechute du 3 septembre 2010 et qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est contradictoire avec le versement des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2013. En effet, l'intimée ne saurait à la fois verser des prestations pour une incapacité totale de travail pendant près de trois ans, et dans le même temps ne pas prendre en compte cette période dans l'analyse de ce critère.

d. Compte tenu de ces éléments, il apparaît que trois des critères énoncés par la jurisprudence (difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, degré et durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques et douleurs physiques persistantes) sont remplis en l'espèce. Dans la mesure où la

gravité de l'accident du 28 juin 2008 a été qualifiée de moyenne stricto sensu, il convient d'admettre un lien de causalité entre cet évènement et les troubles psychiques de la recourante. La causalité étant admise, la question de l'intensité particulière des trois critères précités peut rester ouverte.

Partant, c'est à tort que l'intimée a refusé de prendre en considération les troubles psychiques pour calculer la rente d'invalidité de la recourante. Pour ce motif, la décision du 7 septembre 2015 devra être annulée.

e. S'agissant desdits troubles psychiques, les Drs G_____ et J_____, M_____, N_____ et O_____, et Q_____ ont diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Le Dr K_____ a retenu un état dépressif moyen. Le Dr P_____ a relevé qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive était apparu et qu'il justifiait un suivi médical à long terme. Enfin, le Dr U_____ a considéré que la recourante avait développé un trouble anxieux et dépressif mixte récurrent affectant son rendement professionnel de manière sévère.

Quant à l'intimée, elle a admis que les troubles psychiques étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 28 juin 2008 et qu'ils affectaient sa capacité de travail.

A l'exception des Drs Q_____ et U_____, qui se sont prononcés sur l'incapacité de travail en lien avec les troubles psychiques, sans toutefois motiver leurs conclusions à satisfaction de droit, aucun des médecins précités ne s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychique. Dès lors, force est de constater que la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour pouvoir déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, de quel trouble psychique souffre la recourante et encore moins dans quelle mesure ledit trouble influe sur sa capacité de travail. Cette lacune dans l'instruction peut sans doute s'expliquer par le fait que l'incapacité totale de travail de la recourante a été admise par l'intimée jusqu'au 31 août 2013 sur la seule base des atteintes somatiques, puis par le fait qu'elle a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. Il n'en demeure pas moins que l'instruction de l'intimée est lacunaire sur ce point et qu'il convient de lui renvoyer la cause pour qu'elle mette en œuvre les mesures d'instruction nécessaire sur le plan psychique et rende une nouvelle décision. On précisera encore que compte tenu du fait qu'il semble que les troubles psychiques sont étroitement liés aux atteintes somatiques, l'instruction complémentaire devra également porter sur leur relation et leur influence mutuelle les uns sur les autres.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 7 septembre 2015 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du

règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière 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.
3. Annule la décision sur opposition du 7 septembre 2015 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante un montant de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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