

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/400/2013

ATAS/486/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître JOYE Fidèle

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1948, a travaillé en qualité de conseillère d'orientation professionnelle et était assurée à ce titre auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA) contre le risque d'accidents, professionnels ou non, lorsque, le 17 novembre 2006, elle s'est faite renverser par un motocycliste. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident.
2. L'assurée a été hospitalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 17 au 30 novembre 2006, pour un polytraumatisme associant une fracture du cotyle droit à une fracture du tiers distal du cubitus droit, un polytraumatisme facial associant une fracture du toit de l'orbite gauche à une fracture du rocher de l'os temporal droit, des fractures multiples de côtes et une plaie traumatique de la face postérieure de la cuisse droite. Une ostéosynthèse de la colonne antérieure du cotyle droit et une ostéosynthèse par plaque de la fracture du tiers distal de l'ulna droit ont été pratiquées. L'assurée a ensuite été transférée dans le service de médecine physique et rééducation le 12 décembre 2006 (Beau-Séjour), où elle a développé un tableau de douleurs abdominales associées à un syndrome inflammatoire croissant. Une diverticulite sigmoïdienne non perforée a été mise en évidence, ainsi qu'une collection sous-cutanée de la paroi abdominale latérale droite sans particularité.

En résumé, ont été constatées les atteintes suivantes : traumatisme crânien, fracture frontale gauche et fracture du rocher droit, surdité mixte de l'oreille droite, fracture du cotyle droit et de l'aile iliaque droite (ostéosynthésée le 22 novembre 2006), fracture du cubitus droit (ostéosynthésée le 22 novembre 2006), fracture de la branche ischio-pubienne à droite, fractures de côtes à droite (traitées conservativement), une plaie de la cuisse droite (lavée et fermée le 29 novembre 2006), décollement de la cuisse droite (drainage puis fermeture de la plaie le 28 novembre 2006), diverticulite sigmoïdienne (traitée conservativement) et état d'anxiété aigu.
3. L'assurée a réintégré son domicile le 3 février 2007. Dans son rapport de sortie, le secteur de rééducation locomotrice des HUG a répété les diagnostics déjà connus et y a ajouté celui d'ostéoporose. A sa sortie, l'assurée montait et descendait les escaliers avec des cannes anglaises et éprouvait une faiblesse des adducteurs du côté droit. Il n'y avait pas de limitation articulaire, sauf concernant la rotation interne du côté droit.
4. Le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, dans un premier rapport du 30 avril 2007, a constaté que la situation n'était pas stabilisée.
5. Dans un rapport du 26 juin 2007, le docteur C_____, du secteur de neurorééducation de l'Hôpital de Beau-Séjour, a indiqué qu'un dommage

permanent était à craindre (douleurs chroniques aux niveaux du bassin à droite, du membre inférieur droit, du poignet droit et de l'épaule gauche, surdité droite et stress post-traumatique). Le médecin a précisé que l'évolution était très bonne sur le plan fonctionnel : l'assurée pouvait désormais marcher sans moyen auxiliaire et était autonome dans toutes les activités de la vie quotidienne. Au niveau antérolatéral de l'épaule gauche, une échographie avait montré une capsulose évolutive avec une petite ténosynovite kystique réactionnelle du long chef du biceps.

6. Le Dr B_____ s'est livré à un nouvel examen en date du 12 juillet 2007, aux termes duquel il a conclu à une évolution favorable et estimé qu'une reprise du travail pourrait être envisagée après quelques mois.
7. Le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, dans un rapport du 7 septembre 2007, a brièvement retenu le diagnostic d'état dépressif moyen.
8. Le 30 octobre 2007, l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG s'est livré à une brève évaluation de la situation, aux termes de laquelle il a estimé que les séquelles, bien qu'apparemment peu importantes, étaient malgré tout fortement limitatives ; l'assurée n'était plus en mesure de travailler dans le marché primaire.
9. Le 31 octobre 2007, le Dr B_____ a indiqué que l'évolution avait été plutôt favorable initialement mais que l'état psychique de l'assurée s'était dégradé. La situation n'était pas stabilisée.
10. Un rapport d'expertise audiolinguistique a été établi par le docteur E_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale et médecin consultant en otoneurologie, le 14 juillet 2008, qui a conclu que le taux de l'atteinte à l'intégrité s'agissant de l'oreille ne dépasserait pas 15% même si la surdité devait encore s'aggraver.
11. Un appareil acoustique a été prescrit à l'assurée pour son oreille droite, dont les coûts ont été assumés par la SUVA dans le cadre de la prise en charge des frais liés à l'accident.
12. Le 4 août 2008, le Dr D_____ a confirmé son diagnostic d'état dépressif moyen.
13. Le 22 août 2008, le docteur F_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervicale et faciale et médecine du travail, médecin d'arrondissement de la SUVA, a reconnu que l'atteinte au niveau de l'ouïe justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.
14. Madame G_____, psychologue FSP et neuropsychologue ASNP a rendu en date du 8 décembre 2008 un rapport concluant à de « légères difficultés générales » rendant le fonctionnement de l'assurée dans son quotidien « pas totalement optimal ».

15. Dans un bref rapport du 23 février 2009, le Dr D_____ a conclu à un état de stress post-traumatique (ESPT), à un état dépressif moyen et à une anxiété généralisée.
16. Le Dr B_____ a procédé à un nouvel examen le 14 mai 2009, aux termes duquel, trente mois après l'accident, il a constaté qu'au niveau du bassin et de l'avant-bras, après traitement chirurgical, le résultat fonctionnel était bon. Sur le plan orthopédique la situation était stabilisée. En revanche, la relation de causalité entre l'accident et la tendinite de De Quervain n'était ni certaine ni vraisemblable. Il existait une atteinte à l'intégrité. L'appréciation de la capacité de travail ne pouvait être faite en ne tenant compte que des problèmes musculo-squelettiques, mais ceux-ci, pris isolément, ne donneraient pas lieu à une incapacité dans un travail sédentaire.
17. Dans un rapport du 9 août 2009, le Dr D_____ a confirmé ses diagnostics en précisant que l'évolution était lente, voire aggravée depuis mars 2009 (chronicisation de l'ESPT et du trouble dépressif en raison de douleurs persistantes et du problème auditif, gênant pour les relations sociales).
18. Le dossier de l'assurée a été soumis au docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, en psychiatrie et en psychothérapie et médecin auprès de la SUVA, qui a apprécié la situation d'un point de vue neurologique et rendu son rapport en date du 19 août 2009.

Le Dr H_____ a indiqué qu'il existait des indices suggérant une perte de connaissance de courte durée de l'assurée sur les lieux de l'accident. Cependant, le degré de gravité du traumatisme à la tête devait être qualifié de léger (de catégorie clinique II selon la classification établie par la Société européenne de neurologie) car il n'y avait eu ni hémorragie intracrânienne notable, ni lésion du parenchyme cérébral.

Les constatations résultant du premier bilan neuropsychologique réalisé le 31 janvier 2007 aux HUG étaient sans particularité, raison pour laquelle le médecin a considéré qu'il n'était pas vraisemblable que les discrètes modifications aspécifiques décelées par Mme G_____, psychologue, puissent être considérées comme des déficits neuropsychologiques durables d'origine organique. D'un point de vue neurologique, il a conclu qu'il n'y avait aucun indice évocateur d'un syndrome organique cérébral faisant suite à l'accident. En définitive, le médecin a considéré que, dès le début de l'année 2009 au plus tard, une limitation de l'aptitude au travail de l'assurée dans l'exercice de son métier habituel ne se justifiait plus par les suites de l'accident neurologique ou neuropsychologique.

19. Le dossier a également été soumis pour appréciation psychiatrique au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès de la SUVA, qui a constaté que l'assurée avait développé une symptomatologie psychique s'ajoutant à des troubles organiques, que les premiers rapports émanant de son psychiatre traitant faisaient état d'un épisode dépressif moyen alors que ceux établis plus tard évoquaient en outre les diagnostics d'ESPT et d'anxiété

généralisée mais que ces rapports ne donnaient aucun détail concernant la symptomatologie, les constatations psychopathologiques ou l'importance des troubles présentés. Elle a dès lors recommandé qu'une expertise soit mise sur pied.

20. Un mandat en ce sens a été confié au docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, en psychiatrie et en psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 1^{er} novembre 2010, sur la base d'un examen psychiatrique et du dossier de l'assurée.

L'expert s'est livré à une anamnèse extrêmement fouillée, avant de relater les plaintes de l'assurée de manière approfondie.

Il a constaté qu'au vu des descriptions versées au dossier, l'assurée avait souffert, courant 2007, d'un trouble de l'adaptation (réaction à un facteur de stress physique ou psychologique inhabituel) en relation immédiate avec le grave accident de la circulation subi, d'une part, avec ses blessures, incontestablement graves douloureuses et de longue durée, d'autre part. Compte tenu des symptômes dépressifs occupant manifestement le premier plan et attestés par le psychiatre traitant, il fallait conclure à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ou éventuellement un trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive, d'autant qu'il n'y avait absolument aucun antécédent psychiatrique. A cet égard l'expert a précisé qu'un trouble de l'adaptation disparaît en général en six mois, deux ans tout au plus.

L'expert a expliqué que l'assurée, compte tenu de la gravité des lésions et de la longue durée du traitement, avait subi des facteurs de stress psycho-sociaux avec des conséquences psycho-sociales correspondantes. Compte tenu de ces facteurs de stress multiples et persistants, elle avait dû mobiliser à plusieurs reprises l'ensemble de ses mécanismes de défense et de ses stratégies d'adaptation. Ses ressources avaient finalement été affaiblies, ce qui avait entraîné l'apparition de symptômes anxio-dépressifs. L'expert a conclu à des traits de personnalité accentués n'ayant en eux-mêmes aucun caractère pathologique, contrairement à de véritables troubles de la personnalité. Il a précisé que l'accentuation de certains traits de la personnalité ne justifiait pas de réduction de la capacité de travail.

Par ailleurs, l'expert a relevé des symptômes anxio-dépressifs d'intensité variable, se caractérisant principalement par des variations de l'humeur, avec un sentiment d'irritabilité, de nervosité et de tension interne, une certaine agitation, des angoisses face à l'avenir, des phénomènes de ruminations et des troubles du sommeil. Si ces symptômes avaient été au départ d'intensité modérée, selon les évaluations répétées du psychiatre traitant durant un an et demi, ils devaient désormais être considérés comme étant tout au plus d'intensité légère.

La durée définie comme critère pour diagnostiquer un trouble de l'adaptation étant désormais dépassée depuis longtemps, les symptômes résiduels d'intensité variable devaient plutôt être redéfinis en tant que troubles anxieux et dépressifs mixtes. En revanche, les critères permettant de diagnostiquer un véritable trouble anxieux

généralisé n'étaient pas remplis : aucun épisode dépressif d'intensité sévère qui aurait affecté la capacité de travail ou conduit à l'instauration d'un traitement psychiatrique n'était objectivable dans l'anamnèse. L'intensité des symptômes anxieux devait elle aussi être considérée comme tout au plus légère et n'entraînant aucune perturbation sociale importante.

L'expert a relevé que le psychiatre traitant n'avait diagnostiqué d'ESPT qu'après le 15 février 2009. Il a rappelé que selon la CIM-10, les symptômes d'un ESPT apparaissent généralement entre quelques semaines jusqu'à six mois au maximum après l'événement traumatisant. Il a convenu qu'une survenue plus tardive peut être prise en considération dans des cas exceptionnels mais elle doit alors être justifiée séparément. Or, aucune justification de ce type ne ressortait en l'espèce des rapports du psychiatre traitant. L'expert s'est ensuite livré à une discussion concernant le diagnostic d'ESPT, pour finalement conclure qu'il ne pouvait être retenu.

En définitive, il a considéré que les symptômes psychiques résiduels devaient être considérés comme légers et susceptibles de réduire les performances de l'assurée de 20% tout au plus pendant une durée maximale de six mois dans toute activité adaptée à ses limitations physiques, à son âge et à son niveau de formation. En faisant preuve d'un effort de volonté raisonnable, elle devrait être capable d'exercer une activité professionnelle à temps plein après une reprise progressive comprenant un travail à mi-temps au début, puis une augmentation du temps de travail sur une durée maximale de trois mois. Une diminution de rendement de 20% pourrait perdurer.

21. Le Dr D_____, le 7 février 2011, a fait valoir que selon lui, l'accident était l'unique cause des troubles psychiques présentés par l'assurée. Il a répété que l'évolution était lente et plutôt aggravée en raison de la chronicisation de l'état de stress post-traumatique et du trouble dépressif.
22. Le 19 février 2011, le docteur K_____, médecin traitant de l'assurée, a fait valoir que toutes les tentatives d'activités sociales de sa patiente s'étaient traduites par des troubles centraux d'accommodation (surtout de la lenteur et de la fatigabilité).
23. Le dossier de l'assurée a été une nouvelle fois soumis au Dr H_____ qui, en date du 9 juin 2011, a persisté dans son appréciation neurologique du 19 août 2009.
Il a considéré qu'aucune limitation de l'aptitude au travail ne se justifiait par des causes neurologiques, expliquant que la perception subjective de déficit cognitif ou de diminution des performances neuropsychologiques peut résulter de facteurs variés sans lien avec l'accident et que la persistance de tels troubles subjectifs chez l'assurée n'était pas révélatrice d'une lésion du système nerveux périphérique ou central de nature structurelle et vraisemblablement consécutive à l'accident.
24. La Dresse I_____ s'est également penchée à nouveau sur le dossier de l'assurée et s'est livrée à une nouvelle appréciation le 21 septembre 2011.

Elle a émis l'avis que l'évaluation du Dr J_____ était complète en termes de critères officiels et donnait une description détaillée de l'examen de l'assurée, de son état psychopathologique et de sa personnalité ; elle analysait les diagnostics psychiatriques antérieurs de manière circonstanciée. En revanche, l'évaluation de la capacité de travail était trop brève. Il était néanmoins évident que seule une symptomatique affective résiduelle légèrement marquée subsistait.

25. Interpellé sur ce point et sur d'autres, le Dr J_____ a répondu par courrier du 9 janvier 2012.

Il a indiqué que la symptomatique psychique post-traumatique dont souffrait l'assurée, très probablement plus marquée après l'accident - avait en grande partie disparu au moment de l'expertise, soit quatre ans plus tard. Il existait encore une symptomatique anxio-dépressive qui, toutefois, sur la base des constatations cliniques et de la quantification au moyen des échelles psychométriques normalisées, pouvait tout à fait être qualifiée de légère. Cette symptomatique anxio-dépressive ne nécessitait pas de traitements médicamenteux aux benzodiazépines, permanent ou occasionnel et, d'ailleurs, la médication prescrite depuis des années n'avait jamais dû être adaptée.

Malgré ses plaintes, l'assurée était depuis longtemps à nouveau en mesure de suivre un emploi du temps chargé, ce qui démontrait que la symptomatique n'entraînait plus qu'une gêne tout au plus minimale.

Cependant, ces symptômes, bien que légers, étaient encore explorables, de sorte qu'il fallait en tenir compte, dans la mesure où ils affecteraient très probablement légèrement l'assurée si elle reprenait une activité professionnelle : ils entraîneraient un ralentissement léger du rythme de travail en raison d'une fatigabilité accrue, ce qui réduirait les performances de l'assurée et donc sa capacité de rendement. Toutefois, cette réduction de la capacité de rendement serait minime, 20% correspondant déjà à une appréciation très large. De plus, ce déficit de rendement dépendrait de la configuration du poste de travail : plus il serait exigeant et complexe, plus le déficit de rendement serait important. En revanche, dans une activité relativement calme et bien structurée, après un certain temps d'adaptation pour acquérir la routine nécessaire, le déficit de rendement devrait tendre pratiquement vers zéro.

Interrogé également, à la demande du conseil de l'assurée, sur la question de savoir si les capacités d'attention et de concentration étaient compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle, l'expert a répondu par l'affirmative. Il a expliqué que les atteintes neuropsychologiques dont l'assurée avait souffert après l'accident avaient désormais largement régressé et pouvaient être qualifiées de légères lors de l'examen neuropsychologique du 8 décembre 2008. Elles étaient désormais donc plus que largement couvertes par la reconnaissance d'un déficit résiduel de 20% de la capacité de rendement. A cet égard, l'expert a rappelé que le Dr H_____, neurologue, avait également nié l'existence d'une atteinte permanente à la santé sur

les plans neurologique et neuropsychologique. Cela était d'ailleurs corroboré par le fait que l'assurée était en mesure de suivre un emploi du temps chargé (cours d'anglais, apprentissage de l'hébreu et longs trajets en voiture). Cela démontrait qu'elle avait recouvré les capacités d'attention et de concentration lui permettant, avec la motivation et la volonté nécessaires, de reprendre une activité professionnelle.

Pour le reste, l'expert a estimé que la perte de confiance en soi de l'assurée n'était en aucun cas aussi grave que suggéré : elle s'était bien remise des graves blessures corporelles subies et ses troubles psychiques avaient eux aussi très largement régressés. Cette évolution très satisfaisante, avec reprise d'activités variées, contredisait l'hypothèse d'une perte réellement handicapante de confiance en soi et d'estime de soi.

Quatre ans après l'accident, l'angoisse, le sentiment d'insécurité et l'hypervigilance étaient également bien moins marqués que par le passé. Malgré des angoisses passagères et légères, une certaine hypervigilance et un sentiment d'insécurité, elle serait tout à fait en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée avec la diminution de rendement de 20% déjà évoquée.

Sur question du conseil de la recourante, l'expert a enfin expliqué être détenteur depuis plus de dix ans d'un titre de spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie et disposer d'une expérience de plus de vingt ans dans ces domaines.

26. Forte des réponses apportées, la Dresse I_____ a estimé, en date du 4 avril 2012, que l'état de santé de l'assurée était stabilisé d'un point de vue psychique, qu'aucune atteinte à la santé ne justifiait sur ce plan une limitation durable de la capacité de travail dans la dernière activité exercée, que, d'un point de vue psychiatrique, on ne constatait aucune limitation de la capacité de travail en termes de temps de travail ou de rendement, que les troubles résiduels, qu'ils soient anxieux, dépressifs, comportementaux ou autres, ne constituaient pas une atteinte justifiant le versement d'une indemnité.
27. Par courrier du 10 mai 2012, la SUVA a informé l'assurée qu'elle mettait fin à la prise en charge de ses soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} juillet 2012.
28. Par décision du 3 juillet 2013, la SUVA a reconnu à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 25% (2,5% pour les séquelles au poignet, 7,5% pour les séquelles à la hanche droit et 15% pour l'audition), correspondant à un montant de CHF 26'700.-. Elle a par ailleurs constaté que l'état de l'assurée n'empêchait pas la reprise de ses anciennes activités professionnelles et considéré qu'en conséquence, les conditions de l'octroi d'une rente n'étaient pas remplies. Il était précisé qu'une prothèse auditive serait prise en charge.

29. Le 4 septembre 2012, l'assurée s'est opposée à cette décision, contestant d'une part le refus de lui allouer une rente d'invalidité, d'autre part, l'ampleur de l'IPAI octroyée. Elle reprochait à la SUVA de ne pas avoir tenu compte de toutes les séquelles de l'accident, notamment au plan psychique.
30. La SUVA a alors soumis le dossier de l'assurée au docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecine auprès de la SUVA, qui a indiqué que, sur un plan somatique, il ne voyait aucune raison de ne pas s'en tenir à l'appréciation du médecin d'arrondissement (atteinte à l'intégrité de 7,5% pour les atteintes à la hanche droite et de 2,5% pour les séquelles au poignet). En effet, on ne constatait pas de coxarthrose, les lombalgies étaient sans rapport avec l'accident puisque le dos n'avait pas été touché et une aggravation future n'était ni probable ni prévisible.
31. Par décision du 14 décembre 2012, la SUVA a rejeté l'opposition.
- S'agissant d'une éventuelle rente d'invalidité, la SUVA s'est référée à l'appréciation du Dr H_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a émis l'avis qu'une limitation de l'aptitude au travail de l'assurée ne pouvait se justifier à compter du début de l'année 2009 par des séquelles accidentelles neurologiques ou neuropsychologiques de nature organique.
- La SUVA s'est également référée à l'avis du Dr J_____, lequel a qualifié les symptômes psychiques résiduels de légers et susceptibles de diminuer les performances de l'assurée de 20% au maximum durant six mois, dans toute activité adaptée aux limitations physiques, à l'âge et aux formations de l'intéressée, avis partagé par le Dr M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
- Quant à l'IPAI, la SUVA a relevé que la part octroyée pour les troubles ORL (15%) n'était pas contestée. S'agissant des 10% restants, elle s'en est rapportée à l'estimation du Dr B_____ et a constaté que l'assurée se contentait de requérir un taux plus élevé, sans motiver sa position.
32. Par écriture du 1^{er} février 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant préalablement à ce que soient « ordonnées de nouvelles expertises, afin de déterminer plus précisément les taux d'atteintes orthopédique et psychique et les conséquences sur sa capacité de travail ». Quant au fond, elle conclut à ce que lui soit reconnue une incapacité de travail de 100% et le droit à la rente correspondante, d'une part, à ce que l'IPAI soit réévaluée à la hausse, d'autre part.
33. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 18 avril 2013, a conclu au rejet du recours.
34. Le 21 juin 2013, la recourante a répliqué et persisté dans ses conclusions. S'agissant de l'IPAI, elle se réfère à l'avis du Dr K_____.
35. Le 17 juillet 2013, l'intimée a dupliqué en persistant également dans ses conclusions.

36. Invitée à indiquer lesquels de ses médecins elle souhaitait voir entendre par la Cour de céans, la recourante s'est contentée de persister à requérir de nouvelles expertises orthopédique et psychique, en suggérant à cet égard le nom de plusieurs médecins.
37. Interpellé par la Cour de céans, le Dr B_____ a répondu en date du 27 juin 2014 qu'il ne pouvait se prononcer car, à la retraite depuis juin 2009, il n'avait plus accès au dossier.

Il a cependant fait remarquer que les rapports médicaux qu'il avait établis dataient de 2009 et a indiqué qu'il n'était pas impossible qu'en quatre ans, la situation ait évolué.

Le Dr B_____ a encore ajouté que le courrier du Dr K_____ du 13 juillet 2011 n'apportait aucune information contredisant les rapports qu'il avait établis. A cet égard, il a fait remarquer que le vocable « important » faisait partie de la définition de l'atteinte à l'intégrité dont l'existence avait d'ores et déjà été admise.

38. Le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la SUVA s'est également déterminé en date du 30 juillet 2014.

Ce médecin a reconnu que l'assurée avait été victime d'un traumatisme important (polytraumatisme avec fractures multiples) mais a fait remarquer que le pronostic vital n'avait à aucun moment été engagé.

Comme suites accidentelles claires au niveau musculo-squelettique, ont été constatées, outre l'atteinte à la boîte crânienne, une fracture de la colonne antérieure du cotyle à droite, une fracture de la diaphyse ulnaire au tiers distal de l'avant-bras droit, ainsi que des fractures costales à droite. Au niveau des parties molles, a été observée une plaie de la face postérieure de la cuisse droite avec décollement.

Au décours de l'accident, l'assurée a en outre souffert de troubles fonctionnels et douloureux de l'épaule gauche (capsulose évolutive de l'épaule et petite ténosynovite kystique réactionnelle le long du chef du biceps).

Ont également été signalés du point de vue musculo-squelettique lors du séjour dans le service de neurorééducation de l'Hôpital Beau-Séjour : des lombosciatalgies en présence de troubles dégénératifs lombaires, un retard de consolidation de la fracture de la branche ischio-pubienne droite, un affaissement du pied droit, ainsi que de l'ostéoporose et des antécédents d'épicondylite droite au niveau de l'avant-bras droit.

Dans le décours ultérieur, l'assurée a encore souffert d'une tendinite de De Quervain, opérée en février 2009 et prise en charge par l'assurance-maladie.

En 2010, l'assurée a également été traitée pour des pelvi-coxalgies bilatérales et des lombalgies.

Ayant récapitulé toutes les atteintes, le Dr N_____ les a reprises l'une après l'autre afin d'évaluer leur lien de causalité avec l'accident et les séquelles en termes de taux d'IPAI :

- fracture du cotyle droit :

Le médecin a expliqué que le diagnostic à retenir était non pas celui de fractures multiples mais le premier évoqué, à savoir celui de fracture de la colonne antérieure du cotyle droit. Après avoir expliqué en quoi consistait cette atteinte, il a précisé que ce type de fracture nécessite un soin particulier, à défaut duquel apparaît un risque de dégénérescence arthrosique post-traumatique élevé, risque qui peut se présenter même en cas de bonne rééducation de la fracture. Chez l'assurée, cependant, la fracture se trouvant dans la partie antérieure de la cavité cotyloïdienne, ce risque était un peu moins marqué que dans d'autres formes de fractures du même type. Dans son cas, le décours avait été extrêmement satisfaisant et simple et la pseudarthrose décrite était sans conséquences (pas d'insertion musculaire et aucune déstabilisation de l'anneau pelvien). D'un point de vue fonctionnel, cela se traduisait à l'examen final par une discrète diminution de la mobilité coxofémorale et des douleurs mal systématisées, éléments qui avaient été pris en compte par le médecin d'arrondissement.

En résumé, si l'assurée a présenté à la hanche droite une lésion potentiellement grave du point de vue ostéoarticulaire, elle a tout de même bénéficié d'un traitement de qualité qui a permis d'obtenir un bon résultat fonctionnel : du point de vue radiologique, il n'existe pas de remodelé arthrosique justifiant l'octroi d'une indemnité, d'autant que la qualité de la réduction et la zone fracturaire parlent contre la probabilité d'une évolution arthrosique à moyen ou long terme. A cet égard, le médecin a expliqué que les arthroses post-traumatiques se présentent en principe précocement et que leur progression est le plus souvent rapide. Or, chez l'assurée, il n'y a pas lieu d'envisager de complication probable à moyen ou long terme. Qui plus est, il n'est pas octroyé d'IPAI selon les tables SUVA pour une limitation aussi discrète que celle constatée chez l'assurée. Comparant la limitation constatée chez l'assurée à d'autres atteintes répertoriées dans les tables de la SUVA, le Dr N_____ a émis l'avis que le taux retenu par le médecin d'arrondissement, soit 7,5 %, était adapté à la situation, rappelant à ce propos que la fixation du taux d'IPAI est théorique et égalitaire, c'est-à-dire qu'elle ne prend en considération que les troubles objectivables et non les troubles subjectifs. Le médecin a en outre souligné qu'à travers l'octroi d'une IPAI pour cette fracture, avait été naturellement pris en considération le fait que l'atteinte était durable et importante. Dans le cas contraire, aucune IPAI n'aurait été accordée.

- fracture du cubitus :

Le médecin a expliqué qu'en l'occurrence, il y a eu fracture oblique, légèrement spiraloïde, courte, du tiers distal de la diaphyse ulnaire. Il a souligné que les rapports radio-ulnaires distaux ont été parfaitement conservés. La fracture a été

ostéosynthésée et a consolidé sans complication. Dans les premiers temps, ont été signalées des douleurs irradiant dans l'avant-bras, mais il a été rappelé qu'il existait des antécédents d'épicondylite. L'assurée s'est ensuite plainte de douleurs autour du poignet, mais le problème s'est finalement résolu après intervention pour une cure de ténosynovite de De Quervain, intervention prise en charge par l'assurance maladie. Du point de vue clinique, à l'examen final, il n'y avait aucune limitation de la mobilité, strictement superposable à la mobilité controlatérale.

En résumé, l'assurée a présenté au niveau de l'avant-bras droit une fracture qui a été traitée par ostéosynthèse et qui a consolidé sans retard en position anatomique et sans laisser de séquelles fonctionnelles notables autres que des douleurs épisodiques. Le médecin a souligné que, de manière isolée, aucune indemnité n'aurait été accordée pour ce seul status après fracture. L'indemnité finalement accordée - 2,5% -, en-dessous du seuil indemnisable, démontrait que la gravité de la situation avait été considérée de manière globale, du point de vue locomoteur, par le médecin d'arrondissement.

- autres lésions traumatiques avérées :

En plus des atteintes crânio-cérébrales et ORL non contestées, l'assurée a encore souffert de fractures costales à droite, qui ont visiblement guéri sans séquelles sous traitement conservateur, vu l'absence de plaintes en rapport.

L'atteinte au niveau des parties molles de la cuisse droite a également guéri sans séquelles, vu l'absence de troubles référés à ce niveau.

Pour tous ces troubles, le Dr N_____ a reconnu que le lien de causalité avec l'accident était incontestable.

- troubles fonctionnels douloureux de l'épaule gauche :

Le médecin a relevé qu'il n'y avait eu initialement aucune plainte et aucun diagnostic en rapport avec cette articulation, que ce soit durant le séjour dans le département de chirurgie des HUG ou durant l'hospitalisation à Beau-Séjour, en unité de réadaptation. De même, l'assurée n'avait évoqué aucune atteinte à ce niveau dans la lettre adressée à la SUVA en mars 2007. Ce n'est que lors de l'examen par le Dr B_____ le 25 avril 2007 que l'assurée a signalé des douleurs au niveau du bras gauche, dont elle a indiqué qu'elles étaient apparues durant son hospitalisation à Beau-Séjour et pour lesquelles le Dr C_____ a retenu une lésion du deltoïde. A l'examen clinique, était alors observée une limitation de l'abduction au niveau de l'épaule gauche, en raison d'une douleur à mi-bras mais aucune limitation de la rotation externe. Le Professeur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, suite à un contrôle effectué le 22 mai 2007, a relaté que l'assurée se plaignait notamment de douleurs dans l'épaule gauche mais n'a retenu aucun diagnostic à ce niveau.

Passant en revue les différents rapports médicaux versés au dossier, le Dr N_____ a constaté que les premiers troubles au niveau du membre supérieur gauche sont

apparus au décours de l'accident, à une distance temporelle d'au moins deux mois et en l'absence d'indice permettant de conclure à un traumatisme primaire de l'épaule gauche. Il admet que l'on ne saurait d'emblée exclure une traumatisation secondaire de cette épaule, qui pourrait alors être mise en rapport de causalité indirecte avec l'accident. Néanmoins, il a estimé qu'aucun élément probant ne permettait une telle conclusion.

Le Dr N_____ a relevé qu'un seul diagnostic à ce niveau avait été posé au dossier (celui de capsulose évolutive), à l'occasion d'une unique investigation échographique et en l'absence de diagnostics orthopédiques spécifiques, nonobstant des consultations répétées par des spécialistes de l'appareil locomoteur et du système ostéoarticulaire. Or, le diagnostic échographique est difficilement vérifiable. Quant au terme de « capsulose évolutive », il est vieilli et n'a en principe plus sa place dans la terminologie médico-scientifique actuelle. Anciennement, il pouvait être synonyme de capsulite. Le Dr N_____ a constaté que, dans son descriptif, le radiologue avait décrit un épaissement capsulo-ligamentaire et un petit épaissement kystique et signalé une rotation externe douloureuse. Ces éléments, selon le Dr N_____, ne sauraient conduire à un diagnostic de capsulite rétractile de manière probable car l'épaississement de la capsule est localisé, dans une zone atypique pour une capsulite, aucun élément inflammatoire visible échographiquement et normalement présent en phase aiguë ou subaiguë de capsulite rétractile n'a été référé par le radiologue et la formation kystique ou pseudo-kystique décrite au niveau du biceps peut évoquer une petite ténosynovite, banale et sans relevance compte tenu de l'âge de l'assurée au moment de l'examen. En définitive, le Dr N_____ a considéré que la lecture des clichés parlait plutôt en faveur d'une bursite, affection inflammatoire de peu de gravité et, surtout, réversible.

En résumé, l'assurée a présenté secondairement et durant la phase de réadaptation précoce des douleurs du membre supérieur gauche dans sa partie proximale, principalement au niveau du bras. Relativement au seul diagnostic éventuellement post-traumatique évocable en l'absence de traumatisme clair, à savoir une capsulite rétractile, le seul élément clinique franchement compatible avec cette pathologie est la diminution de la rotation externe constatée lors de l'examen échographique et disparue aux examens suivants. En revanche, fait défaut un autre élément typique et pratiquement jamais absent en présence d'une capsulite rétractile : une intense douleur localisée au niveau de l'articulation (et non au niveau du bras comme chez la patiente). En conclusion, le médecin a conclu que le diagnostic de capsulose évolutive ne pouvait être valablement retenu et qu'il avait donc lieu de nier qu'il s'agisse là de séquelles de l'accident. Il a ajouté que la très discrète limitation signalée par le Dr B_____ lors de son évaluation finale ne saurait justifier l'octroi d'une IPAI. En effet, on pourrait tout au plus assimiler ce déficit discret de la rotation interne à une périarthrite scapulo-humérale légère, affection pour laquelle est prévu un taux d'IPAI de 0%.

- les lombalgies et la maladie ostéoporotique :

Le Dr N_____ a relevé qu'au vu des rapports versés au dossier, il était clair que ces affections étaient déjà présentes avant l'accident et avaient déjà fait l'objet d'investigations.

Pour ce qui est de l'ostéoporose, l'assurée aura présenté une perte osseuse transitoire après l'accident en rapport avec la réduction de la mobilité et de la charge à cause des fractures et d'un alitement probablement prolongé. Toutefois, ces périodes de relative inactivité n'ont été que de courte durée et on ne peut certainement pas considérer que l'accident aura eu un effet déterminant et non réversible sur l'évolution de la maladie ostéoporotique. En conséquence, tout lien de causalité naturelle probable entre l'accident et la gravité de l'ostéoporose doit être écarté. Il s'agit là d'une affection purement malade.

S'agissant des lombalgies, le médecin relève que la fracture de l'acétabulum ne s'est grevée d'aucune modification de la statique pelvienne ou de la longueur des membres inférieurs. Il ajoute que la limitation coxofémorale notée à l'examen ne peut être retenue de manière probable comme source d'un déséquilibre lombopelvien susceptible de provoquer des lombalgies. Il note qu'aucun diagnostic de type organique n'a été mis en rapport avec les lombalgies, hormis des troubles dégénératifs. Quant à d'éventuels troubles de la marche entraînés par les lombalgies, il n'existe aucun lien de causalité selon la doctrine médicale. Qui plus est, jamais la moindre anomalie déambulatoire n'a été constatée à l'examen clinique chez l'assurée, une fois la phase de réadaptation terminée. Il n'existe donc aucun argument pour considérer que les troubles lombaires non spécifiques et préexistants à l'accident auraient été aggravés de manière déterminante par les conséquences de celui-ci.

En conclusion, le Dr N_____ a émis l'avis que le taux d'IPAI retenu par le Dr B_____ lors de son examen final était en adéquation avec l'état séquellaire de l'assurée après l'accident du 17 novembre 2006. Quant aux troubles à l'épaule gauche dont l'étiologie précise n'avait pas été déterminée, ils ne pouvaient être considérés comme ayant un lien de causalité probable avec l'événement. Il en allait de même des lombalgies et de l'ostéoporose dont l'assurée souffrait déjà avant l'accident. Enfin, il n'existait aucun argument permettant d'admettre une aggravation des pathologies reconnues comme d'origine post-traumatique et ayant donné droit à une IPAI (hanche droite et avant-bras droit).

39. Invitée à se déterminer, la recourante a indiqué ne pas avoir de remarque à formuler sur le contenu de l'appréciation orthopédique du Dr N_____, mais elle a néanmoins relevé que « malgré les constatations médicales relativement favorables, ses limitations fonctionnelles depuis l'accident sont importantes, à tel point qu'elle n'est plus en mesure d'entretenir son intérieur et se voit contrainte d'engager une femme de ménage ».

40. Une audience s'est tenue en date du 9 octobre 2014 au cours de laquelle a été entendu le Dr D_____, psychiatre traitant de l'assurée depuis 2007.

Le témoin a indiqué avoir eu connaissance du rapport d'expertise du Dr J_____.

Il a reconnu que, sur le plan purement technique, l'expertise avait été « tout à fait bien menée », l'anamnèse était correcte et le rapport clairement détaillé. En revanche, il a indiqué être en désaccord avec ses conclusions.

À cet égard, le témoin a reproché à l'expert d'avoir minimisé la durée du traumatisme, expliquant que celui-ci avait duré le temps de l'hospitalisation, durant laquelle sa patiente s'était vu mourir et avait eu peur de ne plus pouvoir faire face à ses responsabilités vis-à-vis de sa fille handicapée et de ses proches.

Il a souligné que sa patiente avait pris sur elle pour surmonter ses problèmes physiques et qu'elle a beaucoup de difficultés à reconnaître ses limites et son handicap.

Le témoin a dit avoir pour sa part observé les symptômes suivants : un trouble de l'humeur (tristesse), des troubles de la concentration et des troubles cognitifs (une évaluation neuropsychologique n'a pas permis d'objectiver les troubles de la mémoire ; il n'en demeure pas moins que l'assurée souffre de troubles de la concentration dus à une perte de confiance en elle et a du mal à mémoriser), une hyper-vigilance, un manque de confiance en soi, des troubles du sommeil, ainsi que des troubles de l'appétit et des symptômes intrusifs. Le témoin a affirmé que s'il est vrai que, dans 90% des cas, la guérison intervient dans les deux ans, sa patiente fait partie des 10% restants.

Pour sa part, le témoin a conclu à un état dépressif et à un syndrome post-traumatique au décours, entraînant une totale incapacité à exercer la moindre activité, rappelant qu'une tentative de réinsertion professionnelle à 10-20% a échoué du fait des troubles de la concentration.

Selon lui, le trouble dont souffre sa patiente doit être qualifié de modéré à sévère (entre E et F), puisqu'elle ne peut plus travailler, mais peut en revanche encore assurer sa vie quotidienne de manière indépendante.

Le témoin a confirmé n'avoir diagnostiqué le syndrome post-traumatique qu'au printemps 2009, soit deux ans après les faits.

41. Entendu en comparution personnelle le même jour, l'assurée a tenu à préciser que les cours de langue évoqués par le Dr J_____ dans son expertise ne sont qu'épisodiques (deux à trois fois par mois) et ne consistent en réalité qu'en de petits arrangements entre amis : elle donne des cours d'anglais de base à une amie proche de manière bénévole et en reçoit d'hébreu d'une autre amie proche.

Quant à ses loisirs, elle a dû espacer les sorties culturelles qu'elle affectionnait en raison de sa fatigabilité et de ses problèmes auditifs.

Sa tentative de réinsertion professionnelle consistait en remplacements dans un bureau d'orientation pour le placement de personnes âgées. Il lui fallait répondre au téléphone, traiter des dossiers, s'occuper du fax et de la correspondance. Cela lui demandait beaucoup d'efforts, qu'elle croyait pourtant pouvoir fournir à l'époque où elle a été entendue par le Dr J_____. Tel n'était cependant pas le cas puisque quinze jours plus tard, elle s'est vu signifier son congé, motivé par le fait qu'elle ne pouvait gérer plusieurs choses à la fois, ni réagir de manière adéquate au stress.

L'assurée a par ailleurs signalé participer, depuis quelques semaines, comme membre d'une association d'aide aux proches de malades psychiques, à une commission du Conseil d'Etat (CCI) qui siège à raison de trois heures toutes les trois semaines ; cela implique d'étudier les dossiers la semaine précédente (20 à 25 dossiers qu'elle étudie à raison de 4 à 5 à la fois, à hauteur de 20 à 30 minutes par dossier).

42. Dans ses écritures après enquêtes du 5 décembre 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions (réévaluation du taux de son atteinte orthopédique, évaluation de son état psychique et indemnité correspondante, rente d'invalidité de 100%).
43. L'intimée a également persisté dans ses conclusions par écriture du 3 décembre 2014.

A l'appui de sa position, l'intimée produit un avis rédigé le 12 novembre 2014 par la Dresse P_____, qui considère que les rapports de ses collègues J_____ et I_____ ont été réalisés conformément aux règles de l'art, puisqu'ils sont circonstanciés et tiennent compte de l'évaluation discordante du psychiatre traitant.

Ce médecin s'est plus particulièrement penché sur la question de savoir si le stress post-traumatique était en rémission ou s'il persistait encore, la gravité de la dépression faisant l'objet d'une évaluation controversée, tout comme l'importance de la limitation de la capacité de travail. Elle a fait remarquer que l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique ultérieurement au sinistre n'était pas contestée en elle-même puisqu'elle a été reconnue par l'expert J_____. Cependant, alors que celui-ci avait estimé, en novembre 2010, que le stress post-traumatique était en rémission, le Dr D_____ le considérait comme encore actif. La Dresse P_____ a constaté que le Dr D_____ se contentait, pour motiver sa position, d'énumérer la liste des symptômes principaux et complémentaires selon la classification internationale, sans les accompagner de descriptions spécifiques de nature qualitative ou quantitative ni démontrer la persistance des symptômes. Le sentiment de responsabilité de l'assurée envers sa fille handicapée avait été pris en considération par le Dr J_____, qui avait d'ailleurs précisé à la fois la nature du handicap et les conditions de logement et de soins de la fille de l'assurée. Qui plus est, le Dr D_____ n'avait pas d'argument pour justifier et quantifier l'incapacité de travail de sa patiente.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-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 l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), plus particulièrement sur le taux de celle-ci, ainsi que sur le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 6 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).

En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'évènement dont l'assurée a été victime est un accident.

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

l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

7. a) L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA), du 20 décembre 1982, comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas

où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

b) Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2; RAMA 1998 p. 602).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2^{ème} phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

8. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230).

9. Des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 2b; ATF 124 V 29 consid. 3). Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de

causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c; ATF 115 V 403 consid. 5c), pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (ATF 124 V 29 consid. 5c; ATF 124 V 209 consid. 4b).

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 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. Enfin, on rappellera que 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).

-
12. En l'espèce, la recourante ne conteste pas le taux d'IPAI retenu pour l'atteinte de son ouïe. Seule est contestée la part relative à ses atteintes orthopédiques.

Force est cependant de constater que la recourante se contente de requérir une hausse de l'indemnité accordée sans motiver autrement sa position que par le fait que le Dr K_____ a qualifié son atteinte d'« importante ».

Or, la question de l'IPAI est de nature essentiellement médicale et, en l'occurrence, aucun élément concret n'est susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé des estimations des Drs B_____ et J_____.

Ainsi que le fait remarquer le Dr B_____, le vocable « important » fait partie de la définition de l'atteinte à l'intégrité, dont l'existence a d'ores et déjà été admise. L'attestation du Dr K_____ ne saurait ainsi être considérée comme suffisante pour étayer une augmentation de l'IPAI, d'autant que le Dr B_____ a motivé de manière détaillée et convaincante sa position, expliquant qu'au niveau du bassin et de l'avant-bras, le résultat fonctionnel était bon et que les seuls problèmes musculo-squelettiques ne donneraient pas lieu à une incapacité dans un travail sédentaire. Au surplus, l'évaluation du Dr B_____ a été confirmée tant par le Dr L_____ que par le Dr N_____, lequel s'est livré à une analyse extrêmement approfondie, après atteinte, à laquelle la recourante n'a su opposer d'autre argument que le fait qu'elle n'est plus en mesure d'entretenir son intérieur.

Quant au plan psychique, il ressort de la jurisprudence rappelée supra qu'en cas d'accident de gravité moyenne - comme c'est le cas en l'occurrence -, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique, étant rappelé qu'il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, et pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber, ce qui n'est manifestement et fort heureusement pas le cas de la recourante.

Eu égard aux considérations qui précèdent et à l'évaluation détaillée du Dr N_____, il convient de constater le bien-fondé de la fixation par l'intimée du taux de l'IPAI à 25%. Ce grief se révèle donc infondé.

13. Il y a lieu à présent de déterminer si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité.

Conformément à l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte

à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a encore lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1).

Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail (voir en matière d'assurance-accidents : ATF non publié 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3 et les références citées).

Quant à l'incapacité de gain, elle correspond à toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

L'invalidité correspond à l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée. Ainsi, 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).

L'invalidité est donc une notion économique et non médicale dans la mesure où ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer. Son taux ne se confond ainsi par conséquent pas forcément avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. En outre, lorsque l'assuré travaille, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de sa situation professionnelle concrète et correspond donc au revenu effectivement réalisé par l'intéressé.

14. En l'espèce, la recourante demande que soient ordonnées de nouvelles expertises, afin de déterminer plus précisément les taux de ses atteintes orthopédique et psychique et leurs conséquences sur sa capacité de travail.

En substance, la recourante relève qu'elle souffre d'une mémoire défaillante, d'angoisses récurrentes et de troubles de la concentration qui s'ajoutent à ses difficultés à se mouvoir et à ses problèmes auditifs. Elle reproche au Dr J_____

d'avoir minimisé son trouble dépressif. Elle allègue également que l'évaluation de son état psychique serait contredit par les autres rapports médicaux versés au dossier, en particulier ceux de son psychiatre traitant, le Dr D_____.

L'intimée se réfère quant à elle à l'avis du Dr J_____, lequel a qualifié les symptômes psychiques résiduels de légers et susceptibles de diminuer les performances de l'assurée de 20% au maximum, dans toute activité adaptée aux limitations physiques, à l'âge et aux formations de l'intéressée, avis partagé par le Dr I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Sur le plan strictement somatique, le Dr B_____ a considéré que les atteintes n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail, ce qu'a confirmé le Dr N_____ : l'assurée a présenté à la hanche droite une lésion potentiellement grave du point de vue ostéoarticulaire, mais un traitement de qualité a permis d'obtenir un bon résultat fonctionnel ; de même, du point de vue clinique, à l'examen final après fracture du cubitus, il n'y avait aucune limitation de la mobilité, strictement superposable à la mobilité controlatérale ; les fractures costales ont visiblement guéri sans séquelles, vu l'absence de plaintes, tout comme l'atteinte au niveau des parties molles de la cuisse droite. Quant aux troubles fonctionnels douloureux de l'épaule gauche, ils ne sont apparus que postérieurement à l'accident, à une distance temporelle d'au moins deux mois et en l'absence d'indice permettant de conclure à un traumatisme secondaire. Qui plus est, le Dr N_____ a démontré de manière convaincante qu'il convenait de conclure en l'occurrence à une bursite, affection inflammatoire de peu de gravité et, surtout, réversible. Enfin, les lombalgies et la maladie ostéoporotique étaient déjà présentes avant l'accident et sans lien de causalité naturelle avec ce dernier, ce qui n'est pas contesté par la recourante.

Celle-ci conteste surtout l'évaluation des conséquences de son état psychique sur sa capacité de travail.

Or, le rapport d'expertise du Dr J_____ - complété sur questions de la recourante et de l'intimée - peut se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, il fait l'objet d'une anamnèse approfondie et détaillée - confirmée par le psychiatre traitant. Il se fait également l'écho des plaintes de l'assurée. Les diagnostics posés sont discutés de manière approfondie et convaincante, tout comme les raisons pour lesquelles l'expert a écarté d'autres diagnostics.

Qui plus est, ses conclusions sont corroborées par celles du Dr H_____, lequel a estimé qu'il n'était pas vraisemblable que les discrètes modifications aspécifiques décelées par la psychologue puissent être considérées comme des déficits neuropsychologiques durables d'origine organique et a conclu que, dès le début de l'année 2009 au plus tard, une limitation de l'aptitude au travail de l'assurée dans l'exercice de son métier habituel ne se justifiait plus par les suites de l'accident neurologique ou neuropsychologique.

Le Dr D_____ a d'ailleurs reconnu que, sur le plan purement technique, l'expertise avait été « tout à fait bien menée », même s'il n'en partage pas les conclusions. A cet égard cependant, force est de constater que le psychiatre traitant n'amène aucun élément objectif permettant de faire douter des conclusions de l'expert. En particulier, il ne s'exprime pas clairement sur le taux de capacité de travail de sa patiente ni ne le motive.

Dans ces circonstances, il convient de se rallier aux conclusions du Dr J_____, dont il ressort que seule une symptomatique affective résiduelle légèrement marquée subsiste.

Le rapport du Dr J_____ n'apparaît peu clair que sur un point : en conclusion, l'expert a considéré que les symptômes psychiques résiduels devaient être considérés comme légers et susceptibles de réduire les performances de l'assurée de 20% tout au plus *pendant une durée maximale de six mois* dans toute activité adaptée à ses limitations physiques, à son âge et à son niveau de formation, tout en ajoutant, un peu plus loin que cette diminution de rendement de 20% pourrait subsister.

L'expert a néanmoins éclairci sa position par la suite, expliquant que les symptômes, bien que légers, étaient encore explorables, de sorte qu'il fallait en tenir compte, car ils affecteraient très probablement légèrement l'assurée si elle reprenait une activité professionnelle : ils entraîneraient un ralentissement léger du rythme de travail en raison d'une fatigabilité accrue, ce qui réduirait les performances de l'assurée et donc sa capacité de rendement. Toutefois, cette réduction de la capacité de rendement serait minime, 20% correspondant déjà à une appréciation très large. De plus, ce déficit de rendement dépendrait de la configuration du poste de travail : plus il serait exigeant et complexe, plus le déficit de rendement serait important. En revanche, dans une activité relativement calme et bien structurée, après un certain temps d'adaptation pour acquérir la routine nécessaire, le déficit de rendement devrait tendre pratiquement vers zéro.

L'expert a une nouvelle fois confirmé cette position en expliquant que les atteintes neuropsychologiques dont l'assurée avait souffert après l'accident avaient largement régressé, qu'elles pouvaient être qualifiées de légères lors de l'examen neuropsychologique du 8 décembre 2008 et qu'elles étaient désormais donc plus que largement couvertes par la reconnaissance d'un déficit résiduel de 20% de la capacité de rendement.

Dès lors, la position adoptée tant par la Dresse I_____ que par l'intimée, consistant à conclure que, d'un point de vue psychiatrique, on ne constaterait aucune limitation de la capacité de travail en termes de temps de travail ou de rendement, paraît difficilement défendable, d'autant que la valeur probante de l'expertise a été reconnue.

Dans cette mesure, il y a lieu de se rallier à l'intégralité des conclusions du Dr J_____, y compris celles relatives à une diminution durable de la capacité de

travail de l'ordre de 20%, ce qui correspond à un degré d'invalidité similaire, l'activité préalablement exercée correspondant à la définition d'une activité adaptée telle que décrite par l'expert.

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis en ce sens que le droit à une rente d'invalidité d'un taux de 20% est reconnu à la recourante.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement en ce sens que le droit à une rente d'invalidité de 20% est reconnu à l'assurée.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 5'800.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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