

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4499/2011

ATAS/1237/2012

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 11 octobre 2012

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame L. _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, a exercé la profession d'aide relieuse pour la Bibliothèque Universitaire de Genève. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par la SUVA (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 4 mai 2006, la main droite de l'assurée a été écrasée par une presse qu'elle utilisait dans le cadre de son activité professionnelle. Le Dr A_____, chirurgien de la main auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), consulté le même jour, a diagnostiqué une plaie dorsale à la main droite en regard de la tabatière anatomique de près de 4 cm de longueur ainsi qu'une plaie au niveau de la 1^{ère} commissure transverse, section de l'artère cubitale du pouce et du tendon abducteur pollicis longus. Il a pratiqué une révision chirurgicale avec nécrosectomie et réparation artérielle et retenu une totale incapacité de travail dès cette date. La SUVA a pris en charge les indemnités journalières, de même que les frais médicaux engendrés par l'accident.
3. Dans un rapport intermédiaire du 9 août 2006, le Dr A_____ a estimé qu'il y avait une bonne évolution des troubles que présentait l'assurée, de sorte qu'une capacité de travail de 50% était fixée à compter du 15 août 2006.
4. L'assurée a finalement repris le travail à temps partiel le 4 septembre 2006, pour des motifs internes à son employeur.
5. Dans un rapport du 4 octobre 2006, le Dr B_____ du Département de chirurgie de la main des HUG, a estimé que l'évolution était favorable, bien que la force de serrage ait diminué de moitié.
6. Le 15 décembre 2006, le Dr C_____ du Département de chirurgie de la main des HUG, a établi que l'assurée ressentait des douleurs modérées à l'effort et manquait de force. Sa capacité de travail restait de 50% et une correction des cicatrices par une plastie de la 1^{ère} commissure était prévue pour février 2007.
7. Le 26 mars 2007, le Dr D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève, a retenu que la cicatrisation était acquise, mais que des troubles sensitifs au niveau du pouce et surtout une bride cicatricielle au niveau de la 1^{ère} commissure persistaient, interdisant l'abduction et l'extension du pouce droit. La main droite manquait de force et d'endurance, de sorte qu'il fallait reconnaître que la situation n'était pas stabilisée et que l'incapacité de travail de 50% était toujours justifiée.
8. Le 29 mai 2007, une plastie d'élargissement de la 1^{ère} commissure a été réalisée, plaçant l'assurée dans l'incapacité totale de travailler. Une reprise de l'activité était prévisible dès le 1^{er} octobre 2007.

9. Par demande du 3 août 2007, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal AI du Valais, lequel lui a accordé une mesure d'orientation professionnelle.
10. Le 1^{er} octobre 2007, l'assurée a repris son activité habituelle à 50%.
11. Dans un rapport du 13 décembre 2007, le Dr D_____ a noté que les plaintes sensitives perduraient avec une atrophie toujours présente au niveau de la 1^{ère} commissure, une fatigabilité et un manque d'endurance au niveau de la main droite. La capacité de travail de 50% était toujours justifiée mais ce taux devait pouvoir être augmenté à partir du 1^{er} février 2008, sauf problème particulier.
12. Le 15 février 2008, le Dr E_____ du Département de chirurgie de la main des HUG, a constaté une récurrence de la rétractation de la 1^{ère} commissure. L'incapacité de travail restait toujours de 50%. Le status définitif pouvait néanmoins être attendu six mois plus tard.
13. Le 1^{er} juillet 2008, le Dr D_____ a estimé que les plaintes sensitives (allodynie) de l'assurée avaient régressé. Cependant, la main droite restait fatigable et non endurente aux sollicitations mécaniques. Il y avait également une perte de la force et de 30° de l'ouverture de la 1^{ère} commissure. Plus de deux ans après l'accident, la situation pouvait être considérée comme stabilisée avec un dommage permanent. Au titre des limitations fonctionnelles, l'assurée devait éviter le port de charges légères à moyennes de façon répétitive, ainsi que les travaux nécessitant une force de serrage et une force de préhension de la main droite. Dans une activité respectant ces restrictions, une capacité de travail totale était prévisible, pour autant que des plages de repos pour la main droite soient possibles. Il a estimé que l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 8%, en raison d'une perte fonctionnelle de 20% de la main.
14. Par courrier du 30 septembre 2008, la SUVA a conclu qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, de sorte qu'hormis la prise en charge des médicaments antalgiques, la réfection de l'attelle d'abduction du pouce si nécessaire, de deux consultations annuelles chez le médecin-traitant et de l'ergothérapie si nécessaire, les autres soins médicaux n'étaient plus pris en charge. Étant donné que l'assurée avait perdu son emploi, la SUVA consentait à verser encore pendant trois mois - soit jusqu'au 31 décembre 2008 - les indemnités journalières, pour tenir compte de la recherche d'un nouveau poste de travail.
15. Dans un certificat du 22 janvier 2009, le Dr E_____ a estimé que l'assurée ne pouvait pas exercer l'activité habituelle de relieuse plus de 24 heures hebdomadaires.

16. Dans un rapport du 29 octobre 2009, le Dr E_____ a encore précisé, qu'en termes de rendement, une activité manuelle pouvait être envisagée à un taux de 60% sur une base horaire de 24 heures par semaine au plus.
17. Le 18 novembre 2009, le Dr D_____ a considéré, s'agissant du rendement, que dans une activité non totalement manuelle, permettant à la main droite d'être au repos, il n'y avait pas lieu de prendre en considération des plages de repos. Dans une activité exclusivement manuelle, entrant dans le cadre de l'exigibilité formulée, on pouvait s'attendre à une baisse de rendement, de 10 à 20% au maximum, pour les seules séquelles fonctionnelles de la main droite.
18. Par décision du 10 février 2010, la SUVA a considéré que l'assurée était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre sa main droite à contribution. Une telle activité (téléphoniste, hôtesse d'accueil, collaboratrice de production etc.) était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu d'environ 4'200 fr. par mois (part du 13^{ème} salaire comprise). Comparé au gain de 4'900 fr. réalisable sans l'accident, une perte de gain de 14% en résultait, ouvrant droit à une rente mensuelle d'invalidité de 511 fr. dès le 1^{er} janvier 2009. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8'544 fr. était également versée, pour tenir compte d'une diminution de l'intégrité de 8%.
19. Le 15 mars 2010, l'assurée a formé opposition à cette décision, considérant que la SUVA avait fixé son taux d'invalidité à 14%, sans même retenir de diminution de rendement. Or, son médecin-traitant avait établi que le rendement exigible était de 60% dans toute activité manuelle adaptée, et sur une base horaire de 24 heures par semaine au plus, soit un taux d'invalidité médico-théorique de 64%. Le médecin d'arrondissement de la SUVA avait quant à lui retenu, de façon imprécise, une perte de rendement de seulement 10 à 20% dans une activité manuelle adaptée et une capacité de travail totale, alors même que peu de temps auparavant, ce même médecin reconnaissait une incapacité de travail de 50% comme justifiée et avait jugé qu'il n'était pas possible d'anticiper un rendement théorique. La divergence des appréciations médicales quant à sa capacité de travail et son taux de rendement prévisible démontrait que son cas n'avait pas été suffisamment instruit. De plus amples investigations devaient dès lors être mises en œuvre, étant précisé qu'étant droitière, l'invalidité de sa main droite aurait nécessairement un impact important sur sa rentabilité. Les activités énoncées par la SUVA comme étant adaptées à son handicap impliquaient d'ailleurs toutes l'utilisation de sa main dominante. S'agissant du revenu théorique retenu, outre qu'il ne reposait pas sur une évaluation suffisante de sa capacité de travail effective, omettait de prendre en compte un abattement pour tenir compte du handicap et des autres circonstances. Dans son cas, un abattement de 15% au moins se justifiait. Son salaire devait par ailleurs être évalué sur la base des statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2008 - soit un salaire mensuel brut de 6'444 fr. -, vu le temps écoulé depuis l'accident. La seule prise en compte du revenu statistique pour le revenu de valide et l'abattement

susmentionné porteraient déjà la diminution de sa capacité de gain à 45%, de sorte qu'il se justifiait de la soumettre à une expertise pour déterminer son taux d'incapacité médico-théorique. Enfin, le taux de l'atteinte à l'intégrité de 8% ne tenait pas compte de la perte d'endurance et de force de sa main droite. Une perte de fonctionnalité d'environ 50% devait être retenue, soit un taux d'atteinte à l'intégrité de 20% au moins.

20. La SUVA a mandaté le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive de la main, pour expertise. Dans son rapport du 24 mai 2011, l'expert s'est livré à des commentaires sur l'acte d'opposition de l'assurée. Il a également diagnostiqué un status après écrasement de la partie radiale de la main droite, avec plaie lacéro-contuse, ayant causé des lésions musculaires, tendineuse, artérielle et nerveuse et un état séquellaire caractérisé essentiellement par une rétraction de sévérité moyenne de la 1^{ère} commissure (fibrose musculaire), des troubles fonctionnels résiduels, moteurs et accessoirement sensitifs de sévérité modeste. Il a exposé que la main droite pouvait présenter une limitation relative de la dextérité ainsi qu'une diminution de la force pour les tâches mécaniquement répétitives. Il a estimé que les activités encore exigibles de la part de l'assurée étaient nombreuses, sans les citer. Les limitations - dextérité et force - se rapportaient à la seule main droite lésée et elles étaient d'autant plus grandes que les tâches en cause étaient mécaniquement répétitives. Une activité répétitive n'aurait néanmoins une incidence significative en termes de rendement, que si elle impliquait des efforts d'une certaine importance. Toute activité adaptée pouvait être exercée par l'assurée, avec un horaire et un rendement entier. Les postes de travail sélectionnés par la SUVA étaient d'ailleurs adaptés aux séquelles accidentelles présentées par l'assurée. En particulier, les activités d'employée de bureau, téléphoniste, hôtesse d'accueil et opératrice de saisie pouvaient être exercés sans limitation. Les postes de collaboratrice de production, réception de pièces et comptage pouvaient présenter une légère limitation, sans qu'il soit possible de la quantifier avec précision et de manière fondée. Le taux d'atteinte à l'intégrité, fixé à 8% par la SUVA, semblait réaliste et peut être même un peu généreux. Le taux de 20% allégué par l'assurée était au contraire totalement hors de proportion. S'agissant du pronostic, il n'apparaissait pas qu'à moyen ou à long terme l'accident du 4 mai 2006 entraînerait un risque de péjoration ou de complication.
21. Par détermination du 13 octobre 2011, l'assurée a estimé que le rapport d'expertise ne répondait en aucun égard aux critères jurisprudentiels en matière d'expertise médicale, de sorte qu'il ne devait pas être pris en considération dans la détermination de son degré d'invalidité et de l'atteinte à l'intégrité subie. À son sens, l'expert avait une idée préconçue du dossier et il le faisait ressentir tout au long de son rapport. Dans son résumé de la prise en charge, l'expert indiquait par exemple qu'elle était la cousine de son mandataire. Cette remarque, suivie de points de suspension suggestifs, était totalement hors de propos et reflétait l'a priori négatif du médecin. Or, la mission de l'expert consistait à procéder à un examen objectif de

la situation médicale de la personne expertisée. S'agissant de la forme de l'expertise, le médecin utilisait un langage particulièrement offensif, critique, dépréciatif, injurieux et emprunt de connotations subjectives. La structure de son rapport n'avait par ailleurs aucun sens; l'expertise était lacunaire et ses annexes étaient totalement inutiles ou simplement incompréhensibles. À la lecture de l'entier du document, on ne saisissait ni la structure ni le cheminement intellectuel et scientifique de l'expert. L'expertise était également inutilisable sur le plan de son contenu; elle ne comportait ni anamnèse, ni discussion des appréciations médicales antérieures. Il n'y avait aucune conclusion sur les activités pouvant encore être exercées, l'horaire et le rendement exigibles et le taux de l'atteinte à l'intégrité. L'expert s'était limité à indiquer que les activités adaptées étaient nombreuses et que les seules limitations fonctionnelles se rapportaient à la main droite, sans se prononcer sur le rendement, l'horaire et le taux d'atteinte à l'intégrité. Il s'imposait dès lors de mandater un nouvel expert, afin de déterminer son taux d'invalidité en toute impartialité.

22. Par décision sur opposition du 18 novembre 2011, la SUVA a confirmé sa position. Elle a considéré que l'expertise du 24 mai 2011 avait été réalisée en conformité des règles de l'art, dès lors qu'elle se fondait sur un examen clinique exhaustif de la main droite de l'assurée, qu'elle tenait compte des plaintes exprimées par l'expertisée, qu'elle avait été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation médicale étaient claires. Il convenait dès lors d'accorder pleine valeur probante à cette expertise et de considérer que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à son état à plein temps et sans diminution de rendement. S'agissant de l'abattement de 15%, la SUVA a précisé qu'il ne se justifiait pas, dès lors que les postes de travail considérés tenaient déjà compte de la situation particulière de l'assurée. Par ailleurs, le salaire réalisable sans invalidité avait été déterminé en fonction des informations recueillies auprès de l'employeur de l'assurée et calculé sur l'année de référence du revenu d'invalidité. Concernant enfin la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'expert l'avait jugée réaliste, voire même généreuse. Si l'assurée en contestait le taux, elle n'apportait pas d'élément permettant de remettre en cause l'appréciation du Dr D _____, de sorte que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait, de même que le degré d'invalidité, être confirmé.
23. Le 23 décembre 2011, l'assurée a interjeté recours par devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans) contre cette décision, concluant à son annulation, au retrait de l'expertise du Dr F _____ de son dossier, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 20%, à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 72% dès le 1^{er} septembre 2009 et à l'allocation de frais et dépens de procédure. À titre subsidiaire, elle a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, si le rapport du Dr E _____ devait être considéré comme insuffisant pour trancher les questions de son invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a rappelé que l'expert avait eu des a priori et avait utilisé un langage

particulièrement offensif dans le cadre de son rapport. S'agissant de son contenu, l'expertise ne contenait ni anamnèse, ni discussion des avis médicaux antérieurs. Elle ne comportait pas non plus d'informations nécessaires pour déterminer son droit aux prestations, de sorte qu'il se justifiait de se référer aux avis médicaux antérieurs et plus particulièrement à celui du Dr E _____ du 29 octobre 2009 qui reposait sur un examen médical circonstancié et était plus récent que celui du Dr D _____. Elle a allégué que, conformément au rapport de son médecin-traitant, sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était de 60% au maximum. Les activités proposées par l'intimée n'apparaissaient pas adaptées, dans la mesure où une utilisation de sa main droite était attendue. Il se justifiait dès lors de procéder à un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé considéré, pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Le montant de 4'900 fr. retenu par l'intimée à titre de revenu sans invalidité ne correspondait d'ailleurs pas au salaire mensuel brut moyen dans la branche d'édition, d'impression et de reproduction, fixé à 6'444 fr. en 2008 selon l'Office fédéral de la statistique. Son taux d'invalidité atteignait ainsi les 72%. S'agissant de la quotité de son indemnité pour atteinte à l'intégrité, les constatations du Dr D _____ étaient imprécises et incohérentes, dans la mesure où il concluait à un taux de 8%, alors même qu'il avait considéré qu'il y avait une perte de la force et de l'endurance de la main droite. Le Dr E _____ fixait quant à lui la perte de la force à 50% et la diminution de rendement à 40%, de sorte que la perte de fonctionnalité s'élevait environ à 50%, soit un taux d'atteinte à l'intégrité de 20% (50% de 40%).

24. Dans sa réponse du 23 février 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle s'est référée à sa décision sur opposition et a, pour le surplus, admis que la présentation de l'expertise différait de la manière classique de mettre en forme ce genre de document. C'était toutefois pour être le plus complet possible que l'expert avait fait le choix de cette présentation. D'autre part, si les commentaires de l'expert ayant trait à l'opposition de la recourante n'étaient pas pertinents, ses conclusions médicales pouvaient néanmoins être utilement exploitées. L'expert avait notamment analysé toutes les données à sa disposition, procédé à une anamnèse complète du cas et répondu aux questions posées. Il avait en particulier relevé que les postes de travail proposés pouvaient être effectivement occupés par la recourante à plein temps et sans diminution de rendement. L'incapacité de 40% retenue par le médecin-traitant avait d'ailleurs trait à l'activité occupée par la recourante, et non pas à une activité adaptée à son handicap. Il n'y avait dès lors pas lieu de revenir sur son degré d'invalidité, ni même de retenir un abattement de 15%, la situation de la recourante ayant déjà été considérée dans le choix de postes de travail adaptés à ses limitations fonctionnelles. S'agissant enfin de la quotité de l'atteinte à l'intégrité retenue, pour arriver à un taux de 20% comme le concluait la recourante, il aurait fallu admettre une perte fonctionnelle de sa main droite de 50%, contraire aux constatations du médecin d'arrondissement et de l'expert.

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 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit donc être examiné à l'aune des dispositions de la nouvelle législation. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
3. Interjeté dans le délai légal, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige consiste d'une part à déterminer quel est le taux d'invalidité de la recourante et d'autre part l'étendue de son atteinte à l'intégrité.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.
6. Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

-
7. 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).

Le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, tels que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2; ATF non publié 8C_938/2009 du 23 septembre 2010, consid. 6.2).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc; ATFA non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2).

8. Aux termes de l'art. 20 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (al. 1). Si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90 % du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle. La rente complémentaire est fixée lorsque les prestations mentionnées sont en concours pour la première fois et n'est adaptée que lorsqu'il y a modification des parts de rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants accordées pour les membres de la famille (al. 2).

9. Le gain assuré sert de base au calcul du montant proprement dit de la rente (art. 20 al. 1 LAA). La fixation de l'un et de l'autre sont soumis à des règles différentes. Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).
10. Il n'y a pas lieu, dans le revenu sans invalidité comme dans le revenu d'invalidité, de prendre en considération les allocations familiales lesquelles ne sont pas comprises dans la notion de revenu provenant d'une activité lucrative au sens de l'AVS (cf. art. 6 al. 2 let. f du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants - RAVS). Il en va différemment de la fixation du gain assuré qui doit inclure le montant des allocations familiales en application de l'art. 22 al. 2 let. b OLAA (ATFA non publié du 7 juillet 2005, U 259/04 et U 272/04).
11. Selon 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision (du droit à l'indemnité) n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4). De jurisprudence constante, la règle contenue à la première phrase de l'art. 36 al. 4 OLAA ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). 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 (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. 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 124 V 209, consid. 4 a/cc et 116 V 157 consid. 3a).

12. 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 158 consid. 1b; ATF non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).
13. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).
14. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000).

15. En l'espèce, la recourante allègue que l'intimée, en lui reconnaissant un degré d'invalidité de 14% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8%, néglige de prendre en compte son réel état de santé. Elle se prévaut du rapport de son médecin-traitant, daté du 29 octobre 2009, selon lequel elle ne peut travailler qu'à 60% au maximum, soit 24 heures hebdomadaires, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle conteste par ailleurs la valeur probante de l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée qui, contrairement à son médecin traitant, n'a pas retenu de diminution de rendement dans une activité adaptée, ni même d'abattement, ainsi que celle du rapport d'expertise du 24 mai 2011. S'agissant de l'expertise, elle considère plus particulièrement qu'au fond, l'expert n'a pas répondu aux questions posées par les parties s'agissant notamment de la détermination des postes de travail adaptés à ses limitations fonctionnelles, se livrant à une appréciation subjective de son cas, en laissant transparaître, par l'utilisation d'un vocabulaire particulièrement offensif, critique, dépréciatif et injurieux, qu'il avait un a priori négatif sur son dossier. Selon la recourante, l'expertise ne contient d'ailleurs ni anamnèse, ni discussion des avis médicaux antérieurs et ne permet pas de déterminer son droit aux prestations de manière convaincante. À la forme, l'expertise ne répond pas plus aux exigences jurisprudentielles, en ce sens notamment que le Dr F_____ s'est livré à une discussion sur son écriture d'opposition, alors même qu'on attend d'un expert un examen objectif de la personne à examiner et en aucun cas une détermination sur des éléments de droit. La recourante allègue enfin qu'aucune conclusion impartiale ne ressort de ce rapport d'expertise, en termes de rendement, d'activités adaptées, d'horaire de travail et de limitations fonctionnelles, de sorte qu'il se justifie de l'écarter de la présente procédure. S'agissant de l'étendue de son atteinte à l'intégrité, elle considère qu'elle devrait être fixée à 20%, pour tenir compte de la perte de force et d'endurance de sa main dominante.

Pour sa part, l'intimée fonde essentiellement son appréciation sur l'expertise du Dr F_____. Elle considère que les constatations de son médecin d'arrondissement ont été confirmées par les conclusions de l'expertise, à laquelle pleine valeur probante doit être reconnue. En outre, si l'intimée admet que l'expert a utilisé une forme qui sort de l'ordinaire pour structurer son rapport et qu'il n'aurait pas dû se prononcer sur l'acte d'opposition de la recourante, il n'en demeure pas moins que l'expertise a été réalisée en conformité des règles de l'art; les conclusions de l'expert se basent sur un examen clinique exhaustif de la main droite de la recourante, elles tiennent compte des plaintes exprimées et elles ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical est précise et les conclusions qui ressortent de ce document peuvent être utilement exploitées, l'expert ayant répondu aux questions posées, s'agissant notamment du type d'activités encore envisageables et du pronostic. Concernant l'abattement de 15%,

l'intimée considère qu'il ne se justifie pas, dès lors que les postes de travail proposés tiennent déjà compte de la situation particulière de la recourante. Enfin, la détermination de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité correspond aux conclusions tant de l'expert que du médecin d'arrondissement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur cette question.

La Cour de céans constate qu'elle se trouve en présence d'avis médicaux contradictoires, sans que l'expertise ordonnée par l'intimée ne lui permette pour autant de trancher le présent litige. En effet, il ressort des pièces versées au dossier que le médecin d'arrondissement et le médecin traitant formulent des conclusions divergentes, en termes de capacité résiduelle de travail et d'atteinte à l'intégrité. Si l'expert confirme l'appréciation du médecin de la SUVA, il n'en demeure pas moins que son rapport ne revêt pas pleine valeur probante, en raison notamment du caractère subjectif dont est imprégnée son analyse. Il apparaît en particulier que l'expert, en se prononçant sur l'écriture de la recourante, prend position dans le litige, alors même que son mandat consiste à poser des conclusions médicales objectives, sans se substituer à l'avocat de l'une ou l'autre des parties. Il en résulte que son expertise ne répond pas aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante et qu'elle devra être écartée de la présente procédure. La Cour relèvera également que, contrairement à ce que soutient l'intimée, l'expert n'a pas véritablement répondu à toutes les questions des parties, se contentant de dire que de nombreuses activités correspondent aux limitations fonctionnelles de la recourante, sans pour autant les citer ni même définir la nature desdites limitations. Il ne se prononce pas non plus de manière précise sur le rendement et n'approfondit pas la question de l'atteinte à l'intégrité.

L'expertise du Dr F_____ n'emporte pas la conviction, de sorte qu'elle ne peut se voir accorder valeur probante. La Cour de céans considère ainsi qu'elle ne dispose pas des éléments suffisants pour statuer de manière définitive sur les conséquences de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail et sur l'étendue de son atteinte à l'intégrité.

16. Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 9C_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une

telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (consid. 4.4.1.4 *in fine* de l'arrêt précité du 28 juin 2011).

17. En l'occurrence, l'assureur-accidents a satisfait à l'exigence légale d'instruction, en soumettant la recourante à une expertise orthopédique. Néanmoins, pour l'ensemble des motifs développés ci-dessus, et vu notamment l'absence de valeur probante du rapport d'expertise, la Cour de céans n'a d'autre choix que de mettre en œuvre une nouvelle expertise orthopédique. L'expertise sera confiée au Dr Dominique DELLA SANTA, spécialiste FMH en chirurgie de la main, lequel devra prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné la recourante.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame L_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de la SUVA, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée.
2. Commet à ces fins le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes de l'assurée et autres données subjectives.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5. Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée ? si oui, quelles mesures proposez-vous ?
 6. Si l'assurée nécessite un traitement, veuillez indiquer lequel, sous quelle forme, dans quel intervalle et pour quelle durée.
 7. L'état de santé de l'assurée est-il actuellement stabilisé ?
 8. Veuillez déterminer les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée.
 9. Quelles sont les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle, en pour-cent ?
 10. Veuillez déterminer le début de l'incapacité de travail et son évolution dans le temps.
 11. Y-a-t-il une diminution de rendement ? si oui, de combien (en pour-cent) ?

12. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'assurée, en pour-cent, et dans ce cas dans quel(s) domaine(s) ?
 13. Le cas échéant, y-a-t-il une diminution de rendement ? si oui, de combien (en pour-cent) ?
 14. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? si oui, lesquelles ?
 15. Veuillez évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
 16. Pronostic.
 17. Quel est le taux de l'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident, selon les tables du service médical de la SUVA, en tenant compte d'une éventuelle aggravation prévisible dans le futur ?
 18. Toutes remarques utiles et propositions de l'expert.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport **en trois exemplaires** à la Cour de céans ;
5. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le