REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4729/2006 **ATAS/1115/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 15 octobre 2007

En la cause

Madame V_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MALEK-ASGHAR André	recourante
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame V_____ (ci-après : l'assurée), née le 1957, a été engagée en tant qu'employée d'entretien à temps partiel par l'entreprise FB Service SA, depuis le 2 décembre 1997. A ce titre, elle était assurée auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA), contre les accidents professionnels et non professionnels.

2. En date du 2 mars 1999, l'assurée a été victime d'un accident en glissant de l'escalier.

3. Selon le rapport du 29 mars 1999 du Dr A_____, médecin assistant à la Policlinique de Chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), qui a prodigué les premiers soins, l'assurée avait chuté de sa hauteur ce qui avait entraîné une luxation du coude droit avec fracture de la tête radiale, nécessitant une réduction et une immobilisation et entraînant une incapacité de travail entière de durée indéterminée.

4. Le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne - rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, a exposé dans un rapport médical intermédiaire LAA du 20 mai 1999 qu'il avait examiné sa patiente une seule fois le 4 mars 1999, le diagnostic de luxation antérieure du coude droit avec fracture non déplacée de la tête radiale ayant été posé par les médecins ayant prodigués les premiers soins. La luxation avait été réduite, la patiente portant une attelle lors de la consultation. La suite du traitement avait certainement due être certainement effectuée à la Policlinique de chirurgie.

5. Le 15 juillet 1999, le Dr C_____, de la clinique de rééducation des HUG, a posé les diagnostics de "suspicion algo-neuro-dystrophie du coude droit", et de "status après fracture de la tête radiale le 2 mars 1999". Des douleurs au coude droit et à l'épaule droite étaient toujours présents ; une impotence fonctionnelle du coude et de la main droite, ainsi qu'un œdème au coude étaient également observés.

6. L'assurée a été examinée par le Dr. D_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon un rapport du 11 août 1999, il n'y avait pas d'amyotrophie au membre supérieur droit. La mobilité du coude était réduite en flexion et en extension de même que la mobilité de l'épaule notamment en abduction, antépulsion et rotation, à droite. L'état n'était pas encore stabilisé et dans le cadre d'un travail de force - comme le nettoyage - l'incapacité de travail demeurait totale, un séjour dans la clinique de réadaptation de Sion étant préconisé en cas d'absence d'évolution.

7. L'assurée a séjourné dans le service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA, à Sion, du 9 novembre au 7 décembre 1999. Selon le rapport du 14 décembre 1999 établi par les Drs E_____ et

F_____, le bilan général permettait de conclure à de nombreuses autolimitations liées à un comportement d'évitement chez une patiente s'enfermant dans un statut non justifié d'invalide. Une évaluation psychiatrique avait retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. L'assurée était apte à reprendre son travail de femme de ménage dès le 13 décembre 1999, d'abord à 25%, puis à 50% dès le 3 janvier 2000. Toutefois, dans un premier temps, le port de charges répétitives au niveau du membre supérieur droit devait être limité à 5kg (10kg maximum).

8. En date du 20 décembre 1999, la SUVA a informé l'assurée que les indemnités journalières étaient réduites à 75% dès le 13 décembre 1999 et à 50% dès le 3 janvier 2000.

9. Par courrier du 23 décembre 1999, l'employeur a informé la SUVA que la tentative de reprise de travail s'était révélée non concluante, car travailler deux heures par jour avec un rendement de 25% n'était pas suffisant.

10. Dans un rapport du 14 février 2000, le Dr B_____ a exposé que malgré la poursuite de la physiothérapie et la prise de médicaments antalgiques, l'état de santé de sa patiente ne s'était pas amélioré. Elle continuait à se plaindre énormément de douleurs diffuses du membre supérieur droit. Il était probable que des facteurs psychologiques jouaient un certain rôle dans l'évolution du cas, le médecin traitant étant toujours troublé par cette hypercaption intense au MSD.

11. Le Dr D_____ a examiné l'assurée en date du 2 mars 2000 et il a retenu que pour l'instant l'incapacité de travail dans le cadre de nettoyage restait totale, les douleurs alléguées pouvant encore être mises sur le compte de l'algodystrophie.

12. Le 10 mars 2000, la SUVA a fait savoir qu'elle reprenait le versement de l'indemnité journalière à 100% dès le 23 décembre 1999.

13. Le Dr G_____ a évoqué, dans un rapport daté du 20 juillet 2000, que les plaintes de sa patiente n'avaient guère évolué. La scintigraphie osseuse du 13 juillet 2000 avait mis en évidence une nette régression de l'hypercaptation, mais restait encore nettement visible notamment au niveau du coude. Il craignait qu'un syndrome somatoforme douloureux chronique ne se fût installé d'une manière irréversible.

14. Un nouvel examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA a eu lieu le 8 novembre 2000. Un examen neurologique et EMG globale du membre supérieur droit n'avait mis en évidence aucune particularité. Sur la base de la dernière scintigraphie du 7 novembre 2000, l'hypercaptation au niveau de l'épaule était superposable, celle du coude un peu en régression. Il était jugé qu'une hypercaptation au niveau sterno-claviculaire pouvait participer au syndrome d'algodystrophie. La relation de causalité entre le syndrome somatoforme

douloureux, la scintigraphie montrant des signes d'hypercaptation pouvant refléter une situation encore active au niveau de l'algodystrophie, et l'accident initial, devait encore être examinée.

15. Le 27 août 2001, l'assurée a été examinée par le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, à la demande de la SUVA. Dans un rapport du 26 octobre 2001, l'expert a exposé que l'assurée avait été victime d'un second accident en date du 13 juin 2001 (glissade et chute dans la rue), les douleurs rapportées étant plus sévères à partir de cette date, notamment au niveau de l'épaule droite et des céphalées. Toutefois, les douleurs les plus sévères concernaient le coude. Il a retenu les diagnostics de status après luxation du coude droit et fracture de la tête radiale, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de status après possible algodystrophie du membre supérieur droit, avec syndrome épaule-main, et de status après 2ème traumatisme et aggravation de la symptomatologie en juin 2001. Le premier diagnostic pouvait être tenu pour responsable d'une partie - limitée - des troubles résiduels décrits. Le diagnostic de syndrome douloureux persistant rendait bel et bien compte d'une part importante des troubles allégués. Quant à l'algodystrophie, il s'agissait d'un diagnostic qui avait été retenu par les médecins ayant examiné et suivi l'assurée à plusieurs reprises. Certains éléments objectifs avaient été jugés compatibles avec ce diagnostic, si ce n'est évocateurs, notamment la séquence des scintigraphies. L'expert exprimait à cet égard une certaine réserve, le tableau actuel n'étant pas celui d'une algodystrophie de stade II ou III. Il n'y avait aucun trouble trophique actif ou séquellaire notable, la scintigraphie étant d'une spécificité dont on connaissait les limites. Enfin, le 2ème traumatisme, s'il avait eu des suites, était indissociable des suites du premier accident. En conclusion, s'agissant des troubles causés par l'accident, il y avait une limitation de la mobilité du coude droit, la fracture de la tête radiale accompagnée d'une luxation du coude n'étant pas une lésion anodine, un état douloureux léger à modéré pouvant persister. S'agissant des autres troubles, pour l'essentiel subjectifs, ils paraissaient causés par des facteurs étrangers à l'accident. En l'état, l'assurée était totalement incapable de reprendre le travail de nettoyeuse. En ne prenant en considération que les séquelles résultant de manière certaine ou au moins probable de l'accident lui-même, à savoir une limitation modérée de la mobilité du coude droit et un état douloureux modéré de nature mécanique, la patiente était censée être capable d'effectuer toutes sortes de tâches, y compris nettoyeuse, à raison de cinq heures par jour. Les possibilités thérapeutiques paraissant épuisées du point de vue somatique, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité paraissait aussi entrer en ligne de compte, estimée à 5%.

16. L'assurée a subi une arthro-IRM de l'épaule droite en date du 30 novembre 2001. Selon le rapport d'imagerie du Dr I_____, radiologue, daté du 1er décembre 2001, cet examen montrait un conflit sous-acromial associé à une tendinite distale du tendon du muscle sus-épineux, sans argument en faveur d'une déchirure partielle ou complète de la coiffe des rotateurs.

17. Par courrier du 18 juin 2002, le Dr B_____ a fait savoir à la SUVA que les conclusions de l'expert n'étaient à son avis pas tout à fait claires, dès lors qu'au point 5, il alléguait que l'assurée était incapable de reprendre un travail de nettoyeuse tandis qu'au point 6 il a répondu qu'elle était en mesure d'effectuer toutes sortes de tâches y compris nettoyeuse, à raison de 5 heures par jour. Le médecin traitant prenait toutefois note qu'il convenait d'attendre le complément d'expertise du Dr H_____ suite à l'arthro-IRM effectuée à fin novembre.

18. Par décision du 7 février 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OCAI), a reconnu à l'assurée une incapacité de travail entière, dès le 2 mars 1999, dans l'activité de femme de ménage exercée à 58%. Il a retenu un degré d'empêchement de 25% dans l'activité ménagère. Au total, l'assurée présentait donc un degré d'invalidité de 68.50%, ouvrant le droit à une rente d'invalidité entière dès le 2 mars 2000.

19. L'assurée a été examinée par le Dr J_____, neurologue, en date des 19 février et 10 mars 2004, à la demande du médecin traitant. Dans son premier rapport du 1er mars 2004, le Dr J_____ a signalé une "atteinte fonctionnelle importante du membre supérieur droit avec au plan neurologique une hypoesthésie sur le territoire du cubital, une diminution des réflexes stylo-radiaux et cubitopronateurs de ce côté". L'évolution était stationnaire depuis des années. Le 10 mars 2004, il a procédé à un électroencéphalogramme: le tracé étant dépourvu d'anomalies focales diffuses significatives, l'origine tensionnelle de ces céphalées récentes paraissait probable. L'arthro-IRM de novembre 2001 avait mis en évidence un conflit sous-acromial associé à une tendinite distale du tendon du muscle sous-épineux. Cliniquement, on notait un blocage douloureux important de cette épaule droite dont il n'était pas fait mention dans le rapport d'expertise d'octobre 2001.

20. En date du 16 avril 2004, le Dr B_____ a maintenu que l'évolution continuait à être défavorable, les plaintes de la patiente, décrites dans les rapports à l'OCAI, étant toujours présentes et n'ayant guère évolué d'une façon notable. Il posait les diagnostics d'impotence fonctionnelle sévère du membre supérieur droit séquellaire (post-traumatique), et de troubles anxieux. Une reprise de travail n'était pas envisageable.

21. Dans une appréciation médicale du 27 mai 2004, le Dr K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la SUVA, a considéré que les conclusions du Dr H_____ étaient toujours d'actualité, en dépit du fait que ce praticien n'avait pas fourni le complément d'expertise sollicité, suite à l'arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée en novembre 2001. En effet, les résultats de cet examen étaient réconfortants et ne fournissaient aucun fondement aux plaintes de l'assurée. Il en allait de même des observations faites par le Dr J_____, neurologue, au mois de février 2004. Au titre de seule séquelle de la luxation du coude subie par l'assurée, il convenait donc d'admettre une limitation fonctionnelle

en flexion-extension s'inscrivant dans le cadre d'une cicatrisation des parties molles pré-articulaires voire d'une légère arthrose post-traumatique. A cet effet, un taux de 5% correspondant à la valeur inférieure prévue en cas d'arthrose modérée du coude prenait bien en compte la situation. S'agissant de la capacité de travail exigible, les conclusions du Dr H_____ méritaient aussi d'être suivies, les seules séquelles accidentelles devant permettre à l'assurée de reprendre son travail de nettoyeuse au même taux exercé avant son traumatisme.

22. Par décision du 20 juillet 2004, la SUVA a mis un terme au versement de l'indemnité journalière, avec effet au 31 juillet 2004, les troubles encore présents n'étant plus en relation de causalité avec l'accident du 2 mars 1999.

23. Le même jour, par décision séparée, la SUVA a alloué à l'assurée un montant de 4'860 fr. au titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle-ci se montant à 5%.

24. Le 18 août 2004, par l'intermédiaire de son conseil, Me André MALEK-ASGHAR, l'assurée a formé opposition à la décision du 20 juillet 2004, en tant qu'elle ne retenait qu'une atteinte à l'intégrité de 5%. Elle a aussi fait opposition à la décision arrêtant le versement de l'indemnité journalière, une expertise médicale étant nécessaire pour évaluer la capacité de travail et l'atteinte à l'intégrité.

25. Le 22 février 2005, la SUVA a informé le conseil de l'assurée que les décisions du 20 juillet 2004 étaient annulées et qu'elle reprenait par conséquent le versement des prestations dès le 1er août 2004 et ce jusqu'à nouvel avis. L'instruction du dossier était poursuivie.

26. Le 23 mars 2005, le Dr K_____ a informé la SUVA qu'il avait pris connaissance de l'expertise bi-disciplinaire datée du 23 décembre 2004, effectuée par le Centre d'expertise médicale de Champel à la demande de l'OCAI. Les Drs L_____ et M_____ avaient constaté que l'assurée n'utilisait pas son bras droit, à raison des douleurs. Sur le plan clinique, le Dr M_____ avait cependant décrit une trophicité musculaire conservée au niveau de la ceinture scapulaire droite, des amplitudes de rotation normale et une divergence nette entre l'amplitude d'abduction active et passive. La palpation de l'articulation acromio-claviculaire sterno-claviculaire à droite étant douloureuse, sans que n'existe au niveau acromio-claviculaire de signes d'instabilité. Compte tenu des conclusions de l'arthro-IRM de 2001 et des constatations objectives des experts mandatés par l'OCAI, il convenait d'admettre que c'était avant tout sur les données de l'anamnèse que ces mêmes experts avaient retenu que l'assurée n'était plus en mesure d'assumer les exigences physiques importantes d'une activité de femme de ménage. Le Dr K_____ était ainsi d'avis que ni les douleurs ni la limitation fonctionnelle n'avaient de fondement organique, raison pour laquelle l'activité de nettoyeuse était exigible. Par ailleurs, les experts mandatés par l'OCAI ont aussi considéré que la capacité de gain dans une activité adaptée était complète et ce depuis 2001.

27. Le 14 juillet 2005, l'assurée s'est entretenue avec une gestionnaire de l'assureur pour faire le point de la situation. Selon le rapport d'entretien établi par la SUVA, l'assurée souffrait toujours de douleurs au bras et à l'épaule. Son état de santé était stable depuis des années et il n'y avait plus de traitement en cours ni de physiothérapie. Suite à l'arrêt de l'indemnité journalière en août 2004, l'assurée s'était inscrite au chômage. Compte tenu de la reprise du versement des prestations de la SUVA, l'assurance-chômage allait arrêter ses prestations dès le 9 août 2005, vu l'incapacité totale de travailler.

28. Selon un rapport d'entretien daté du 28 décembre 2005, établi par la SUVA, l'assurée a confirmé que sur le plan médical il n'y avait pas de changement. S'agissant de sa situation professionnelle, elle avait bénéficié de l'indemnité de chômage jusqu'au 9 août 2005, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) lui ayant ensuite proposé un contrat d'emploi temporaire, qu'elle avait pour l'instant refusé. L'assurée avait admis être capable de travailler, avec certaines restrictions au niveau du bras droit, à tout le moins depuis le 1er août 2004. Elle avait d'ailleurs demandé à l'OCAI de l'aider à trouver un emploi, la rente entière de 181 fr. par mois étant non seulement insuffisante pour vivre mais aussi handicapante dans les recherches d'emploi. La SUVA a expliqué à cette occasion qu'une nouvelle décision serait rendue.

29. Lors d'un nouvel entretien avec l'assureur le 19 janvier 2006, l'assurée, accompagnée d'un ami comme traducteur, a signalé une aggravation des douleurs. Le bras droit était comme endormi et la main toujours froide. Elle avait des douleurs en permanence et devait mettre un coussin sous le bras pour la nuit. Selon le rapport d'entretien, c'était par erreur que l'assurée s'était inscrite au chômage en août 2004.

30. Le 17 février 2006, le Dr N_____, orthopédiste, a annoncé à la SUVA une rechute de l'accident du 2 mars 1999. Il observait des douleurs à l'épaule droite à la mobilisation et à la palpation, la rotation externe - interne étant également douloureuse. Il posait le diagnostic de "algie de l'épaule droite sur status post-traumatique" et attestait d'une incapacité de travail entière depuis le 19 février 2006. Une IRM de l'épaule droite effectuée le 17 janvier 2006 mettait en évidence, selon le rapport établi par la Dresse O_____, radiologue à l'Hôpital de la Tour, une ostéophyte sous acromiale et remaniement du trochiter en faveur d'un syndrome d'impingement avec la coiffe des rotateurs lors de l'abduction, un aspect IRM normal des tendons de la coiffe des rotateurs et une tuméfaction et hypersignal de la portion proximale du tendon du long du chef du biceps, sans solution de continuité, en faveur d'une tendinite aigüe.

31. Le Dr P_____ spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'agence de la SUVA à Genève, a exposé, dans son appréciation médicale du 2 mars 2006 que les douleurs de l'épaule droite n'étaient pas nouvelles, l'examen IRM pratiqué le 17

février 2006 ne mettant en évidence aucune lésion d'origine traumatique et étant donc superposable à l'examen du 1er décembre 2001 s'agissant du possible conflit sous-acromial d'origine purement dégénérative. Quant à la possible tendinite du long chef du biceps, le rapport de causalité avec l'accident de 1999 n'était ni probable, ni certain, l'arthro-IRM de 2001 ne mettant en évidence aucune lésion à ce niveau.

32. Par décision du 7 mars 2006, l'OCAI a maintenu le versement d'une rente d'invalidité entière dès le 1er mars 2006.

33. Le 5 juillet 2006, la SUVA a confirmé la cessation du paiement de l'indemnité journalière et des frais de traitement au 31 juillet 2004, les éventuels troubles de santé présentés après cette date n'étant plus en relation avec l'accident du 2 mars 1999. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% était maintenue, le montant correspondant ayant été versé en août 2004. L'assurée n'avait droit à aucune autre prestation, en particulier à une rente d'invalidité ou à la prise en charge de l'aggravation signalée au début de l'année 2006 en tant que rechute.

34. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a formé opposition en date du 5 septembre 2006. L'expertise pluridisciplinaire effectuée à la demande de l'OCAI en 2004 avait retenu une incapacité de travail entière depuis l'accident dans l'activité de nettoyeuse, tout en admettant une capacité entière de travail dans une activité adaptée. Dès lors, les conclusions du Dr K_____ selon lesquelles l'assurée présentait une capacité totale de travailler comme femme de ménage étaient surprenantes. Par ailleurs, la rechute était bien en relation avec l'accident, comme l'attestait le Dr N_____. A titre préalable, l'assurée concluait à l'octroi de l'effet suspensif et à la reprise du versement de l'indemnité journalière ainsi qu'à la mise en place d'une contre-expertise médicale afin d'évaluer sa capacité de gain. Principalement, elle concluait au versement de l'indemnité journalière jusqu'à l'octroi de la rente complémentaire d'invalidité ainsi qu'à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 9'720 fr.

35. Par décision incidente du 14 septembre 2006, la SUVA a maintenu le retrait de l'effet suspensif dans la procédure d'opposition et rejeté par conséquent la requête de l'assurée à cet égard.

36. Le 18 septembre 2006, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée. Lorsqu'elle avait mis un terme aux prestations, l'état de santé était stabilisé depuis longtemps, l'assurée étant en mesure d'exercer l'activité de nettoyeuse à raison de cinq heures par jour, comme avant l'accident. Quant à l'incapacité de travail retenue par les experts mandatés par l'OCAI, elle ne reposait pas sur des troubles de nature organique mais essentiellement sur les plaintes de l'assurée. Or, un trouble somatoforme douloureux, de nature psychique, ne pouvait pas trouver son origine dans l'accident. Quant au taux d'atteinte à l'intégrité, il avait été correctement

estimé à 5% par les Drs H_____ et K_____. Enfin, les douleurs mises en évidence dès le 19 janvier 2006 n'étaient pas objectivables, l'IRM effectuée le 17 janvier 2006 étant superposable à celle du 1er décembre 2001 et ne mettant en évidence aucune lésion post-traumatique.

37. L'assurée a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances en date du 18 décembre 2006. Elle sollicite la restitution de l'effet suspensif au recours ainsi que la mise en place d'une expertise médicale. Sur le fond, elle conclut principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 9'720 fr. ainsi que, à titre subsidiaire, au versement de prestations d'assurance pour la rechute dès le 19 janvier 2006.

38. Par arrêt incident du 6 février 2007, le Tribunal de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.

39. Invitée à répondre, la SUVA a présenté sa détermination sur le fond en date du 6 mars 2007, concluant au rejet du recours. L'appréciation médicale du Dr K_____ du 23 mars 2005, selon laquelle il n'y a plus d'explication anatomo-pathologique plausible pour les algies et les limitations fonctionnelles présentées par la recourante concorde avec les conclusions des experts mandatés par l'OCAI, selon lesquels le pronostic de l'affection physique, où il s'agit principalement d'une atteinte dégénérative et modeste, est de peu d'effet sur la capacité de travail, celle-ci pouvant être considérée comme complète. Quant aux troubles d'ordre psychogène, ils ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Partant, c'est à juste titre que les prestations d'assurance ont été arrêtées au 31 juillet 2004, aucun argument médical ne justifiant au demeurant de prendre en charge la rechute annoncée en 2006.

40. Par courrier daté du 27 mars 2007, le conseil de la recourante a produit un certificat du Dr B_____, aux termes duquel l'assurée présentait une incapacité de travail entière depuis l'accident du 2 mars 1999.

41. En date du 28 juin 2007, la recourante a présenté sa réplique, à l'appui de laquelle elle produit un rapport du Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, daté du 1er juin 2007. Ce médecin pose les diagnostics de « status après luxation traumatique du coude droit avec fracture non déplacée de la cupule radiale, traitée par réduction en urgence, immobilisation puis physiothérapie et drainage lymphatique », de « probable algodystrophie de Sudeck dans l'évolution, guérie actuellement » et de « conflit sous-acromial de l'épaule droite n'entrant pas en considération n'étant pas lié à l'accident qui nous occupe ». Selon le Dr Q_____, au plan orthopédique, l'état du coude droit était une conséquence directe de l'accident, l'assurée présentant une incapacité de travail totale dans le métier de nettoyeuse. Dans une activité adaptée, la capacité de travail paraissait

possible à 100%. L'assurée pouvait exercer une activité à raison de 5 à 6 heures par jour, soit environ 30 à 36 heures par semaine.

42. Par courrier du 5 juillet 2007, la SUVA a fait savoir que les nouvelles pièces produites par la recourante n'apportaient aucun élément nouveau et qu'elles ne se prononçaient en particulier pas sur l'incidence des seules séquelles accidentelles sur la capacité de travail de la recourante.

43. Le Tribunal de céans a communiqué à la recourante une copie de la détermination de l'intimée en date du 10 juillet 2007. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur entre le 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2006, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2004, en particulier au droit à une rente d'invalidité.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assurance-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. En revanche, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

   Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre

médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). En revanche, le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

5. Selon la jurisprudence, en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec un accident assuré, on admet que l'exigence de la causalité adéquate est également réalisée, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas). En revanche, en présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être

admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s. consid. 6c/aa et bb et 409 s. consid. 5c/aa et bb; FRESARD, op. cit., ch. 39 et les références).

6. 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 ont besoin de documents que le médecin doit leur fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La tâche du médecin, précisée par la jurisprudence, consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). A cet égard, le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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.

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence précitée 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/bb). Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition pour clarifier les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

Il convient encore de préciser que le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

7. En l'espèce, l'état de santé de l'assurée a été examiné à plusieurs reprises.

a) Dans un rapport du 14 décembre 1999, les Drs F_____ et R_____ de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA, ont posé les diagnostics d'algoneurodystrophie, stade II et III, du membre supérieur droit, de status post-luxation du coude et fracture de la tête radiale droite et de syndrome

douloureux somatoforme persistant. Ils ont retenu que l'assurée était en mesure de reprendre son activité de femme de ménage, d'abord à 25%, puis à 50% dès le 3 janvier 2000.

b) A la demande de l'intimée, la recourante a été examinée le 27 août 2001 par le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, qui a posé les diagnostics de status après luxation du coude droit et fracture de la tête radiale, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de status après possible algodystrophie du membre supérieur droit, avec syndrome épaule-main et de status après 2ème traumatisme et aggravation de la symptomatologie en juin 2001. A la question de savoir quels étaient les troubles causés par l'accident, le Dr H_____ a répondu qu'il retenait avant tout une limitation de la mobilité du coude droit, une fracture de la tête radiale accompagnée d'une luxation du coude n'étant pas une lésion anodine. Indépendamment des capacités de collaboration du patient dans la période de rééducation, il n'était pas rare que ce type de lésion se solde par des séquelles fonctionnelles, légères ou modérées. De plus, ce type de lésion prédisposait parfois au développement d'altérations dégénératives post-traumatiques, absentes au moment de l'évaluation. Un état douloureux, léger à modéré, pouvait également persister. Pour ce qui était en revanche des autres troubles, pour l'essentiel subjectifs, ils lui paraissaient causés par des facteurs étrangers à l'accident. L'assurée était en l'état incapable de reprendre l'activité de nettoyeuse. Toutefois, si l'on ne considérait que les séquelles résultants de manière certaine ou au moins probable de l'accident lui-même, à savoir la limitation modérée de la mobilité du coude droit et l'état douloureux modéré de nature mécanique, l'assurée était de fait capable d'effectuer toutes sortes de tâches, y compris nettoyeuse à raison de 5 heures par jour. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% paraissait due.

c) Dans son appréciation du 27 mai 2004, le Dr K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé les conclusions du Dr H_____, en particulier, s'agissant de la « guérison » de l'algodystrophie du coude, voire du membre supérieur droit, dans l'hypothèse où l'assurée aurait effectivement développé cette complication post-traumatique, ce qui n'était pas évident vu l'absence de signes cliniques indubitables. L'arthro-IRM effectuée le 1er décembre 2001, qui mettait en évidence une tendinite distale du sus-épineux mise sur le compte d'un conflit sous-acromial sans démonstration de déchirure partielle ou complète d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe, ne fournissait aucun fondement aux plaintes alléguées par l'assurée au niveau de cette articulation. Au titre de seule séquelle accidentelle de la luxation du coude droit, il y avait lieu de retenir une limitation fonctionnelle en flexion-extension pouvant s'inscrire dans le cadre d'une cicatrisation des parties molles périarticulaires voire d'une légère arthrose post-traumatique. Un taux de 5% correspondant à la valeur inférieure prévue en cas d'arthrose modérée du coude prenait bien en compte la situation. Quant à la capacité de travail exigible, si les seules séquelles post-accidentelles au niveau du

coude droit étaient intégrées à l'évaluation, l'assurée devait pouvoir reprendre son travail de nettoyeuse au même taux exercé avant son traumatisme. En résumé, il appartenait à l'administration de se prononcer sur l'adéquation des troubles psychiques qui s'étaient développés chez la patiente, puisque ceux-ci dominaient le tableau clinique décrit en 2001 et actuellement.

d) L'état de santé de la recourante a aussi fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire effectuée à la demande de l'assurance-invalidité. Le Dr S_____, rhumatologue, a exposé qu'effectivement l'assurée avait présenté une algodystrophie post-traumatique du membre supérieur droit, documentée par plusieurs scintigraphies osseuses. Actuellement, cinq ans plus tard, le tableau clinique semblait plutôt dominé par une symptomatologie douloureuse atypique avec une attitude d'évitement et de protection du membre supérieur droit, d'origine probablement comportementale, dans le cadre d'un possible syndrome douloureux somatoforme persistant. Au niveau de l'épaule droite, l'évaluation clinique restait difficile en raison de douleurs diffuses à la moindre mobilisation. Le gêne pouvait être mise en relation avec une pathologie de la coiffe des rotateurs ou de l'articulation acromio-claviculaire. Le coude était discrètement limité en flexion/supination, mais, finalement parfaitement mobile d'un point de vue fonctionnel. Le poignet était également bien mobile, seule la main montrant des une légère tuméfaction des doigts, avec une distance pulpe-paume augmentée à environ 2 cm (D2 à D5), ce qui pouvait être le reflet d'une ancienne algodystrophie. S'agissant de la capacité de travail comme femme de ménage, d'un point de vue rhumatologique, l'épaule était l'élément limitatif déterminant dans certaines activités d'élévation du bras, lors des mouvements de rotation et de rétropulsion. Le Dr S_____ ne retenait en revanche pas de limitation fonctionnelle au niveau du coude et du poignet droits, la main restant plus difficile à évaluer mais paraissant plutôt d'origine comportementale dans le cadre d'un déconditionnement psychophysique et avec une attitude d'évitement du membre supérieur droit. Selon la Dresse T_____, sur le plan psychiatrique l'assurée avait développé un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F45.4).

Les experts mandatés par l'OCAI ont diagnostiqué un syndrome douloureux de l'épaule et du coude droits donnant lieu, par intermittence, à des nucalgies et des hémicranalgies droites. Par ailleurs, l'IRM de l'épaule droite postulait la présence d'une périarthrite huméro-scapulaire droite, l'examen actuel ne permettant plus le diagnostic d'une algodystrophie. Il était postulé la présence d'une pathologie de la coiffe acromio-claviculaire droite et de douleurs résiduelles au coude droit après lésions importantes (luxation et fracture de la tête radiale). Toutefois, l'importance de ce handicap fonctionnel et l'intensité des douleurs n'étaient pas explicables par des facteurs médicaux. En résumé, le pronostic de l'affection physique, où il s'agissait principalement d'une atteinte dégénérative et modeste, était de peu d'effet sur la capacité de travail. Il y avait lieu de retenir une incapacité de travail entière dans l'activité de femme de ménage, depuis l'accident d'avril 1999, dès lors que

certains travaux astreignants ne pouvaient pas être évités, le rendement dans une telle activité étant de toute manière fortement réduit. Depuis lors, l'état était resté stationnaire. En revanche, la recourante possédait une capacité entière dans une activité adaptée, évitant la surélévation du bras droit au-delà de l'horizontale, passant par la poitrine, avec un port de charges ne dépassant pas 2-3 kg, et ce depuis 2001 («nous ne voyons pas pourquoi en 2001 une réduction de sa capacité de gain a été postulée dans une activité adaptée. Ainsi, nous avons l'impression que la capacité de gain avait déjà atteint le même taux en 2001 qu'aujourd'hui »).

e) Dans un complément d'expertise du 23 mars 2005, le Dr K_____ a relevé que le diagnostic de périarthrite scapulo-humérale retenu par le Dr S_____ était un peu un fourre-tout et c'était donc avant tout sur les données de l'anamnèse que les experts mandatés par l'OCAI avaient conclu que la recourante n'était plus en mesure d'exercer l'activité de femme de ménage. Selon le Dr K_____, ni les douleurs, ni la limitation fonctionnelle n'avaient un fondement organique, raison pour laquelle l'activité de nettoyeuse demeurait exigible.

f) Selon le Dr Q_____, chirurgien orthopédique, consulté par l'assurée en 2007, l'état du coude droit et les limitations fonctionnelles qui en découlaient étaient une conséquence directe de l'accident du 2 mars 1999 alors que le conflit sous-acromial de l'épaule droite n'était pas lié à l'accident. L'assurée présentait selon lui une incapacité de travail entière dans le métier de nettoyeuse respectant un cahier de charges normales, mais une capacité totale dans un métier adapté. Elle pourrait exercer une telle activité à raison de 5 à 6 heures par jour soit environ 30 à 36 heures par semaine.

8. a) Il ressort de ces rapports médicaux que, selon une majorité des médecins consultés (Drs F_____/U_____, H_____, B_____, S_____/T_____), l'assurée, postérieurement à l'accident, a développé un trouble somatoforme douloureux persistant au niveau du membre supérieur droit, qui serait d'ailleurs selon l'expertise OCAI prédominant par rapport aux constatations objectives, somme toute de peu d'importance. Le Dr K_____ a aussi retenu que les troubles psychiques dominaient le tableau. En l'occurrence, la question de savoir si cette affection, de nature psychique, est en relation de causalité naturelle avec l'accident peut demeurer indécise, dès lors que la causalité adéquate fait défaut au regard des critères posés par la jurisprudence en pareilles circonstances (cf. *supra* ch. 5 en droit).

En effet, selon la déclaration d'accident, l'assurée a glissé dans l'escalier, le rapport médical LAA établi par le médecin ayant prodigué les premiers soins précisant qu'il s'agissait d'une chute de sa hauteur. Le Tribunal de céans retient ainsi que, conformément à la classification des accidents établie par la jurisprudence (*supra* ch. 5 ; ATF 115 V 133 et suivants), l'on est en présence, tout au plus, d'un accident

de gravité moyenne se situant à la limite d'un accident de peu de gravité, voire même d'un accident de peu de gravité. Il y a lieu aussi de constater que les circonstances concomitantes de l'accident n'ont pas été particulièrement dramatiques et l'accident n'était pas impressionnant. Les lésions physiques n'ont pas été particulièrement graves, la recourante n'ayant pas été hospitalisée et le traumatisme ayant été traité de manière conservatoire (réduction et immobilisation). Il n'y a pas non plus eu d'erreurs dans le traitement médical ni de difficultés ou complications particulières importantes au cours de la guérison. Quant au degré et à la durée de l'incapacité de travail, elle a certes été jugée entière jusqu'à l'expertise du Dr H_____, qui a examiné l'assurée le 27 août 2001, soit environ deux ans et demi après l'accident. Toutefois, il y a lieu d'observer que les médecins de la Clinique de réadaptation de la SUVA ont diagnostiqué en décembre 1999 déjà la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant, et préconisé une reprise de travail, à 25% puis à 50%. Quant au médecin traitant de la recourante, le Dr B_____, il a exposé, dans un rapport du 14 février 2000, qu'il était probable que des facteurs psychologiques jouaient un certain rôle dans l'évolution du cas, ce même praticien indiquant le 12 juin 2001 que l'examen clinique n'expliquait que partiellement les nombreuses plaintes. Quant à la durée du traitement, le Tribunal de céans observe qu'en novembre 2000, soit environ 18 mois après l'accident, il n'y avait plus de physiothérapie (rapport du Dr D_____ du 9 novembre 2000) ni d'autres traitements, à l'exception de la prise d'antidouleurs, le Dr H_____ ayant indiqué dans son rapport de 2001 que les ressources s'agissant d'un traitement somatique paraissaient épuisées, une prise en charge d'ordre psychothérapeutique étant préconisée. Dans ces conditions, force est de constater qu'il n'y a pas de cumul des circonstances susceptibles de favoriser une affection psychique. On ne saurait non plus considérer que certaines d'entre elles revêtent une intensité particulière, la durée de l'incapacité de travail n'étant pas liée aux seules séquelles physiques de l'accident, mais aussi à des facteurs socio-professionnels et aux troubles psychiques eux-mêmes. Partant, il y a lieu de retenir que le lien de causalité adéquat entre l'accident et les affections psychiques de la recourante doit être nié.

b) Quant aux séquelles somatiques de l'accident du 2 avril 1999, elles consistent en une limitation fonctionnelle modérée de la mobilité du coude droit et en un état douloureux modéré de nature mécanique, selon les Drs K_____, H_____ et Q_____. Le Dr S_____ a en revanche exclu la présence d'une limitation fonctionnelle au niveau du coude et du poignet droits, les problèmes étant situés selon lui au niveau de l'épaule droite. A cet égard, le Dr Q_____ exclut expressément toute relation de causalité entre les problèmes à l'épaule et l'accident du 2 mars 1999.

c) En résumé, globalement, les médecins consultés estiment que les troubles de nature psychique dominent le tableau, les seules séquelles somatiques ne permettant pas d'expliquer les nombreuses plaintes de l'assurée. Par ailleurs, l'ensemble des

experts, y compris le Dr Q_____, concorde à dire que l'ensemble des pathologies présentées par l'assurée, y compris celles qui ne seraient pas en relation de causalité naturelle ou adéquate avec l'accident, n'empêchent pas la recourante d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

9. Dans ces circonstances, et en dépit des avis contradictoires du Dr S_____, d'une part, et des Drs K_____ et H_____, d'autre part, quant à l'impact sur la capacité de travail de la recourante des troubles au coude droit, force est de constater que la recourante présente en toute hypothèse, y compris dans celle, non retenue, où le trouble somatoforme douloureux serait en relation de causalité adéquate avec l'accident, une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En revanche, dans l'ancienne activité de femme de ménage, elle présente, selon le Dr S_____, une incapacité de travail entière, tandis que les Drs K_____ et H_____ semblent estimer qu'elle pourrait aussi reprendre cette activité à plein temps.

   A cet égard, il convient de rappeler que le principe de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61) commande à tout assuré de mettre sa capacité de gain résiduelle à profit en accomplissant une activité lucrative compatible avec son état de santé (ATFA du 7 juillet 2005, U 259/04 consid. 5.2). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage s'applique donc également en matière d'assurance-accidents (ATF 117 V 400). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir après l'accident, ceci pour éviter que la victime soit tentée d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

   Dès lors, le Tribunal de céans observe que la question de savoir si la recourante jouit d'une capacité de travail entière dans l'ancienne activité de femme de ménage peut demeurer ouverte car le fait qu'elle présente, selon l'avis concordant de l'ensemble des médecins qui se sont exprimés sur son état de santé, une capacité de travail entière dans une activité adaptée conduit à lui dénier le droit à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents, ainsi qu'il sera démontré ci-après.

10. a) Selon l'art. 18 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). 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 et 18 LAA).

b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi 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).

c) Contrairement à ce qui prévaut en assurance-invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident, la rente dans l'assurance-accidents ayant pour but de compenser l'incapacité de gain, alors que dans l'assurance-invalidité une rente peut aussi être allouée pour compenser, en tout ou en partie, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, notamment les tâches ménagères (ATF 119 V 475). Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement. L'on prendra en considération un revenu hypothétique, fondé sur une estimation, qui tient compte des aptitudes de l'intéressé et de sa situation personnelle; l'on pourra se fonder sur le salaire réalisé par une personne valide de même âge et de même formation, dans des conditions de lieu analogues; les salaires moyens de la branche peuvent également servir de référence (ATF 119 V 475 consid. 2b).

d) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472), les DPT de la CNA n'ayant pas de valeur prépondérante par rapport aux données statistiques (RAMA 1999 U 343 consid. 4b/aa, p. 412). S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321),

e) 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 75 consid. 5b/aa-cc).

f) Enfin, est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222).

11. a) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité.

b) Ce principe de l'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurances sociales, devrait normalement conduire deux assureurs à fixer un même degré d'invalidité pour une même atteinte à la santé (cf. ATF 126 V 288; RAMA 2001 n° U 410 p. 73). On rappellera toutefois que la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (cf. ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) En l'occurrence, l'assureur-accidents ne doit prendre en considération que les séquelles somatiques de la luxation du coude droit avec fracture de la tête radiale, tandis que l'Office AI devait tenir compte de l'ensemble des pathologies dont souffrait l'intéressée, y compris les troubles à l'épaule et les affections de nature psychique. Par ailleurs, compte tenu du fait que dans le cadre de la fixation du taux d'invalidité dans l'assurance-accidents, l'on ne tient compte que de l'incapacité de gain, et non pas des empêchements dans la sphère ménagère, l'emploi de la méthode mixte opéré par l'OCAI n'est pas adapté en l'espèce. Enfin, au vu des conclusions de l'expertise bi-disciplinaire ordonnée par l'OCAI en 2004, qui retient une capacité de travail entière de l'assurée dans une activité adaptée, on peut nourrir des doutes quant au bien fondé d'un taux d'invalidité de 100%. Pour l'ensemble de ces raisons, le taux d'invalidité fixé par l'OCAI ne saurait en l'espèce lier l'intimée.

12. En l'espèce, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus en se référant à l'an 2004, le droit éventuel à une rente s'ouvrant à ce moment-là.

13. S'agissant du revenu d'invalide, compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer la recourante dans une activité légère et adaptée de type industriel ou dans le domaine des services, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (catégorie 4) dans le secteur privé, soit 3'893 fr. par mois en 2004 (soit 46'716 fr. par an; ESS 2004, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41.6 heures; La vie économique, 1/2-2006, B 9.2), ce montant doit être porté à 48'584 fr.70 (46'716 x 41.6 : 40).

    A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante (ATF 126 V 75), le Tribunal de céans est d'avis qu'un taux de réduction de 15% se justifie en l'espèce, dès lors que la recourante est de nationalité étrangère, qu'elle présente des limitations fonctionnelles et qu'elle est arrivée en Suisse en 1996, ayant donc uniquement trois années de service à son actif. Il y a lieu toutefois d'observer que la recourante est en mesure d'exercer une activité à plein temps et qu'elle est encore relativement jeune (49 ans à la date de la décision querellée). Compte tenu d'un abattement de 15%, le revenu d'invalide s'élève à 41'297 fr.

14. Pour déterminer le revenu sans invalidité de la recourante, il convient de se référer au salaire qu'elle aurait pu obtenir dans son ancienne activité si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

    En l'occurrence, selon les données fournies par son ancien employeur, la recourante aurait pu réaliser en 1999, à plein temps, un revenu de fr. 38'553 annuels ([15 fr. 55 x 44h] + 8.33 % [vacances] x 52 semaines). Il convient d'adapter ce montant à l'augmentation des salaires nominaux pour les femmes (+1.6% en 2000 ; + 2.5% en 2001 ; + 2.3% en 2002 ; + 1.7% en 2003; + 1.1% en 2004). On aboutit ainsi à un revenu sans invalidité de 42'230 fr. en 2004 qui, une fois comparé au revenu avec invalidité de 41'297 fr., conduit à un taux d'invalidité de 2.2%. A noter que même en retenant un abattement de 20% sur le revenu d'invalide, qui constitue en l'espèce le maximum applicable, on aboutit à un revenu sans invalidité de 38'867 fr. 80, le taux d'invalidité se montant ainsi à 7.96%, ce qui demeure en dessous du seuil de 10% exigé par la loi.

15. Au vu des explications qui précèdent, force est de constater que la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

16. S'agissant du taux d'atteinte à l'intégrité de 5%, celui-ci ressort des avis médicaux des Drs H_____ et K_____, cette appréciation paraissant

d'ailleurs généreuse au vu de l'avis du Dr S_____, selon lequel le coude droit a recouvré une mobilité entière. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation, le taux de 10% avancé par la recourante ne reposant sur aucun élément objectif.

17. Enfin, s'agissant de la rechute annoncée le 9 février 2006, le Dr N_____, médecin traitant, fait état de douleurs à l'épaule droite à la mobilisation depuis le 13 janvier 2006. Une IRM de l'épaule droite effectuée le 17 janvier 2006, mettant en évidence un aspect normal des tendons de la coiffe des rotateurs, avec des signes d'un syndrome d'impingement avec la coiffe des rotateurs lors de l'abduction ainsi que des éléments compatibles avec une tendinite aigüe. Le Dr V_____ a exposé à cet égard que les douleurs à l'épaule n'étaient pas nouvelles, l'examen pratiqué étant superposable à celui du 1er décembre 2001 quant au possible conflit sous-acromial d'origine purement dégénérative. Quant à la possible tendinite du long chef du biceps, le rapport de causalité avec l'accident du 2 mars 1999 n'était ni probable ni certain, vu qu'aucune lésion n'avait été observée lors de l'arthro-IRM de 2001 à ce niveau. Dans ces conditions, force est de constater qu'il n'existe aucun élément démontrant au degré de la vraisemblance prépondérante que l'incapacité de travail attestée par le Dr N_____ dès le 19 janvier 2006 est en relation avec l'accident du 2 mars 1999. L'avis du Dr V_____ mérite ainsi d'être préféré à celui du médecin traitant, qui repose essentiellement sur les plaintes subjectives de la patiente.

18. Enfin, en ce qui concerne l'octroi de l'indemnité journalière au-delà du 31 juillet 2004, force est de constater à la lecture des rapports médicaux produits que l'état de santé de l'assurée était stabilisé depuis longtemps lorsque l'intimée a mis un terme au versement des prestations. En effet, selon le Dr H_____, les ressources s'agissant du traitement somatique étaient épuisées en 2001 déjà. Quant à l'expertise bidisciplinaire de l'assurance-invalidité, elle évoque que la capacité de gain avait déjà atteint en 2001 le même taux qu'au moment de l'expertise en 2004, à savoir une capacité entière dans une activité adaptée. A cet égard, il convient d'observer que selon l'art. 16 al. 2 LAA, le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, l'art. 6 LPGA précisant à cet égard, qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, comme en l'espèce, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Or, au moment où l'intimée a cessé le versement de l'indemnité journalière, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

19. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Di que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI
RIZZI

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