

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/768/2023

ATAS/428/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 mai 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Henri NANCHEN, avocat

contre

HELSANA ACCIDENTS SA

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1973, de nationalité portugaise, mère d'une enfant née en 2006, titulaire d'un permis C, a travaillé en Suisse en dernier lieu en tant que concierge et était à ce titre assurée auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : HELSANA) contre les accidents professionnels et non professionnels.
- b.** Le 20 décembre 2013, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique sur l'autoroute, en France, à hauteur de Périgueux, lui ayant causé des lésions à la main gauche et à la colonne cervicale. Selon l'enquête préliminaire dressée par la gendarmerie nationale, le véhicule conduit par l'assurée avait percuté la glissière en béton de l'autoroute et effectué des tonneaux sur la bande d'arrêt d'urgence et la voie de droite lui occasionnant ainsi plusieurs blessures ; les trois passagers du véhicule étaient indemnes.
- B.** **a.** Conduite en urgence au centre hospitalier de Périgueux, l'examen d'entrée de l'assurée a révélé un état neurologique normal (Glasgow à 14), une plaie du scalp pariéto-occipitale droite de plus de 10 cm, une fracture ouverte de la main gauche sans troubles vasculaires avec ouverture du carpe d'emblée à l'air libre, une fracture complexe métaphysaire déplacée de la main gauche, une fracture des lames et articulaires de C4 non déplacée et des isthmes vertébraux C5-C6-C7, ainsi qu'une lésion rachidienne stable. Une première opération de la main gauche a derechef été réalisée à l'hôpital de Périgueux.
- b.** Après avoir été rapatriée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée a séjourné du 23 décembre 2013 au 9 janvier 2014 au sein de l'unité de chirurgie de la main, où elle a fait l'objet de trois interventions chirurgicales.
- c.** Le 11 mars 2014, l'assurée a subi une cinquième opération de sa main gauche (arthrodèse métacarpienne).
- d.** Dans son compte-rendu de la consultation spécialisée du rachis du 23 juin 2014, le docteur B_____, chef de clinique au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a fait état de ce que le traitement conservateur des cervicales avait donné de très bons résultats. La mobilité était quasi complète, avec quelques douleurs en fin de course. L'assurée décrivait aussi quelques douleurs au niveau du trapèze gauche.
- e.** Dans un avis du 18 août 2014, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de HELSANA, a jugé que la guérison était bonne du point de vue cervical, mais très moyenne concernant la main.

f. Le 17 mars 2015, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale de la main gauche, réalisée aux HUG par le docteur D_____ et le professeur E_____, justifiant une hospitalisation jusqu'au 26 mars 2015.

g. Dans un rapport du 19 juin 2015, le docteur F_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que sa main gauche restait non fonctionnelle malgré les multiples opérations et qu'il fallait s'attendre à des douleurs cervicales chroniques.

h. À l'occasion d'une visite de suivi du *case management* de HELSANA, le 9 novembre 2015, l'assurée a évoqué une tendinite au poignet droit, à cause d'une sursollicitation, l'amenant à porter une attelle.

i. Dans un avis du 16 novembre 2015, le Dr C_____ a indiqué qu'il n'était pas certain que l'assurée puisse reprendre une activité adaptée à cause de ses troubles mnésiques.

j. Le 3 mai 2016, l'assurée a réalisé un examen neuropsychologique auprès de G_____, psychologue spécialisé en neuropsychologie et psychothérapie, lequel a mis en évidence des fonctions cognitives préservées dans tous les domaines, à l'exception de difficultés en mémoire prospective et d'un score pauvre, proche du déficit, dans un indice de mémoire de travail. Ces quelques éléments dysfonctionnels pouvaient découler des anesthésies générales, ou d'un contexte d'anxiété élevée, et étaient jugés probablement transitoires. Les compétences cognitives de la recourante la rendaient apte à suivre une formation, pour autant qu'elle prenne soin de noter précisément les tâches à accomplir.

k. Le 6 avril 2016, l'assurée a une nouvelle fois été opérée de la main gauche aux HUG.

l. Dans un rapport du 1^{er} juillet 2016, le docteur H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné que depuis l'évènement du 20 décembre 2013 et suite aux séquelles des nombreuses interventions chirurgicales, l'assurée avait développé un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive prolongée (F43.22) affectant son rendement professionnel de manière sévère. Dans ce contexte, la symptomatologie de l'assurée s'était progressivement aggravée, avec des sentiments de peur et de désespoir par rapport à son futur professionnel.

m. Sur mandat de HELSANA, une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique a été réalisée par le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, et la docteure J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 1^{er} novembre 2016, le Dr I_____ a posé les diagnostics suivants : limitation fonctionnelle post-traumatique sévère du poignet et de l'hémi-main radiale gauche, *status* après plastie d'ouverture de la première

commissure de la main gauche le 6 avril 2016, *status* après plastie d'élargissement de la première commissure, arthrolyse dorsale de la MP des doigts longs, ténoplastie des extenseurs de D2 et embrochage IPP le 17 mars 2015, *status* après résection du scaphoïde et arthrodèse médiocarpienne du poignet gauche le 11 mars 2014, *status* après ostéosynthèse carpo-métacarpienne de D3 et D4 et couverture dorso-radiale du poignet et du métacarpe gauche par lambeau scapulaire le 31 décembre 2013, *status* après embrochage carpo-métacarpien, intermétacarpien et IP du pouce droit avec ténoplastie des extenseurs de l'index le 25 décembre 2013 et nécrose secondaire de la peau, *status* après débridement des surfaces ostéoarticulaires et des tissus mous avec ténodèse de l'EPB sur l'EPL et adaptation de la couverture des tissus mous de la face dorso-radiale du poignet et de la main gauche le 20 décembre 2013, *status* après accident de la circulation le 20 décembre 2013 avec dégantage dorso-radial du poignet et du métacarpe gauche, fracture-luxation ouverte médiocarpienne et carpo-métacarpienne des doigts longs et avulsion tendineuse et ligamentaire dorsale multiples de la base des deux premiers rayons le 20 décembre 2013, et *status* après traumatisme cervical avec fracture non déplacée postérieure étagée de C3 à C7, traitée conservativement avec consolidation, sans déplacement ni limitation fonctionnelle. S'agissant de la causalité, l'accident était certainement l'unique cause de l'atteinte du membre supérieur gauche et de l'état de la colonne cervicale ; les dorso-lombalgies chroniques étaient par contre indépendantes en l'absence de lésion initiale à ce niveau. La capacité de travail résiduelle de l'assurée était nulle dans toute activité nécessitant l'usage en force ou répétitif, ainsi que l'habileté manuelle de la main gauche. Par contre, une activité adaptée principalement monomanuelle droite ne demandant que ponctuellement l'utilisation auxiliaire de la main gauche à la manière d'une palette pouvait être envisagée avec un rendement de 100%, telle que par exemple celle de gérante d'immeubles, réceptionniste, technicienne dans le contrôle, ou de surveillance. L'état de santé n'était pas tout à fait stabilisé et devait être conservé par des exercices personnels et des séances d'ergothérapie. L'atteinte à l'intégrité correspondant à la perte fonctionnelle de l'hémi-main radiale gauche pouvait être évaluée entre 2/3 et 3/4 de la perte fonctionnelle complète de la main gauche, selon la figure 44 de la table 3,6 de la SUVA, soit 2/3 à 3/4 de 40%, c'est-à-dire entre 26,66% à 30%.

Quant à la Dre J_____, dans son rapport du 11 novembre 2016, elle a noté que l'assurée n'avait aucune plainte d'ordre psychiatrique, si ce n'était qu'il lui arrivait d'oublier certaines tâches programmées pour la journée. Elle n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique, les notions neuropsychologiques d'un score pauvre dans la mémoire de travail (F06.9) n'ayant pas de répercussion sur celle-là. Toute activité pouvait ainsi être exercée à plein temps, sans perte de rendement ni limitation fonctionnelle. Il n'y avait pas non plus d'atteinte à l'intégrité psychique de l'assurée, les difficultés de

mémoire devant s'estomper avec le temps et ne correspondant ainsi pas à une atteinte importante et durable au sens de l'assurance-accidents.

n. Un rapport de consultation du 31 mai 2017 du Dr B_____ a conclu à la présence d'une contracture musculaire cervicale chronifiée à la suite du traumatisme cervical de décembre 2013, devant faire l'objet d'un traitement conservateur, et à la présence d'un raccourcissement des muscles iliopsoas accompagné d'une antéversion pathologique du bassin probablement à l'origine de douleurs situées au niveau de la jonction dorso-lombaire, devant faire l'objet d'un traitement par physiothérapie.

o. Par communication du 28 juillet 2017, HELSANA a refusé de prendre en charge le traitement des dorso-lombalgies, ces troubles étant dus à des facteurs étrangers à l'accident.

p. Dans un rapport de consultation du 24 août 2017, le Dr B_____ a noté la persistance de contractures musculaires cervicales à la suite du traitement de 2013 et plaidé pour la poursuite du traitement conservateur avec antalgiques à la demande et, le cas échéant, l'instauration d'une thérapie manuelle chez un ostéopathe ou un chiropraticien.

q. Le 21 mars 2018, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale sur sa main gauche (arthrolyse radio-carpienne, ténolyse des tendons extenseurs et lipofilling D2 et D1).

r. Dans un rapport du 25 avril 2018, le Prof. E_____ a fait état d'une évolution clinique satisfaisante de la main gauche et de tendinites intermittentes au niveau de la face dorsale de la main droite, rentrant dans le cadre de la surutilisation de ce membre du fait du handicap de la main gauche.

s. Dans un avis du 1^{er} juin 2018, le Dr C_____ a indiqué que la stabilisation de l'état de santé de l'assurée devrait intervenir en automne 2018, que sa capacité de travail dans la profession habituelle était nulle et qu'elle pouvait de suite exercer une activité adaptée essentiellement monomanuelle (sans en indiquer le taux).

t. Par décision du 29 juin 2018, HELSANA a indiqué interrompre le versement des indemnités journalières à partir du 1^{er} octobre 2018 et a réservé l'éventuel droit à des prestations résultant d'une comparaison des revenus.

u. Dans un rapport du 5 septembre 2018, la docteure K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée, a relevé que cette dernière avait commencé à présenter des symptômes anxieux et dépressifs en avril 2017, au moment où elle s'était confrontée à la réalité de la perte des fonctionnalités de son membre supérieur gauche, dans le contexte d'un stage de revalidation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Elle avait recompensé son état psychique après quelques semaines pour redécompenser ultérieurement, fin janvier 2018, lorsqu'elle avait appris que le stage professionnel débuté auprès d'une entreprise ne débouchait pas sur des

perspectives concrètes de travail. La médecin a ainsi posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (F43.22), justifiant une incapacité totale de travail du 13 juillet au 30 août 2018, et à 50% à partir du 1^{er} septembre 2018. Il était prévu que l'assurée recouvre sa pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, dans les deux mois au maximum.

v. Dans un rapport ultérieur du 6 novembre 2018 à l'attention du conseil de l'assurée, la psychiatre précitée a noté que l'assurée s'était grandement remise de son état anxiodépressif grâce à la psychothérapie et à la médication, alors qu'elle était dans un état anxiodépressif sévère lors de la première consultation en juillet 2018. L'état de santé psychique de l'assurée était de plus susceptible d'amélioration jusqu'à un rétablissement complet envisagé au 1^{er} décembre 2018, avec une pleine capacité de travail dès cette date, la capacité ayant préalablement été nulle jusqu'au 31 octobre 2018, et de 50% dès cette date, grâce à un bon investissement dans le traitement psychiatrique et psychothérapeutique proposé. La renvoyer au travail dans le domaine administratif alors qu'elle ne pouvait utiliser qu'une main et se servir de l'autre comme une palette n'avait que peu de sens, ce d'autant plus qu'elle souffrait des cervicales et d'une tendinite de la main droite à cause d'une sursollicitation. Sans diplôme, peinant à lire et écrire le français, et sans expériences passées récentes, trouver un travail dans ce domaine était une mission impossible. Les atteintes consécutives à l'accident n'avaient pas entraîné d'atteinte durable à l'intégrité psychique de l'assurée mais il était souhaitable qu'elle puisse bénéficier d'une rente, car elle s'était beaucoup définie par son travail et était à grand risque de développer un trouble psychiatrique chronique si on la laissait se confronter aux échecs répétitifs qui l'attendaient sur le marché du travail dans le domaine administratif.

w. Dans un rapport du 4 janvier 2019, le Prof. E_____ a indiqué que des séquelles devaient être redoutées, sous la forme d'arthrose de la main gauche et de douleurs inflammatoires réactionnelles de surutilisation du membre supérieur droit.

- C. a. À la demande de HELSANA, l'assurée a fait l'objet d'une évaluation interdisciplinaire menée par la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), après avoir séjourné au sein de cette institution du 14 au 16 janvier 2019. Les docteurs L_____ et M_____, spécialistes en rhumatologie et, pour le premier, également en médecine interne générale, ont considéré que l'assurée ne pouvait plus réaliser que des tâches monomanuelles, requérant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Les résultats de l'évaluation fonctionnelle de la main en ergothérapie avaient mis en évidence des capacités fonctionnelles fortement diminuées, globalement cotées à 23% par rapport à la main saine, les limitations concernant aussi bien la mobilité de la main que la force de préhension (quasiment absente), la prise monomanuelle et les déplacements d'objets. L'autonomie de l'assurée dans les activités quotidiennes était fortement limitée. En conclusion, la main gauche ne pouvait être utilisée que comme appoint et

n'était quasiment d'aucun secours dans une perspective professionnelle, de sorte que l'assurée devait être considérée comme monomanuelle. Avec ses ressources actuelles, le monde du travail lui était fermé, à moins d'un employeur compréhensif qui l'affecte à des tâches épargnant le membre supérieur gauche. Même dans un tel cas, une baisse de rendement devait être admise, plusieurs obstacles pratiques se dressant devant elle (maniement d'un appareil téléphonique, d'un clavier d'ordinateur, saisie de dossier, rangement de documents, etc.). Il s'agissait pourtant d'une assurée très volontaire, sociable et bien différenciée, qui pourrait s'inscrire dans projet professionnel adapté. Le pronostic d'un retour sur une place de travail, déjà sombre au départ, devenait catastrophique si l'assurée était laissée livrée à elle-même, sans soutien de l'assurance-invalidité quant à une réadaptation professionnelle. Jusqu'à prouver qu'un hypothétique poste de travail existât pour l'assurée, les experts jugeaient l'incapacité de travail totale. Concernant la main droite, l'assurée déclarait souffrir, mais dans une proportion très modeste, de son poignet, faisant des tendinites à répétition. L'examen avait mis en évidence une petite douleur sur la styloïde radiale à la palpation, reproduite lors d'un test, mais pas en extension contrariée.

Sur le plan neurologique, le docteur N_____, spécialiste en neurologie, a retenu le diagnostic de traumatisme craniocérébral léger à modéré. Il suggérerait la réalisation d'un nouveau bilan neuropsychologique et d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale, compte tenu de la persistance des plaintes cognitives, celles-ci pouvant au demeurant entraver l'apprentissage de nouvelles connaissances, notamment dans le cadre d'une nouvelle formation professionnelle.

L'évaluation psychiatrique de la docteure O_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dépressive prolongée (F43.21). L'assurée avait présenté une réaction dépressive à composante anxieuse initialement, d'évolution favorable sous traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, laissant actuellement la place à une symptomatologie dépressive légère, manifeste principalement dans les moments d'inactivité et de solitude, en conséquence de l'absence de débouchés professionnels à la suite des mesures de réadaptation menées par l'assurance-invalidité.

b. Dans un avis du 11 février 2019, le Dr C_____ a indiqué que seul un travail léger, monomanuel et en plus semi-assis pour des raisons de lombalgies et de synostose des deux pieds pouvait être envisagé. Vu le contexte, une activité professionnelle adaptée de surveillance d'écran ou des chaînes de production, voire éventuellement un travail de kiosque, pouvait être envisagé, si le poste était vraiment envisageable sur le marché du travail et qu'on aide l'assurée à le trouver. Une perte de rendement de 50% dans un kiosque et de 20% à 30% dans une autre activité, pour reposer la main gauche si elle devait être utilisée comme étau par moment, devait être admise. Il évaluait l'atteinte à l'intégrité physique à 27%,

correspondant à la perte des 2/3 de la main, correspondant elle-même à une atteinte de 40%.

c. Faisant suite à la demande de l'assurée, HELSANA a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire aux docteurs P_____, Q_____et R_____, respectivement spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, neurologie, ainsi que chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans ce cadre, l'assurée a par ailleurs fait l'objet d'un nouvel examen neuropsychologique réalisé par S_____, experte SIM en neuropsychologie. Dans son rapport du 6 décembre 2019, la spécialiste précitée a conclu à la présence de troubles neuropsychologiques légers sous forme d'un fléchissement mnésique, d'un manque du mot et de difficultés d'attention soutenue. Le tableau était similaire à celui observé lors du précédent examen de 2016, mais légèrement péjoré, ce qui semblait cohérent avec les observations de l'expertise psychiatrique du Dr P_____, allant également dans le sens d'une péjoration de l'état thymique de l'assurée. La persistance et la péjoration de ces troubles ne pouvaient pas s'expliquer par les anesthésies générales, mais étaient à mettre sur le compte de l'atteinte psychique. Sur le plan médico-théorique, ces troubles neuropsychologiques légers pouvaient correspondre à un rendement réduit d'environ 20% comme cela était évoqué par le Dr P_____, en raison de la répercussion des troubles psychiques sur les fonctions cognitives.

Dans son rapport d'expertise du 13 décembre 2019, le Dr P_____ a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1) ou celui différentiel de trouble de l'humeur persistant (F34.8). Il a expliqué écarter le diagnostic de trouble de l'adaptation évoqué à plusieurs reprises, car la description clinique donnée par la Dre K_____ dans son rapport du 6 novembre 2018 correspondait à un épisode dépressif beaucoup plus qu'à un trouble de l'adaptation. De plus, un trouble de l'adaptation ne saurait excéder six mois selon la CIM-10 et l'anxiété n'était pas prépondérante dans la symptomatologie de l'assurée. L'intensité du trouble de l'assurée n'était cependant pas très importante, celui-ci ayant varié de léger le plus souvent, à moyen à certains moments. La symptomatologie n'étant ainsi pas suffisamment sévère pour justifier un trouble dépressif récurrent, l'expert retenait le diagnostic de dysthymie ou de trouble de l'humeur persistant. Les troubles psychiques de l'assurée étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 20 décembre 2013 ; ils n'étaient certes pas apparus dans la suite immédiate de cet événement, mais en raison du handicap de plus en plus manifeste qu'impliquait la non-fonctionnalité de la main gauche. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée avait une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée, mais avec une diminution de rendement de l'ordre de 20% en raison des troubles de l'attention et de la concentration, de l'émotivité et de l'irritabilité. Il restait néanmoins à prouver qu'une telle activité adaptée existait réellement dans le marché économique. Concernant l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, il était vraisemblable que les troubles psychiques persisteraient tout au long de la vie de

l'assurée. S'agissant de troubles psychiques légers, ils correspondaient à un taux d'atteinte de 20%, lequel devait être pondéré avec l'indemnité somatique fixée à 35%, aboutissant à une évaluation globale de l'indemnité de 40%, applicable en cas d'amputation d'une main. L'indemnité somatique comprenait en effet une part de troubles psychiques en raison de réaménagements du schéma corporel qu'impliquait l'atteinte à la santé somatique.

Selon le *status* neurologique dressé par le Dr Q_____ dans son expertise du 16 décembre 2019, la nuque n'était pas limitée ni douloureuse dans le maintien des positions extrêmes, le segment lombaire se déroulait bien et la force de la musculature de la ceinture scapulaire, brachiale et antébrachiale était conservée. Une IRM cérébrale réalisée dans le cadre de l'expertise neurologique n'avait pas mis en évidence d'anomalies. Les diagnostics retenus étaient ceux de traumatisme crânien simple ou traumatisme craniocérébral mineur, de grave traumatisme de la main gauche opérée à de nombreuses reprises et de fractures cervicales étagées. L'évolution était tout à fait favorable d'un point de vue neurologique, avec retour au *statu quo ante* six mois (alternativement trois mois) après l'accident, sans séquelles, ni limitations fonctionnelles. De manière consensuelle avec les autres experts, le Dr Q_____ a retenu que l'assurée présentait au total, sur le plan neurologique, neuropsychologique, psychiatrique et orthopédique, une capacité de travail de 80% dans une activité professionnelle adaptée, principalement monomanuelle droite. L'atteinte à l'intégrité était de 35% pour l'atteinte somatique, 20% pour les troubles psychiques, avec pondération globale de 40%. Il existait par ailleurs un risque de compensation avec la main droite et un risque de douleurs à cette main, liées à la surcharge.

Dans son expertise orthopédique du 13 décembre 2019, le Dr R_____ a fait état d'un examen normal du rachis, des membres supérieurs, ainsi que du poignet et de la main droite, et de fortes limitations de la main et du poignet gauche de l'assurée. Il a posé les diagnostics de trouble craniocérébral simple avec plaie du scalp, de fractures des arcs postérieurs non déplacés de C4-C5-C6-C7 sans lésion neurologique et de fracas avec perte osseuse du carpe et des métacarpes de la main gauche, arrachement des extenseurs, perte de substance cutanée, important délabrement des parties molles et importantes lésions vasculo-nerveuses en particulier arrachement du pédicule vasculaire de D2. La causalité naturelle entre l'accident du 20 décembre 2013 et ces diagnostics était hautement probable à certaine puisqu'il n'y avait pas d'état antérieur concernant le rachis cervical et le poignet ou la main gauche. Sur le plan de la capacité de travail, la main gauche était strictement non fonctionnelle, de sorte que l'activité habituelle de concierge n'était plus réalisable. Dans une activité adaptée, strictement monomanuelle droite, côté dominant, la capacité de travail était totale sur le plan orthopédique. Compte tenu de la baisse de rendement de 20% en raison des troubles psychiques, la capacité de travail définitive dans une activité adaptée était donc de 80%, de manière définitive. Ce taux de capacité de travail dans une activité strictement

monomanuelle dominante tenait compte de la capacité de compensation de la main résiduelle dans la capacité de travail de l'assurée. Les lésions séquellaires de la main gauche correspondaient à une main strictement non fonctionnelle équivalente à une amputation de la main gauche, donnant droit à une indemnité de 40%, laquelle n'était pas révisable et tenait compte de la part psychiatrique.

d. Par appréciation médicale du 20 janvier 2020, le Dr C_____ a jugé que les expertises réalisées correspondaient aux critères de qualité posés par la jurisprudence et a confirmé les diagnostics retenus. S'agissant de l'expertise du Dr P_____, il a confirmé la causalité naturelle, jugé que le cas était stabilisé vu le peu de chances d'amélioration, que la poursuite du traitement était à charge de HELSANA et indiqué que la conclusion d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% était « limite mais acceptable ». Il a confirmé les conclusions des autres experts, précisant que le *statu quo ante* à six mois sous l'angle neurologique devait être retenu, les trois mois alternativement mentionnés par le Dr Q_____ étant un peu brefs. Le cas était globalement stabilisé à fin 2019, l'assurée disposant alors d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique, elle s'élevait à 40%. Enfin, se prononçant sur les critères de la causalité adéquate pour la reconnaissance de troubles psychiques consécutifs à un accident, il a estimé que trois d'entre eux étaient remplis (dont deux de manière importante), qu'un autre était « limite » et que deux autres devaient être rejetés.

e. Dans un avis du 2 mars 2020, faisant suite à des observations de l'assurée par lesquelles elle contestait que la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée retenue par les experts tienne compte de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, notamment du risque de surutilisation de sa main droite, le Dr C_____ a indiqué que, sur le plan orthopédique, seul l'état du membre supérieur gauche était en lien de causalité avec l'accident. En particulier, le problème de la main droite n'était pas accidentel et n'importe qui, avec l'âge, pouvait développer une tendinite avec ou sans surcharge. La capacité de travail de l'assurée était donc de 100% sans baisse de rendement, dans une activité monomanuelle, sur le plan orthopédique et neurologique.

f. Lors d'une consultation médicale de suivi du 18 février 2020, le Prof. E_____ a constaté sur le plan clinique une main droite assez symptomatique au niveau de la trapézométacarpienne, mais calmée par l'utilisation de l'attelle. Lors de la consultation du 28 mai 2020, il a diagnostiqué une épicondylite latérale droite et noté la présence de douleurs neurogènes, éléments confirmés lors de la consultation du 30 juin 2020, mais plus lors de celle du 25 août 2020, l'assurée ayant bénéficié d'une infiltration à l'issue de la précédente consultation.

g. Par décision du 12 octobre 2020, HELSANA a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80% sur le plan psychiatrique, neurologique et orthopédique, dans une activité adaptée strictement monomanuelle dominante. Le

taux d'invalidité de l'assurée était de 35% après comparaison des revenus, lui ouvrant le droit à un rente d'invalidité de ce taux qui devait être versée dès le 1^{er} décembre 2019, le cas ayant été jugé stabilisé à la date des expertises réalisées en novembre 2019, aucun traitement ou proposition thérapeutique ne pouvant plus améliorer notablement son état de santé. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de CHF 50'400.- a par ailleurs été accordée à l'assurée, correspondant à un taux d'atteinte de 40%, et la prise en charge du traitement psychiatrique, des antidépresseurs, du suivi médical en orthopédie tous les six mois et des anti-inflammatoires a été garantie. Concernant les atteintes à la main et au bras droits, ainsi qu'au dos et aux chevilles, la relation de causalité naturelle avec l'évènement du 20 décembre 2013 n'était pas probable de façon prépondérante, de sorte que l'assurance-accidents n'était pas compétente pour ces troubles.

h. Par communication du même jour, HELSANA a informé l'assurée qu'elle bénéficiait également d'un capital invalidité de CHF 79'783.- calculé sur la base d'une IPAI de 40%, en raison de la souscription d'une assurance-accidents complémentaire par son ancien employeur.

i. Le 12 novembre 2020, sous la plume de son conseil, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 12 octobre 2020, concluant à son annulation et à ce que le lien de causalité entre l'accident et les atteintes au membre supérieur droit, ainsi que les limitations fonctionnelles y relatives, soient admis, à ce que son incapacité totale de travailler soit admise, à la réévaluation de son taux d'invalidité et à l'allocation de prestations en conséquence, à l'allocation d'une IPAI de 60% au minimum, et à la prise en charge des frais de traitements ultérieurs du membre supérieur droit. L'assurée contestait la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire des Drs P_____, Q_____ et R_____, au motif qu'elle ne se prononçait pas sur le lien de causalité entre l'accident et les douleurs au membre supérieur droit, les limitations fonctionnelles y relatives et leur impact sur sa capacité de travail, ni ne tenait compte de ses lombalgies et synostoses invalidantes. Par ailleurs, les experts n'avaient envisagé aucune activité adaptée concrète et ne discutaient pas des avis des autres médecins, singulièrement de ceux ayant réalisé l'évaluation au sein de la CRR. Le raisonnement des trois experts concernant la pondération des atteintes à la santé psychique et somatique pour évaluer l'IPAI n'était, de plus, pas compréhensible.

j. Dans un rapport du 1^{er} avril 2021 faisant suite à une consultation du 30 mars 2021, le Prof. E_____ a attesté de la récurrence de l'épicondylalgie droite avec ténosynovite des extenseurs. L'irradiation descendante était typique et l'utilisation de l'orthèse n'était pas suffisante. Il a de plus indiqué que l'affection du bras droit était en lien de causalité avec la main gauche de l'assurée, expliquant, dans une lettre annexe du même jour, que l'assurée présentait des phénomènes de compensation de son membre supérieur droit, avec des douleurs de plus en plus importantes sous forme d'épicondylalgie droite avec ténosynovite

des extenseurs. Ce genre de phénomène ne pouvait que s'intensifier au fil du temps. La prise en charge était d'abord conservatrice, dans le but d'éviter un geste opératoire.

k. Le 16 mai 2022, le Prof. E_____ a opéré l'assurée pour une épicondylite du coude droit.

l. Par décision sur opposition du 31 janvier 2023, HELSANA a partiellement admis l'opposition formulée à l'encontre de sa décision du 12 octobre 2020, reconnu un taux d'invalidité de 45% compte tenu d'un abattement de 15% sur le salaire avec invalidité pouvant être perçu par l'assurée, et confirmé la décision pour le surplus.

- D. a.** Par acte du 3 mars 2023, l'assurée, sous la plume de son conseil, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 31 janvier 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, préalablement, à se voir accorder un délai complémentaire pour produire de nouvelles pièces médicales et, principalement, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'il soit constaté et dit que les atteintes au membre supérieur droit et les cervicalgies dont elle souffre, ainsi que les limitations fonctionnelles qui en découlent, sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, à ce qu'il soit dit et constaté que sa capacité de travail, même dans une activité adaptée, est nulle et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100%, à ce qu'il soit dit et constaté que l'IPAI physique est de 40% et celle pour l'intégrité psychique de 30%, aboutissant à une indemnité globale de 70%, à ce que la cause soit renvoyée à HELSANA afin qu'elle réévalue en conséquence le taux d'invalidité et qu'elle prenne en charge les frais de traitements ultérieurs du membre supérieur droit et des cervicalgies, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante pluridisciplinaire orthopédique, psychiatrique et neuropsychologique avec renvoi de la cause à HELSANA pour détermination des prestations.

Dans le cadre du recours, la recourante a produit les documents médicaux suivants :

- Rapport de consultation du 11 mai 2021 du Prof. E_____, faisant état de la persistance de l'épicondylite droite avec une grande tension musculaire, sans vraie douleur sur le tendon conjoint.
- Rapport de ponction ou infiltration ostéoarticulaire du 1^{er} juin 2021, décrivant une enthésopathie calcifiante de l'épicondyle latérale droite avec fissuration profonde du tendon des extenseurs du poignet, suite de l'infiltration, et un aspect augmenté de calibre du rameau profond et du rameau superficiel du nerf radial.
- Rapport de consultation du 22 juin 2021 du Prof. E_____, notant une amélioration des symptômes d'épicondylite latérale après l'infiltration et proposant la poursuite de la physiothérapie jusqu'à l'automne avec

réévaluation à ce moment et éventuelle chirurgie en cas de persistance de la symptomatologie douloureuse du coude, notamment au niveau du nerf radial.

- Rapport de consultation du 28 septembre 2021 du Prof. E_____, constatant une amélioration de la douleur du coude droit mais un tiraillement sur le muscle long extenseur radial du carpe.
- Rapport de consultation du 1^{er} mars 2022 du Prof. E_____, faisant état d'une épicondylalgie droite résistante à l'infiltration de juin 2021 et proposant de l'acupuncture et, en cas d'échec, une chirurgie ou une nouvelle infiltration.
- Rapport de consultation du 30 avril 2022 du Prof. E_____, indiquant que les séances d'acupuncture ont été stoppées à la demande du thérapeute et suggérant une intervention chirurgicale le 16 mai 2022.
- Rapport de consultation du 28 juin 2022 du Prof. E_____, constatant un léger flessum au niveau du coude droit de l'assurée d'environ 10°, une flexion complète de ce membre, l'assurée rapportant une amélioration, mais de temps en temps des petites brûlures ; elle était autorisée à reprendre toutes ses activités en force.
- Rapport de consultation du 23 août 2022 du Prof. E_____, notant une évolution satisfaisante du coude droit, l'absence de flessum et des mobilités complètes. Seule l'extension contre résistance était quelque peu sensible.

b. Dans le délai imparti pour compléter son recours au 6 avril 2023, la recourante a modifié ses conclusions dans le sens de l'octroi d'une IPAI de 100%, se prévalant d'un rapport médical de la Dre K_____ du 29 mars 2023 qu'elle produisait à l'appui de son écriture, concluant à des troubles psychiques modérés à sévères, justifiant une IPAI de 70%, et à une incapacité totale de travail dans toute activité, en raison d'une exacerbation de la symptomatologie dépressive depuis décembre 2022, due à une suspension de son traitement médicamenteux, à des facteurs de stress privés et à des douleurs chroniques au niveau cervical et au bras droit. La souffrance psychique émanant de la bataille juridique contre les assurances était aussi un facteur de stress non négligeable. La non-réalisation de la recourante au niveau professionnel et son changement de vie suite aux séquelles de l'accident restaient un deuil difficile à faire, impactant son estime d'elle-même. La Dre K_____ posait ainsi les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de dysthymie (F34.1) et de trouble neuropsychologique léger avec trouble de la mémoire, manque du mot et difficulté d'attention. Elle listait les limitations fonctionnelles suivantes : irritabilité, fatigabilité physique, psychique et émotionnelle, mésestime de soi, troubles de l'attention et de la concentration, troubles de la mémoire, dysrégulation émotionnelle et difficultés à se projeter dans l'avenir.

c. Par mémoire de réponse du 4 mai 2023, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité de l'écriture de la recourante du 6 avril 2023, au rejet du recours du 3 mars 2023 et à la confirmation de la décision entreprise, sous suite de frais et dépens. Elle a

produit un rapport médical du Dr C_____ du 17 avril 2023, affirmant que les nouvelles conclusions de la Dre K_____ n'étaient pas basées sur les séquelles de l'accident, mais sur des troubles psychosociaux, à savoir l'absence d'intégration professionnelle après l'évènement accidentel et la bataille juridique avec les assurances, alors que l'appréciation du Dr P_____ retenait une baisse de rendement en relation avec les troubles d'adaptation de la main. De plus, l'état du bras droit n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident en raison d'une sursollicitation ou d'une surcharge, car, dans un travail adapté, un seul membre pouvait être utilisé sans surcharge, et chacun utilisait par ailleurs en tout temps son membre supérieur dominant sans surcharge. Quant à l'IPAI, le Dr C_____ a affirmé que les taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique ne pouvaient être additionnés, comme l'avaient démontré les experts, qu'il fallait procéder à une pondération et que le taux de 70% réclamé par la recourante correspondait à des séquelles organiques beaucoup plus importantes.

d. Par observations du 10 juillet 2023, la recourante a persisté dans ses dernières conclusions.

e. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 30 octobre 2023.

f. Le 30 octobre 2023, la chambre de céans a requis de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) la production de son dossier.

Il en ressort notamment que la recourante a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle au sein des EPI du 10 avril au 23 juillet 2017, comportant une partie extra-muros. Cette mesure a mis en évidence le fait que la recourante ne pouvait plus réaliser dans la durée un travail purement manuel compte tenu de l'atteinte à la main gauche et qu'une orientation dans le domaine tertiaire apparaissait la solution la plus pérenne. Un rendement complet dans un travail de bureau apparaissait néanmoins difficilement atteignable. Les capacités d'apprentissage de la recourante étaient pleinement exploitables dans le premier marché de l'emploi. La recourante avait signalé un début de tendinite au niveau du poignet droit, le reliant à l'obligation de compenser en permanence le manque de mobilité de la main gauche. À la suite de la mesure auprès des EPI, la recourante a réalisé un placement à l'essai auprès de l'entreprise T_____ du 28 août 2017 au 23 février 2018.

Un premier projet d'acceptation de rente du 8 octobre 2018 par lequel l'OAI avait décidé d'octroyer une rente entière d'invalidité à la recourante du 1^{er} décembre 2014 au 31 octobre 2016 a été remplacé, à la suite de la contestation de la recourante, par un deuxième projet du 17 juillet 2019, lequel a en sus conclu au versement d'une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 56% dès le 1^{er} novembre 2016. Dans un rapport final du 17 juin 2020, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a considéré que l'expertise tridisciplinaire des Drs P_____, Q_____ et R_____ était convaincante, à l'inverse de l'appréciation

des médecins de la CRR qui prenaient en compte des considérations psychosociales ne relevant pas de l'assurance-invalidité. La capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée était donc de 100% du 1^{er} août 2016 au 12 juillet 2018, de 0% du 13 juillet au 31 octobre 2018, de 50% jusqu'au 30 novembre 2019 et de 80% dès le 1^{er} décembre 2019, en raison de l'atteinte à la main gauche, de dysthymie (F34.1) ou trouble de l'humeur persistant (F34.8) et de fractures des arcs postérieurs non déplacées de C4-C5-C6-C7 sans lésion neurologique, atteintes qui induisaient les limitations fonctionnelles suivantes : activité monomanuelle droite, troubles neuropsychologiques légers avec trouble de la mémoire, manque du mot et difficulté d'attention.

Le service de réadaptation de l'OAI ayant jugé que la situation médicale de la recourante avait évolué depuis sa dernière évaluation, avec la reconnaissance de nouvelles limitations fonctionnelles, une nouvelle mesure d'orientation professionnelle a été mise en place du 13 septembre au 12 décembre 2021 auprès de la fondation Intégration pour Tous (ci-après : IPT). À l'issue des mesures mises en place, dans un rapport final du 13 décembre 2021, l'OAI est parvenu à la conclusion qu'une activité monomanuelle ne pouvait raisonnablement être exigée de la recourante sur le marché du travail équilibré, en raison des autres limitations fonctionnelles retenues, à savoir les troubles neuropsychologiques légers avec trouble de la mémoire, manque du mot et difficultés d'attention. L'invalidité était donc totale. Les démarches effectuées dans le cadre de la mesure auprès d'IPT avaient mis en évidence le besoin d'utiliser les deux mains. Le port de charges, le manque de polyvalence et les rendements diminués étaient également des freins importants à la réinsertion de la recourante sur le premier marché du travail. Ses connaissances linguistiques et informatiques restaient également limitées (frappe au clavier beaucoup plus lente et moins efficace à une main), de même que ses capacités d'adaptation et d'apprentissage. Seules des activités de contrôle et administratives simples étaient compatibles avec une activité monomanuelle droite. Toutefois, les autres limitations fonctionnelles (troubles neuropsychologiques légers, troubles de la mémoire, manque du mot et difficultés d'attention) n'étaient pas compatibles avec les pistes retenues, qui nécessitaient notamment de très bonnes capacités d'attention.

S'agissant du rapport final établi par IPT, celui-ci retient que la recourante s'est montrée investie dans la recherche de cibles professionnelles, le nombre de démarches entreprises ayant été élevé. Dans un premier temps, la cible d'employée de conditionnement avait été investiguée, mais avait dû être abandonnée, les tâches étant difficilement réalisables à une main. La recourante s'était ensuite intéressée au métier de réceptionniste / hôtesse d'accueil mais cette cible avait été jugée non réaliste, ses limitations de santé étant un réel frein à l'exercice de telles activités et ses connaissances informatiques et de français étant trop faibles pour la réalisation des tâches administratives exigées dans ce genre de

poste. Les mêmes retours avaient été obtenus pour la troisième piste explorée de téléphoniste / standardiste. Enfin, la recourante était allée prendre des renseignements auprès de kiosques et d'une imprimerie, sans succès car les métiers de collaboratrice de vente nécessitaient un port de charges important. Dans sa conclusion, le rapport d'IPT mentionne que les cibles explorées correspondant aux compétences transférables de la recourante nécessitent un travail utilisant les deux mains, tandis que les cibles élargies demandent une formation certifiante dont elle ne dispose pas. Il est par ailleurs noté qu'un travail dans le second marché pourrait être bénéfique, afin que la recourante puisse conserver un sentiment d'utilité.

Par projet de décision du 2 février 2022, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2014, parvenant à la conclusion qu'une activité monomanuelle ne pouvait être raisonnablement exigée sur le marché du travail équilibré en raison des autres limitations fonctionnelles retenues sur le plan psychique. Le 24 mars 2023, la caisse de compensation compétente a calculé le montant de la rente entière d'invalidité en faveur de la recourante dès le 1^{er} avril 2023 ; elle en a fait de même le 8 mai 2023 pour la période rétroactive du 1^{er} décembre 2014 au 31 mars 2023.

g. Par écriture du 27 novembre 2023, l'intimée a indiqué avoir utilisé les données salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'année 2016, la rente débutant le 1^{er} décembre 2019 et l'ESS 2018 ayant été publiée le 21 avril 2020. Elle avait par ailleurs tenu compte de l'art. 24 al. 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) dans le cadre du calcul de la rente d'invalidité. S'agissant des rapports de la CRR, il existait des contradictions importantes entre les constatations objectives et les conclusions. En effet, la CRR avait estimé que la recourante était incapable de travailler dans une activité monomanuelle, alors que sa main gauche avait encore une utilisation fonctionnelle de 23% selon le rapport d'ergothérapie réalisé. Concernant le rapport final de l'OAI du 13 décembre 2021, celui-ci tenait compte de limitations fonctionnelles qui n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident et dont l'assurance-accidents ne répondait pas.

En annexe à son écriture du 27 novembre 2023, l'intimée a remis une demande d'avis du même jour adressée par son service juridique au Dr C_____, contresignée par ce dernier, reprenant les critiques développées au sujet des conclusions de la CRR et du service de réadaptation de l'OAI, et mentionnant que la surcharge de la main droite n'était pas une évolution habituelle de l'atteinte subie.

h. Dans ses observations du 18 décembre 2023, la recourante a relevé que les cibles professionnelles retenues par l'intimée étaient irréalistes selon les conclusions de la dernière mesure de réadaptation ordonnée par l'OAI car elles

nécessitaient l'usage des deux mains. En ce sens, le rapport d'IPT démontrait que la jurisprudence retenait que des personnes considérées comme manchot sur le plan fonctionnel pouvaient exercer des activités simples de surveillance n'était plus d'actualité. Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles, tant sur le plan somatique que psychique, ne permettaient l'exercice d'une activité adaptée que sous une forme tellement restreinte qu'elles impliqueraient des concessions irréalistes de la part de l'employeur, excluant la perspective de trouver un emploi. S'agissant de ses troubles psychiques, tous les experts mandatés avaient admis qu'ils étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Le même jour, la recourante a produit un rapport du 15 décembre 2023 du Prof. E_____, soulignant que l'intervention de l'épicondylite latérale du coude droit effectuée le 16 mai 2022 était due à une surutilisation du membre supérieur droit en raison de l'atteinte à la main gauche. Des douleurs importantes du membre controlatéral en cas de déficience majeure de l'un des membres étaient fréquentes et avaient été rappelées par la littérature. La recourante pouvait exécuter des activités monomanuelles légères non répétitives de la main droite dans le cadre d'une activité encadrée, mais il semblait peu probable que l'activité puisse être pleine et entière, cette question devant être résolue par une expertise.

i. Par courrier du 22 décembre 2023 reçu le 2 janvier 2024, la recourante a communiqué à la chambre de céans l'article de littérature cité par le Prof. E_____.

j. Par écriture du 27 décembre 2023, l'intimée a soutenu que les limitations prises en considération par IPT dans son rapport (tendinite au coude droit, connaissances informatiques et linguistiques limitées, lacunes en termes de formation) ne découlaient pas de l'accident. Sans ces limitations, le poste de réceptionniste ou hôtesse était envisageable. L'OAI n'avait du reste pas abordé des postes de surveillance ou de contrôle de qualité. L'intimée a par ailleurs une nouvelle fois nié que l'atteinte au membre supérieur droit soit en lien de causalité avec l'accident, la nouvelle prise de position du Prof. E_____ n'amenant aucun élément objectif démontrable à cet égard. Au surplus, la jurisprudence traitant de l'incapacité fonctionnelle totale d'un membre supérieur était abondante et ne retenait pas de phénomène de surcharge du bras non-accidenté. Un arrêt vaudois avait même établi qu'une recherche extensive dans la littérature n'avait pas mis en évidence de telles conséquences.

k. Par ordonnance du 25 mars 2024, la chambre de céans a confié une mission d'expertise à la docteure T_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main, pour les motifs suivants :

Se fondant sur l'expertise tridisciplinaire rendue par les Drs P_____, Q_____ et R_____, l'intimée a notamment retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée strictement monomanuelle dominante

et lui a accordé une IPAI de 40%. Elle a par contre jugé que les atteintes à la main et au bras droit, ainsi qu'au dos, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 20 décembre 2013, de sorte qu'elle ne devait pas prester pour ces troubles.

Se référant à plusieurs avis du Prof. E_____, la recourante reproche à l'intimée d'avoir déclaré que les atteintes au membre supérieur droit dont elle souffre ne sont pas en relation de causalité avec l'accident. Elle conteste par ailleurs le fait qu'elle disposerait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée monomanuelle droite, sans diminution de rendement, et le taux de l'IPAI retenu.

S'agissant de la question du lien de causalité entre l'évènement accidentel et les atteintes au membre supérieur droit, la chambre de céans observe que celle-ci a été abordée par le Dr C_____ pour la première fois dans son avis du 2 mars 2020, à la suite des critiques formulées par la recourante à l'encontre de l'expertise tridisciplinaire. Or, cet avis est succinct, non motivé, et se borne à affirmer que n'importe qui, avec l'âge, peut développer une tendinite avec ou sans surcharge, sans indiquer ce qu'il en est dans le cas de la recourante. L'avis ultérieur de ce même médecin du 27 novembre 2023 n'est pas plus étayé, se limitant à dire que la surcharge de la main droite ne constitue pas une évolution habituelle « dans une atteinte monomanuelle », ce qui permettrait d'exclure que les tendinites présentées par la recourante soient en relation avec les séquelles traumatiques. Cependant, le fait que l'évolution soit éventuellement atypique ne permet pas, en tant que tel, de nier le lien de cause à effet entre l'accident et l'atteinte constatée, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étendant, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'évènement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

De plus, les différentes prises de position du Prof. E_____, notamment son courrier du 15 décembre 2023, permettent de mettre en doute la conclusion de l'intimée au sujet de l'absence de causalité entre l'accident et les atteintes au membre supérieur droit. À teneur de l'article remis par ce médecin, des cas de surutilisation du membre controlatéral semblent par ailleurs régulièrement admis par la littérature médicale.

Quant à l'expertise tridisciplinaire, elle n'a pas abordé cette problématique de manière détaillée, le Dr R_____ se contentant de dire que la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée tenait compte de la « capacité de compensation » de la main résiduelle, tandis que le Dr Q_____a, lui, affirmé qu'il existait un risque de compensation avec la main droite lié à la surcharge, sans expliquer si la capacité de travail de la recourante s'en trouvait réduite.

Par conséquent, contrairement à ce que soutient l'intimée, plusieurs éléments au dossier plaident en faveur d'un lien de causalité entre l'accident et l'état de la main

droite de la recourante, sans toutefois que ce lien puisse en l'état être admis, et sans que la question de la conséquence sur la capacité de travail ne soit traitée.

Au surplus, l'intimée ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que la jurisprudence ne retiendrait pas de phénomène de surcharge du bras non-accidenté. L'arrêt vaudois qu'elle cite à cet égard a précisément été annulé par le Tribunal fédéral, lequel a renvoyé la cause à la juridiction cantonale afin qu'elle mette en œuvre une expertise sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 du 12 juillet 2018). Il existe par ailleurs plusieurs jurisprudences traitant du lien de causalité naturelle indirecte et de la surutilisation d'un membre non directement accidenté (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral U 210/04 du 23 décembre 2004 ; U 315/04 du 29 mars 2005 ; U 306/05 du 16 mars 2006 ; 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 ; ainsi que l'ATAS/103/2020 du 17 février 2020 et l'ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013), étant rappelé qu'en matière d'assurance-accident même les suites indirectes d'un accident doivent être couvertes, si elles se trouvent dans un rapport de cause à effet avec celui-ci. Le Tribunal fédéral l'a récemment rappelé dans un cas relativement similaire à la présente affaire, où l'assuré se plaignait d'une surutilisation de son membre supérieur gauche suite à un accident qui avait entraîné plusieurs lésions du membre supérieur droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023).

La chambre de céans est par ailleurs d'avis que l'éventuelle diminution de rendement de la recourante dans une activité adaptée en raison de la seule utilisation possible de son bras droit n'a pas suffisamment été investiguée. La CRR relevait à cet égard que même affectée à des tâches épargnant le membre supérieur gauche, la recourante serait confrontée à plusieurs obstacles pratiques dans son travail, ce qui a également été mentionné à l'occasion de la mesure d'orientation professionnelle au sein des EPI. Les experts I_____ et R_____ concluent, sur le plan orthopédique, à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, sans toutefois étayer leur point de vue à ce propos de manière convaincante. Au demeurant, le Dr C_____ lui-même retenait, dans son évaluation du 11 février 2019, qu'une activité adaptée engendrerait une perte de rendement, citant une perte de 50% dans un kiosque, et de 20% à 30% dans une autre activité, certes pour reposer la main gauche si ce membre devait par moment être utilisé comme étau.

Enfin, concernant l'IPAI, l'instruction menée par l'intimée n'est pas non plus convaincante. Le Dr I_____ a en effet considéré que la perte fonctionnelle de l'hémi-main radiale gauche pouvait être évaluée entre 2/3 et 3/4 de la perte fonctionnelle complète de la main gauche (40%), soit entre 26,66% à 30%, mais a cité la figure 44 de la table de la SUVA, correspondant à une atteinte de 45%. Le Dr R_____ a pour sa part évalué l'atteinte à 40%, mentionnant qu'il s'agissait d'un cas similaire à une amputation, la main gauche étant strictement non fonctionnelle, mais a dans le même temps affirmé que ce taux tenait compte de la

part psychiatrique, évaluée à 20% par le Dr P_____. Ce dernier évalue par ailleurs globalement l'atteinte à 40%, mentionnant que l'indemnité somatique a été évaluée à 35% et que celle-ci comprend déjà une part de troubles psychiques en raison de réaménagement du schéma corporel qu'implique l'atteinte à la santé somatique. Sans plus d'indications, le Dr Q_____ retient lui aussi une indemnité globale de 40%. Ainsi, les conclusions des experts concernant l'IPAI ne sont pas claires. Contrairement à ce que retient le Dr P_____, le Dr R_____ n'a pas fixé l'IPAI à 35%, mais à 40% sur le plan orthopédique et l'affirmation que ce taux prend déjà en considération l'atteinte psychique permanente (qui justifie, selon l'expert psychiatre, en sus de l'IPAI, une diminution de rendement de 20%), n'est pas argumentée.

Il découle de ce qui précède que plusieurs questions n'ont pas été correctement investiguées sur le plan orthopédique.

l. Le 31 décembre 2024, la Dre T_____ a rendu son rapport d'expertise.

La capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée, monomanuelle ou purement intellectuelle, en raison de l'impossibilité de se servir de la main gauche comme outil de travail. Une baisse de rendement transitoire plus importante en raison de la sursollicitation du membre supérieur droit était justifiée pendant la durée des douleurs (épicondylopathia humeri radialis).

Le membre supérieur droit était plus utilisé au vu de la fonction limitée de la main gauche. L'épicondylopathia humeri radialis n'était pas en lien, avec une probabilité de plus de 50%, avec l'accident. L'IPAI était de 35% pour la main gauche. Une IPAI globale de 40% était totalement justifiée.

m. Le 3 février 2025, l'intimée a considéré que l'expertise judiciaire confirmait les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qui fondait sa décision et qu'elle devait être suivie.

n. Le 13 juin 2025, la recourante a estimé que l'expertise judiciaire n'avait aucune valeur probante.

Le rapport d'expertise avait été rendu six mois après l'examen clinique ; il était incomplet, voire erroné et manquait de rigueur ; en particulier l'experte ne listait aucune pièce du dossier ; elle n'avait pris aucun renseignement auprès du Prof. E_____ ; l'anamnèse comprenait plusieurs erreurs ; les plaintes étaient résumées de façon succincte et incompréhensible. L'experte ne maîtrisait pas les notions de lien de causalité et ses réponses étaient incohérentes, inexactes et inexploitable. Elle excluait la causalité entre la sursollicitation du bras droit et l'accident, tout en considérant que cette sursollicitation était liée à la perte de fonctionnalité de la main gauche, ce qui était incohérent. Les limitations fonctionnelles étaient imprécises. Le taux de capacité de travail de 80% n'était pas motivé. Elle n'intégrait pas les conclusions de l'OAI et ne les discutait pas. La

diminution de rendement était insuffisamment motivée et incohérente, tout comme l'IPAI. Une nouvelle expertise judiciaire devait être ordonnée.

Elle a joint un rapport du Prof. E_____ du 29 mars 2025, selon lequel le bras droit était toujours douloureux avec des limitations fonctionnelles. Une activité monomanuelle entraînerait une recrudescence de la symptomatologie douloureuse. Il était fréquent de voir des douleurs de sursollicitation du membre restant.

o. Le 25 juin 2025, l'intimée a observé que de simples divergences de point de vue sur des conclusions ne suffisaient pas pour ôter la valeur probante d'une expertise.

p. Le 9 juillet 2025, la recourante a derechef estimé que l'expertise judiciaire était dépourvue de force probante en raison d'irrégularités majeures.

q. Le 14 août 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une mission de surexpertise judiciaire au Professeur V_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait à l'expert.

r. Le 25 août 2025, la recourante a indiqué qu'elle était d'accord avec la désignation du Prof. V_____.

s. Le 25 août 2025, l'intimée a récusé le Prof. V_____, requis une expertise polydisciplinaire et demandé l'ajout d'une question supplémentaire.

t. Par ordonnance du 1^{er} septembre 2025, la chambre de céans a confié une surexpertise au Prof. V_____, en relevant ce qui suit :

Comme relevé par la recourante, le rapport de la Dre T_____ du 31 décembre 2024 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

En effet, les réponses aux questions, en particulier concernant le lien de causalité entre l'atteinte au bras droit et l'accident, la capacité de travail et l'IPAI ne sont pas claires et parfois incohérentes.

L'experte estime que le membre supérieur droit est plus sollicité en raison de la fonction limitée de la main gauche, que l'épicondylopathie humeri radialis n'était pas « obligatoire à apparaître » et que la recourante n'avait pas montré de tels symptômes alors qu'elle avait travaillé comme concierge avec une charge importante des deux coudes (rapport d'expertise, points 5.1.2 et 5.2.1). Ces affirmations suggèrent que l'atteinte au membre supérieur droit est due à une sursollicitation de celui-ci en lien avec l'accident. Or, plus loin, l'experte indique que l'atteinte au membre supérieur droit n'est pas liée, avec une probabilité de plus de 50%, à l'accident (rapport d'expertise, point 9.1), sans aucune motivation. En particulier, l'analyse succincte effectuée par l'experte ne permet pas de comprendre pourquoi si la sursollicitation du membre supérieur droit est en lien

avec l'accident, l'atteinte de ce membre ne serait pas, avec une probabilité de plus de 50%, en lien avec l'accident.

La capacité de travail dans une activité adaptée monomanuelle ou purement intellectuelle est, selon l'experte, de 80% en raison d'un rendement réduit dû à la non-utilisation de la main gauche (rapport d'expertise, point 7.1). Plus loin, l'experte exclut une diminution de rendement majeur dans une activité adaptée, tout en expliquant qu'une certaine diminution de rendement d'environ 20% peut être admise, en raison d'une perte de vitesse (rapport d'expertise, point 7.3), ce qui est confus. En outre, une perte de rendement semble également admise (« justifiée ») en raison de l'atteinte au membre supérieur droit lors de périodes de douleurs (rapport d'expertise, point 7.3), sans que cette diminution de rendement ne soit chiffrée ou encore clairement exclue de tout lien avec l'accident.

En outre, l'experte relève que le Dr R_____ retient une capacité de travail de 80%, en prenant en considération « une compensation de la main résiduelle dans la capacité de travail », ce qui lui paraît tout à fait légitime (rapport d'expertise, point 10.1). Or, le Dr R_____ a retenu une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée (rapport d'expertise du Dr R_____, p. 20) et non pas de 80%, ce qui semble avoir échappé à l'experte et met en cause l'attention apportée à la réalisation de son expertise.

Enfin, s'agissant de l'IPAI, l'experte l'estime à un taux de 35% (rapport d'expertise, point 9.2), tout en affirmant qu'elle se rallie à l'appréciation d'un taux de 40% selon les experts R_____, Q_____ et P_____. Or, le Dr R_____ a considéré que le taux de l'IPAI était de 40% du point de vue orthopédique (rapport d'expertise du Dr R_____, p. 24) et l'experte ne motive pas la divergence de vue avec celui-ci. En outre, elle ne répond pas précisément à la question 10.2 de la mission d'expertise.

Pour toutes ces raisons, il se justifie d'ordonner une surexpertise, étant au surplus relevé que l'experte n'a listé aucun document médical, de sorte qu'il existe un doute sur la manière dont elle a appréhendé le dossier de la recourante et que le rapport d'expertise comprend plusieurs imprécisions et confusions (notamment dans le chapitre des plaintes de la personne expertisée, point 3 et s'agissant de la capacité de travail, laquelle est motivée par des notions relevant de l'IPAI, point 7.1).

Par ailleurs, la demande de récusation du Prof. V_____ était rejetée.

u. Le 24 novembre 2025, le Prof. V_____ a rendu son rapport d'expertise.

Le cas était stabilisé six mois après l'accident pour les troubles craniocérébraux et de la colonne cervicale et dès le 26 mars 2019 pour la main gauche.

S'agissant de la main droite, la situation n'était pas stabilisée. Les troubles craniocérébraux, de la colonne cervicale, de la colonne dorsale et de la main

gauche dus à une surutilisation de la main droite étaient en lien de causalité certaine avec l'accident.

Dès 2015, des troubles de surutilisation du membre supérieur droit étaient apparus (tendinite du poignet droit, épicondylite). Les lombalgies connues, antérieures à l'accident, avaient été aggravées par celui-ci et le *statu quo sine* était atteint au 26 mars 2019.

S'agissant des limitations fonctionnelles, la main gauche pouvait être utilisée tout au plus comme un presse-papier ou comme une palette, et pour le membre supérieur droit, elles concernaient tous gestes nécessitant un travail de manipulation répétitive sollicitant le poignet ou l'avant-bras, tous gestes nécessitant de la force manuelle (serrage, pincement, torsion) ou un port de charges excédant 3 kg. Elles étaient de caractère temporaire et sujettes à évolution.

La capacité de travail était de 80% en raison de gestes plus lents dus aux séquelles du membre supérieur droit (avec une baisse de rendement due aux troubles psychiques de 20%) dès décembre 2022, dès lors que l'épicondylite du membre supérieur droit évoluait depuis le 28 mai 2020 et avait nécessité une intervention chirurgicale le 16 mai 2022, entraînant une incapacité de travail de six mois.

Selon un échange consensuel avec le Dr P_____, la diminution de 20% de la capacité de travail correspondait à l'état somatique alors que la diminution de rendement de 20% correspondait au plan psychique.

La prise en charge médicale des lésions dues à la surutilisation du membre supérieur droit (tendinite et épicondylite) contribuait à l'amélioration de la santé de la recourante. L'IPAI était de 40% du point de vue orthopédique mais, selon le Dr P_____, il existait, en sus, une atteinte de 20% due aux troubles neuropsychologiques. Selon une évaluation consensuelle avec le Dr P_____, l'IPAI totale était de 50%.

v. Le 12 janvier 2026, l'intimée s'est ralliée à un avis du Dr C_____ du 22 décembre 2025, selon lequel l'expertise judiciaire présentait plusieurs problèmes. L'éventuelle atteinte controlatérale n'avait jamais été traitée médicalement de façon à être reconnue comme handicap par contre-coup. Le Prof. V_____ n'indiquait pas pourquoi la surcharge controlatérale pouvait survenir ni quels traitements devaient être précisément effectués. Il n'était pas clairement défini pourquoi les baisses de rendement somatique et psychique s'additionnaient. Le Prof. V_____ ne pouvait pas tenir compte de l'aspect psychique, même discuté avec le Dr P_____. L'IPAI de 40% pouvait être admise.

Selon l'intimée, il était faux de prétendre qu'une atteinte controlatérale, qui n'était pas soignée ni stabilisée, motivait une incapacité de travail définitive.

Le Prof. V_____ n'expliquait pas pourquoi l'état du bras droit serait en relation de causalité avec l'état du bras gauche. Il se fondait sur des observations des EPI, alors qu'il devait justifier l'incapacité de travail.

La surexpertise judiciaire n'était pas probante. Un complément d'expertise était requis auprès du Prof. V_____, avec des propositions de questions. Si elle devait néanmoins être suivie, le degré d'invalidité serait de 56%.

w. Le 30 mars 2026, la recourante a estimé que la surexpertise judiciaire était probante. Elle a produit :

- Un certificat du 2 février 2026 du docteur X_____, spécialiste en médecine générale, attestant de la présence de douleurs au coude droit depuis l'accident.
- Un rapport du 26 février 2026 du Prof E_____, selon lequel des douleurs de surcharge étaient apparues au membre supérieur droit et actuellement il existait des tensions musculaires importantes et douloureuses qui nécessitaient de la physiothérapie, des massages et du stretching musculaire ; l'état du membre supérieur droit n'était pas stabilisé et ne le serait sûrement jamais ; la situation était destinée à se pérenniser ; une activité monomanuelle main droite à 80% pouvait possiblement entraîner une péjoration.

Au vu des constats du Prof. E_____, l'état du membre supérieur droit ne serait pas stabilisé et pourrait se péjorer en cas d'activité monomanuelle, de sorte que les limitations fonctionnelles n'avaient pas un caractère temporaire, comme indiqué par le Prof. V_____.

Il n'était pas exigible qu'elle reprenne une activité lucrative, vu le risque de péjoration de son état qu'elle entraînerait. D'ailleurs, le Prof. V_____ doutait de l'existence d'une activité adaptée et le service de réadaptation de l'OAI avait constaté qu'elle n'était pas réadaptable (difficultés dans l'utilisation des deux mains et troubles neuropsychologiques).

Sa capacité de travail était nulle en raison des atteintes à la santé en lien avec l'accident et des limitations fonctionnelles en découlant.

S'agissant de l'IPAI, le Prof. V_____, après une évaluation consensuelle avec le Dr P_____, l'avait fixée à un taux de 50%. Cependant, il convenait de prendre en compte les lésions de surutilisation du membre controlatéral, dont la pérennité était attestée par le Prof. E_____, de sorte que l'IPAI devait être portée à un taux de 70%.

Elle concluait à l'audition du Prof. V_____.

x. Le 9 avril 2026, la recourante a transmis des observations à la suite de la détermination du 12 janvier 2026 de l'intimée.

Le Prof. E_____ avait également admis, tout comme le Prof. V_____, que la surutilisation du bras droit était en relation avec l'accident, soit des tendinites à

répétition à l'avant-bras et au poignet droits. Elle avait suivi pour ces lésions de la physiothérapie, de l'acupuncture, une infiltration, une opération pour l'épicondylite le 16 mai 2022, sans amélioration durable. Les questions à l'expert proposées par l'intimée devaient être écartées car elles étaient soit spéculatives, soit déjà résolues par la surexpertise. S'agissant du degré d'invalidité, l'intimée devait examiner si une activité était exigible, ce que l'OAI avait nié.

y. Le 16 avril 2026, l'intimée a confirmé ses conclusions, singulièrement sa demande de complément d'expertise auprès du Prof. V_____.

z. Le 30 avril 2026, la recourante a maintenu ses conclusions, en indiquant que si des questions écrites étaient posées au Prof. V_____, elle souhaitait pouvoir en formuler préalablement.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

1.4 Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (*cf.* dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

1.5 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante et le montant de l'IPAI qui lui a été accordée, ainsi que sur la prise en charge des traitements médicaux concernant le membre supérieur droit et les cervicalgies.
3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

3.1 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 condition est réalisée 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. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les suites indirectes d'un accident (RAMA 2003 n. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5 ; ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5b/aa).

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

3.1.2 Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe

d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

3.2

3.2.1 L'obligation de prêter de l'intimée existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1; arrêts du Tribunal fédéral 8C_580/2021 du 20 avril 2022 consid. 3.2 ; 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 4.2).

3.2.2 En cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prêter de l'assureur-accident existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références).

3.2.3 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références).

4.

4.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

4.2 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 (art. 18 al. 1 LAA). 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 ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGa, 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 (al. 1, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

4.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du

23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermique – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

4.4

4.4.1 Il convient de relever que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité d'un assuré indépendamment de la décision rendue en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.1).

4.4.2 L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b). D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1, in SVR 2008 IV n° 62 p. 203 ss.), au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_910/2015 du 19 mai 2016

consid. 4.2.1, in SVR 2016 IV n° 58 p. 190). La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5 ; 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 ; 8C_25/2012 du 3 juillet 2012 consid. 4.2 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand LPGA, 2018, n. 23 *ad* art. 7 LPGA). Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 et les références). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (arrêts du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.4 ; 8C_303/2018 du 26 novembre 2018 consid. 5.1 ; 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3).

4.5

4.5.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

4.5.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

4.5.3 On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178).

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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises

dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

Le Tribunal fédéral a admis l'application d'un abattement de 25% dans plusieurs cas d'assurés dont la capacité de travail était limitée à une activité monomanuelle (arrêts du Tribunal fédéral I 766/04 du 7 juin 2005 ; I 377/06 du 2 juillet 2007 ; 8C_231/2024 du 3 décembre 2024 ; 8C_258/2024 du 23 mai 2024).

5.

5.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{re} 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^e phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

5.2 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^{re} 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^e phrase). L'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs

atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'IPAI est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3 1^{re} phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

5.3 L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

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

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

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

En présence d'une ou de plusieurs atteintes à l'intégrité physique et d'une atteinte à l'intégrité psychique, dont les conditions d'indemnisation sont réalisées, la réglementation posée à l'art. 36 al. 3 OLAA ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont déjà indemnisés par l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique. Certes, le but de l'IPAI est de compenser par le

versement d'un montant en espèces les souffrances physiques, ainsi que psychiques ressenties par l'assuré ensuite d'une atteinte à son intégrité. Elle s'apparente ainsi à l'indemnité pour tort moral selon le droit privé. Toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte particulièrement grave, justifiant une indemnisation selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA, on ne saurait admettre que celle-ci est pleinement réalisée par le seul versement d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique qui est à l'origine des souffrances psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.4).

6.

6.1 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. La tâche du médecin 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

6.3 Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6.6 Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité

de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

6.7 Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (*cf.* ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in* SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.1).

7.

7.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

7.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

(ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

8.

8.1 En l'occurrence, l'intimée a considéré que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 1^{er} décembre 2019, que le degré d'invalidité était de 45%, calculé sur la base d'une capacité de travail dans une activité monomanuelle de 80%, et que le taux de l'IPAI était de 40%.

Elle a indiqué que le degré d'invalidité différait de celui retenu par l'OAI, car celui-ci prenait en compte également des affections qui n'étaient pas en lien avec l'accident. Elle a relevé que des activités simples de surveillance ou de contrôle étaient exigibles. Enfin, les traitements en lien avec les affections au membre supérieur droit n'étaient pas à sa charge.

La recourante fait valoir une capacité de travail de 80% avec une diminution de rendement de 20%, laquelle n'était toutefois pas exigible, comme l'avait reconnu l'OAI sur la base des affections en lien avec l'accident, de sorte que la capacité de travail était finalement nulle. Au surplus, l'IPAI était de 70%, compte tenu des lésions pérennes au membre supérieur droit.

8.2 Du point de vue psychiatrique, l'intimée a confié une expertise au Dr P_____, lequel a rendu son rapport le 13 décembre 2019, concluant à un diagnostic de dysthymie et à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20% en raison de troubles de l'attention, de la concentration, de l'émotivité et de l'irritabilité (rapport d'expertise du Dr P_____, p. 16).

La valeur probante de cette expertise est admise par l'intimée.

Quant à la recourante, elle fait valoir les avis de la Dre K_____ dont le rapport du 29 mars 2023, selon lequel elle était totalement incapable de travailler en raison d'une aggravation de son état de santé psychique depuis décembre 2022 et requiert l'ordonnance d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique.

8.2.1 À cet égard, le premier rapport de la Dr K_____ du 6 novembre 2018 mentionne un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée et une impossibilité à retrouver du travail concret en raison de motifs non psychiques (impossibilité d'utiliser les deux mains, cervicalgies, tendinites de la main droite, manque de formation, difficultés en français), de sorte que l'incapacité de travail psychique alléguée ne peut être retenue sur cette base.

Quant au second rapport du 29 mars 2023, établi postérieurement à celui du Dr P_____, il souligne une exacerbation de la symptomatologie dépressive depuis décembre 2022, par l'apparition d'un trouble dépressif récurrent actuel moyen, une dysthymie et un trouble neuropsychologique léger. Cette aggravation était en lien avec la suspension du traitement médicamenteux, des facteurs de stress privé et les douleurs chroniques. La capacité de travail était nulle dans une

activité adaptée en raison des limitations fonctionnelles physiques et psychiatriques. Cette appréciation tient compte à la fois des atteintes physiques et psychiques, de sorte qu'elle ne permet pas de mettre en doute une exigibilité du point de vue psychique de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce d'autant que la Dre K_____ dit que l'aggravation psychique est aussi en lien avec la suspension du traitement médicamenteux - sans mentionner les motifs ayant conduit à cette suspension et sans indiquer si elle est temporaire – et à des facteurs de stress privé, qui ne sont pas en lien avec l'accident.

8.2.2 Dans ces conditions, les conclusions du rapport d'expertise du Dr P_____ seront confirmées, étant au surplus relevé que l'intensité du trouble psychique de la recourante a été jugé comme variant de léger à moyen par le Dr P_____, appréciation qui rejoint celle de la Dre O_____, experte de la CRR en janvier 2019.

8.3 Du point de vue somatique, la chambre de céans a estimé qu'une instruction médicale orthopédique complémentaire était nécessaire ; elle a ordonné une expertise judiciaire auprès de la Dre T_____, jugée non probante, de sorte qu'une surexpertise judiciaire a été confiée au Prof. V_____.

8.3.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description des plaintes de la recourante, un examen clinique, des citations de littérature scientifique en lien avec les affections constatées, deux colloques téléphoniques avec les Dr P_____ et Prof. E_____, posant des diagnostics clairs et analysant de façon convaincante le lien de causalité entre ceux-ci et l'accident, décrivant les limitations fonctionnelles et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante, enfin procédant à une évaluation motivée du taux de l'IPAI, le rapport de surexpertise judiciaire du Prof. V_____ répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, sous réserve de la date de stabilisation de l'état de santé, comme il sera expliqué ci-après.

Ce rapport conclut à une capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée de 80% dès décembre 2022, en raison des troubles de la main gauche et du membre supérieur droit. S'ajoutait, suite à une évaluation consensuelle avec le Dr P_____, une diminution de rendement de 20% en raison des limitations psychiatriques.

Au demeurant, la capacité de travail de la recourante était de 64% dès décembre 2022. En particulier, le Prof. V_____ a admis que les atteintes au membre supérieur droit de la recourante étaient en lien de causalité probable avec l'accident. Enfin, il a évalué le taux de l'IPAI à 40% et, suite à une évaluation consensuelle avec le Dr P_____, l'a estimée globalement à un taux de 50%.

8.3.2 L'expert V_____ a admis un lien de causalité certain entre les atteintes au membre supérieur droit et l'accident, soit une tendinite avant-bras / poignet droit,

une tendinite à répétition type de Quervain à l'avant-bras droit et un *status* post intervention pour épicondylite du coude droit (rapport de surexpertise judiciaire, pp. 58-59).

L'intimée conteste ce lien de causalité, en faisant valoir, d'une part, que l'expert ne se base que sur la littérature médicale, laquelle ne permet pas d'établir une causalité à un degré de probabilité supérieure à 50% et, d'autre part, que la jurisprudence n'a jamais expressément admis une telle causalité.

Contrairement à l'avis de l'intimée, l'expert V_____ a examiné la situation concrète de la recourante pour parvenir à sa conclusion et ne s'est pas contenté de citer de la littérature médicale. Il a relevé que les troubles de surutilisation étaient apparus dès 2015 et étaient évoqués à de multiples reprises dans le dossier. Il était mentionné que les troubles étaient dus à une surutilisation du membre supérieur droit et le Prof. E_____, qui avait effectué un suivi de la recourante, concluait également dans ce sens, en soulignant que la surutilisation du membre supérieur controlatéral sain était une pathologie reconnue dans le cadre de patients ayant perdu l'usage d'un membre ou d'une partie d'un membre, en cohérence avec la littérature.

Aucune atteinte dégénérative antérieure à l'accident n'est mentionnée par l'expert ou les médecins traitants.

Enfin, la littérature médicale confirmait ce phénomène à l'occasion de plusieurs études (rapport de surexpertise judiciaire, pp. 55-56), ce que le Prof. E_____ avait également clairement confirmé (rapports du Prof. E_____ des 15 décembre 2023 et 29 mars 2025).

Au demeurant, la conclusion du Prof. V_____ quant à l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du membre supérieur droit et l'accident, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante, peut être confirmée, étant relevé que la jurisprudence du Tribunal fédéral admet qu'un lien de causalité peut être reconnu entre une affection qui n'est pas causée immédiatement par l'accident et celui-ci (*cf.* arrêt précité 8C_302/2023).

8.3.3 L'intimée conteste le taux de capacité de travail de 80% retenu par l'expert V_____, en estimant qu'il est insuffisamment motivé.

À cet égard, le Prof. V_____ a précisé que la capacité de travail était diminuée en raison des limitations fonctionnelles, soit une main gauche ne pouvant être utilisée que comme un presse-papier ou comme une palette et l'impossibilité d'effectuer des gestes du membre supérieur droit nécessitant un travail de manipulation répétitif, sollicitant le poignet ou l'avant-bras, ou la force manuelle, ou un port de charges excédant 3 kg.

Il fallait également tenir compte des lenteurs d'exécution liées aux difficultés gestuelles, constatées objectivement lors du stage aux EPI.

Contrairement à l'avis de l'intimée, l'expert V_____ a décrit des éléments objectivables pour estimer la capacité de travail de la recourante, dont certains n'ont pas été pris en compte par les experts I_____, R_____ et T_____, soit les affections du membre supérieur droit.

Dans ces conditions, la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée ne peut qu'être confirmée, étant relevé que la diminution de rendement de 20% pour des motifs psychiques n'est pas contestée par l'intimée et se fonde sur l'évaluation du Dr P_____ du 13 décembre 2019, soit la présence de troubles de l'attention et de la concentration, de l'émotivité et de l'irritabilité (rapport d'expertise du Dr P_____, p. 16), confirmée lors de l'évaluation consensuelle entre l'expert V_____ et le Dr P_____.

8.3.4 La recourante estime que la capacité de travail fixée par l'expert V_____ n'est pas exigible, en faisant valoir l'avis du service de réadaptation de l'OAI.

Quant à l'intimée, elle a retenu que des activités de contrôle et de surveillance étaient exigibles, comme surveillante de musée ou de parking et a relevé que l'OAI prenait en compte des affections qui n'étaient pas en lien avec l'accident.

8.3.4.1. Le service de réadaptation de l'OAI a, dans un premier temps, considéré que des activités de contrôle et administratives simples étaient compatibles avec une activité monomanuelle droite, étant relevé, au préalable, que le marché du travail offrait un nombre significatif d'activités qui ne nécessitaient pas les deux bras et étaient accessibles sans aucune formation particulière.

Cependant, ce service a ensuite considéré que les troubles neuropsychologiques de la recourante étaient incompatibles avec les pistes retenues qui nécessitaient de très bonnes capacités d'attention. En effet, le 13 décembre 2021, le rapport final du service de réadaptation de l'OAI a conclu, à la suite du rapport d'IPT du 12 décembre 2021, qu'une activité monomanuelle ne pouvait raisonnablement être exigée sur le marché du travail équilibré en raison des autres limitations fonctionnelles retenues (troubles neuropsychologiques légers avec trouble de la mémoire, manque du mot et difficultés d'attention). Le degré d'invalidité était ainsi de 100%.

Les cibles professionnelles retenues au terme de la première partie des mesures d'orientation étaient les suivantes : employée de conditionnement, collaboratrice de vente, réceptionniste-hôtesse d'accueil et téléphoniste-standardiste.

Les mesures mises en place auprès d'IPT avaient permis de mettre en évidence que l'assurée manquait de polyvalence ; ses connaissances linguistiques et informatiques restaient également limitées (frappe au clavier beaucoup plus lente et moins efficace à une main) de même que ses capacités d'adaptation et d'apprentissage. Il ressortait de l'évaluation que seules des activités de contrôle et administratives simples étaient compatibles avec une activité monomanuelle droite (atteinte du membre supérieur gauche chez l'assurée qui était droitrière) ; les autres limitations fonctionnelles retenues par le SMR (troubles

neuropsychologiques légers, troubles de la mémoire, manque du mot et difficultés d'attention) n'étaient pas compatibles avec les pistes retenues, qui nécessitaient notamment de très bonnes capacités d'attention.

Ces constats font douter de l'exigibilité de toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, ce qu'il convient d'examiner.

8.3.4.2. Tout d'abord, et contrairement à l'avis de l'intimée exprimé dans sa décision litigieuse (p. 38), l'OAI n'a pas, en l'occurrence, tenu compte d'affections sans lien avec l'accident. En effet, l'avis du SMR du 17 juin 2020 prend en compte des limitations fonctionnelles liées à une activité monomanuelle et aux troubles neuropsychologiques, les atteintes de la main gauche, une dysthymie, un trouble de l'humeur persistant et des fractures des arcs postérieurs non déplacées de C4-C5-C6-C7 sans lésion neurologique, affections reconnues par l'intimée comme étant en lien de causalité avec l'accident, ce qui ressort déjà de la décision de l'intimée du 12 octobre 2020, relevant, notamment, que les atteintes à la main gauche et les troubles neuropsychologiques ont été entraînés par l'accident. Le SMR a ainsi retenu que la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée (limitations fonctionnelles d'une activité monomanuelle, troubles neuropsychologiques légers avec troubles de la mémoire, manque du mot et difficultés d'attention).

8.3.4.3. Ensuite, s'agissant de l'exigibilité, le rapport de mesure d'orientation professionnelle d'IPT du 12 décembre 2021, sur lequel s'est fondé le service de réadaptation de l'OAI, souligne que les cibles professionnelles envisagées ont été abandonnées soit parce qu'elles nécessitaient l'emploi des deux mains ou un port de charges (employée de conditionnement, téléphoniste-standardiste, employée d'un kiosque), soit parce que la recourante ne possédait pas le niveau de formation requis (réceptionniste-hôtesse d'accueil ou téléphoniste-standardiste). Le rapport conclut que le manque de formation de la recourante limite les possibilités de reconversion et que les métiers sans qualification certifiante réclament souvent l'utilisation des deux mains.

Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, certes sévère, il existe suffisamment de possibilités d'emplois pour des personnes monomanuelles, dans des activités légères, sans formation autre qu'une mise au courant initiale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2024 du 25 novembre 2024), de sorte que la nécessité d'utiliser les deux mains dans les activités envisagées et celle d'une formation ne peuvent être retenues comme justifiant l'impossibilité pour la recourante de se réinsérer sur le marché de l'emploi.

À cet égard, dans l'arrêt 9C_323/2024 du 25 novembre 2024 (consid. 4.2), le Tribunal fédéral a confirmé le point de vue de la juridiction cantonale, selon lequel il existait suffisamment de possibilités d'emploi sur un marché équilibré du travail au sens de l'art. 16 LPGA pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères (à savoir, des travaux simples de

surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines [semi-]automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking). Dans l'arrêt 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 (consid. 5.3), le Tribunal fédéral a relevé que l'avis des spécialistes des EPI qui avaient retenu une capacité de travail dans une activité monomanuelle (main non dominante) non exigible, pouvait ne pas être suivi par l'assureur-accidents, dès lors que des facteurs non liés à l'atteinte à la santé avaient été pris en compte (rythme de travail extrêmement lent, rendements très faibles avec la main gauche, absence d'un transfert au membre supérieur gauche non dominant, faible résistance et endurance, manque de polyvalence et de formation, faible niveau scolaire et de français, absence de connaissances en informatique, faible adaptabilité à la nouveauté et manque d'autonomie). Une activité de surveillance ou de télésurveillance était exigible.

8.3.4.4. Enfin, s'agissant des limitations neuropsychologiques retenues par l'OAI pour exclure toute activité monomanuelle, elles ont été mises en évidence par un examen du 3 mai 2016 (A. G_____), soulignant des difficultés de mémoire, par le Dr H_____ le 1^{er} juillet 2016, lequel a relevé des troubles de la concentration et de la mémoire, par un examen neuropsychologique du 6 décembre 2019 (S_____), attestant de troubles neuropsychologiques légers, confirmés par la Dre K_____ et par le Dr P_____ le 13 décembre 2019 (troubles de l'attention et de la concentration).

Lors de la première mesure d'orientation professionnelle du 10 avril au 9 juillet 2017, il est relevé que la capacité de concentration de la recourante a beaucoup évolué et qu'elle est actuellement pleine (note de travail du 31 mai 2017, pièce 73 dossier OAI). La recourante a suivi un stage *intra-muros* du 10 avril au 2 juin 2017, à l'issue duquel une orientation dans le domaine tertiaire apparaissait adéquate (domaine administratif, réception, comptabilité, facturation). Elle a suivi ensuite un stage en entreprise du 5 juin au 23 juillet 2017, à l'issue duquel il a été constaté qu'elle avait notamment de bonnes capacités de raisonnement et d'apprentissage, de la vivacité, un bon niveau de concentration sur la durée et des connaissances de base en informatique. Le stage a été prolongé du 28 août 2017 au 23 février 2018. Il lui arrivait de prendre plus de temps qu'un travailleur habituel, mais elle faisait tout juste (note de travail de l'OAI du 23 novembre 2017). Le bilan était très positif, avec un travail fait sans erreurs, une assurée ponctuelle et fiable (rapport final MOP du 13 juillet 2018, pièce 117 OAI).

Quant au rapport d'IPT du 12 décembre 2021, il fait uniquement état d'une difficulté de concentration occasionnelle et d'une mémorisation auditive à travailler.

Au demeurant, nonobstant la présence de limitations neuropsychologiques depuis à tout le moins 2017, dont il n'est pas établi qu'elles auraient augmenté par la suite (la Dre K_____ ayant évoqué le 29 mars 2023 une péjoration de l'état thymique, avec toutefois la persistance de troubles neuropsychologiques légers),

la recourante a été en mesure d'exercer une activité administrative simple, à satisfaction de l'employeur, sans mention de limitations fonctionnelles cognitives impactant de façon substantielle les tâches administratives, de sorte que l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée doit être confirmée.

En conséquence, dans ces conditions, l'intimée pouvait s'écarter de l'évaluation du service de réadaptation de l'OAI, excluant toute exigibilité professionnelle, étant rappelé que les troubles neuropsychologiques sont pris en compte dans la diminution de rendement de 20% admise par les experts V_____ et P_____.

8.3.4.5. Certes, le Prof. E_____ a-t-il souligné, le 26 février 2026, qu'une activité exercée à un taux de 80% pouvait possiblement entraîner des surcharges du membre supérieur droit à même de péjorer les douleurs avec des risques d'une nouvelle intervention chirurgicale.

À cet égard, le Prof. V_____ a toutefois une position plus nuancée, dès lors qu'il estime qu'une utilisation à plein régime du membre supérieur droit entraînerait avec certitude des pathologies de surutilisation sévère causant des arrêts complets et répétés de l'activité. En revanche, il a confirmé l'exigibilité d'une activité exercée à un taux de 80% (rapport de surexpertise judiciaire, p. 62). Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation, ce d'autant que la capacité de travail finalement exigible, compte tenu de la pathologie psychique, est de 64%.

8.3.5 S'agissant de la date de stabilisation de l'état de santé, l'intimée l'a fixée au 1^{er} décembre 2019.

Cette date n'est pas remise en cause par le Prof. V_____, lequel admet même que dès le 26 mars 2019 l'état de la main gauche était stabilisé et que les troubles craniocérébraux et de la colonne cervicale l'étaient déjà en 2014. En revanche, le Prof. V_____ note que l'état du membre supérieur droit n'est toujours pas stabilisé. Les troubles de surutilisation du membre supérieur droit étaient apparus dès 2015, soit des tendinites du poignet et des épicondylites.

La chambre de céans constate qu'à la date du 1^{er} décembre 2019, la recourante bénéficiait de traitements de maintien du membre supérieur droit (orthèse, médicaments anti-inflammatoires), de sorte qu'on ne saurait admettre que l'on pouvait attendre à ce moment-là de la poursuite des traitements en cours du membre supérieur droit une notable amélioration de l'état de santé de la recourante. La conclusion de l'expert V_____ sera sur ce point écartée, sans que son rapport n'en perde pour autant sa valeur probante. Il existe en effet certaines constellations dans lesquelles il convient de s'écarter de certaines conclusions d'une expertise médicale, sans que celle-ci n'en perde sa valeur probante (arrêts du Tribunal fédéral 9C_706/2016 du 6 juillet 2017 consid. 3 et les arrêts cités ; 9C_316/2017 du 5 octobre 2017).

Au demeurant, la date de stabilisation de l'état de santé peut être confirmée au 1^{er} décembre 2019 et la capacité de travail de 64% est en conséquence exigible dès le 1^{er} décembre 2019 et non pas dès décembre 2022.

Certes, l'épicondylite du coude droit de la recourante a-t-elle nécessité ensuite, le 16 mai 2022, une intervention chirurgicale, avec une période d'incapacité de travail, ce qui constitue une aggravation qui doit être qualifiée de rechute et qui devra être prise en charge, à ce titre, par l'intimée (frais de traitement et indemnités journalières).

8.3.6 Enfin, le taux de l'IPAI a été fixé par l'expert V_____ à 40% du point de vue orthopédique. Selon une évaluation consensuelle avec le Dr P_____, ce taux était de 50% pour la perte de l'usage de la main gauche et les séquelles neuropsychologiques (rapport de surexpertise judiciaire, p. 52).

Cette évaluation consensuelle n'est pas valablement remise en question par l'intimée, laquelle s'est limitée à requérir des précisions sur la détermination du taux par l'expert, alors que l'évaluation du taux de 50% ressort clairement du rapport de surexpertise judiciaire. Par ailleurs, le Dr C_____ a rejoint l'estimation du taux de 40% du point de vue orthopédique (avis du Dr C_____ du 22 décembre 2025).

Contrairement à l'avis de la recourante, il n'y a pas lieu d'augmenter le taux de l'IPAI en prenant en compte les affections au membre supérieur droit, dès lors que le Prof. V_____ a considéré qu'il ne s'agissait pas d'atteintes définitives à l'intégrité physique.

8.4 Au vu de ce qui précède et par appréciation anticipée des preuves, il sera renoncé tant à l'audition ou à un complément d'expertise du Prof. V_____, qu'à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire.

8.5 En conclusion, sur la base du rapport de surexpertise judiciaire et de l'expertise du Dr P_____, il y a lieu de retenir que la recourante est capable de travailler, depuis le 1^{er} décembre 2019, à un taux de 80%, avec une diminution de rendement de 20%, soit une capacité de travail finalement de 64% et qu'elle a droit à une IPAI de 50%.

8.6 S'agissant de la prise en charge du traitement, il incombera à l'intimée de se prononcer sur celle des traitements du membre supérieur droit de la recourante, en application de l'art. 21 LAA. Il lui incombera également de prendre en charge la rechute (épicondylite ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 16 mai 2022). Enfin, l'intimée n'a pas à prendre en charge un traitement des cervicalgies, le *statu quo ante* étant atteint concernant la colonne cervicale et le Prof. V_____ n'ayant pas mentionné qu'un traitement était encore nécessaire (rapport de surexpertise judiciaire, pp. 62-63).

La cause sera renvoyée à l'intimée dans ce sens.

8.7 Il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

S'agissant du revenu annuel sans invalidité pour l'année 2019, année de référence, l'intimée l'a fixé à CHF 67'712.32. Ce revenu n'est pas contesté par la recourante.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimée l'a évalué sur la base de l'ESS 2016, TA1, femme, niveau 1, total, soit un revenu mensuel de CHF 4'363.- et annuel de CHF 52'356.-. Indexé à l'année 2019, il était de CHF 53'092.39. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire de 41,7 heures, il était de CHF 55'348.81.

Ce montant n'est pas contesté par la recourante.

Compte tenu d'un taux d'activité exigible de 64%, le revenu d'invalidé est de CHF 35'423.24.

Il convient encore d'appliquer un abattement sur ce salaire statistique. L'intimée l'a estimé à un taux de 15%. Cependant, au vu de la jurisprudence précitée concernant les abattements pratiqués sur le revenu statistique pour des activités monomanuelles, il convient d'augmenter ce taux à 25%, ce d'autant que la recourante présente, en sus des limitations quasi totales de l'utilisation de sa main gauche, des limitations au membre supérieur droit, désormais reconnues comme étant en lien avec l'accident.

Au demeurant, le revenu d'invalidé est de CHF 26'567.43 (75% x 35'433.24).

Le degré d'invalidité est ainsi de :

$$\frac{67'712.32 - 26'567.43}{67'712.32} = 60,76\%, \text{ arrondi à } 61\%$$

8.8 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse réformée dans le sens que la recourante a droit, depuis le 1^{er} décembre 2019, à une rente d'invalidité d'un taux de 61%, ainsi qu'à une IPAI d'un taux de 50%, le cas étant renvoyé à l'intimée pour qu'elle se prononce sur le droit au traitement de la recourante et la rechute.

La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant représentée par un avocat, une indemnité de CHF 5'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimée du 31 janvier 2023, dans le sens que la recourante a droit, depuis le 1^{er} décembre 2019, à une rente d'invalidité de 61% et à une IPAI d'un taux de 50%.
4. Renvoie la cause à l'intimée dans le sens des considérants.
5. Octroie à la recourante une indemnité de CHF 5'000.- à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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