

GE_GERICHTE ATAS/1149/2017 vom 14. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1149_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1149/2017 du 14 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1149/2017 del 14 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Le 1er 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.

E. 3

a. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). b. En 2017, le dimanche de Pâques tombait le 16 avril.

A/1640/2017 - 9/22 - Datée du 21 mars 2017, la décision entreprise a été reçue le lendemain par la recourante, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 23 mars 2017 avant d'être suspendu du 9 au 23 avril 2017. Ayant repris son cours le 24 avril, il est arrivé à échéance le samedi 6 mai mais son terme a été reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit au lundi 8 mai 2017. Posté le 5 mai 2017, le recours a été ainsi interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte, d'une part, sur le degré d'invalidité de la recourante, en particulier son droit à une rente et à des prestations pour soins et remboursement de frais, d'autre part, sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui doit lui être accordée.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, 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 LPGGA). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 6

a. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). b. 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 (art. 19 al. 1 LAA). En dérogation à ce principe, l'art. 21 al. 1 LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire

A/1640/2017 - 10/22 - notamment lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), d'une rechute ou des séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient un notable diminution de celle-ci (let. b) ou lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c).

E. 7

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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).

E. 8

a. 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 LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les

moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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

A/1640/2017 - 11/22 - généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 9

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

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

A/1640/2017 - 12/22 - SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 11

a. En l'espèce, l'intimée, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr F_____, a considéré qu'une amélioration notable de l'état de santé de la recourante ne pouvait plus être attendue et que cet état était désormais stabilisé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine mais entière dans une activité adaptée (pas de port de charges de plus de 2 kg et pas de mouvement ni d'activité au-dessus de l'épaule). Ce faisant, Dr F_____ tient compte des douleurs résiduelles, plus ou moins maîtrisées par traitement antalgique quotidien, et d'une mobilité qui n'a été récupérée que partiellement. L'expert relève en outre qu'à l'examen clinique, qu'il n'y a pas de signe objectif d'allergie ou de mauvaise tolérance en relation avec le matériel de prothèse. b. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes de la recourante, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé, ainsi que des conclusions convaincantes, de sorte qu'elle doit en principe se voir reconnaître valeur probante. c. Par ailleurs, les conclusions du Dr F_____ sont confirmées par rapport du 23 mars 2016 du Dr D_____, dans lequel celui-ci a admis une capacité de travail entière à long terme dans une activité adaptée, après une période d'adaptation avec un temps de présence de six heures par jour, pendant quatre jours par semaine, et avec un rendement de 50% d'un travail à temps plein dans un premier temps. En ne supprimant les indemnités journalières qu'au 31 août 2016, l'intimée a tenu compte de cette période d'adaptation qui revient en fait à une capacité de travail limitée dans un premier temps. Quant au Dr I_____, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée mais se contente d'affirmer dans son premier rapport, du 2 novembre 2016, que l'exercice de l'activité habituelle d'aide de cuisine n'est plus exigible. Dans son rapport du 16 novembre 2016, il semble considérer qu'il y a une diminution de la capacité de travail de plus de 10% dans une activité adaptée, au vu des importantes limitations fonctionnelles. Ce faisant, il ne s'appuie cependant pas sur des éléments médicaux nouveaux qui auraient été ignorés par le Dr F_____, si bien que son appréciation divergente ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expert. La recourante fait valoir qu'aux termes du rapport du 18 juillet 2016 du docteur G_____,

spécialiste FMH en médecine nucléaire, il existerait une anomalie au niveau de la partie inférieure des vis de l'implant glénoïdien de la prothèse d'épaule. Toutefois, le Dr G_____ précise que l'interprétation pathologique de cette (seule) anomalie décelable au niveau de la prothèse demeure incertaine, dès lors il existe à ce niveau un remodelage ostéolastique dont l'intensité très modérée est proche du remodelage arthrosique des articulations acromio-claviculaires. Cela étant, il se demande s'il s'agit d'une instabilité mécanique des vis prothétiques, laquelle instabilité pourrait favoriser la progression du spicule osseux situé juste en dessous de cette zone de contrainte. Ces constatations – qui ne débouchent que sur A/1640/2017 - 13/22 - de simples conjectures – ne sont pas suffisamment étayées pour considérer qu'il existerait un élément important qui aurait été ignoré par l'expert et qui permettrait de conclure à diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. La recourante fait également valoir que le fait d'être toujours sous traitement antidouleur démontrerait que son état n'est pas stabilisé. Cet argument ne saurait être suivi. En effet, la prescription d'une mesure thérapeutique, ayant uniquement pour effet d'atténuer passagèrement les plaintes liées à un état stationnaire en soi, ne fait pas obstacle à la clôture du cas par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). Il découle de ce qui précède que les rapports des Drs D_____, I_____ et G_____ ainsi que les arguments avancés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause le rapport d'expertise du Dr F_____ en tant que celui-ci conclut à une stabilisation de l'état de santé et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans ne s'écartera pas de la pleine capacité de travail retenue par l'intimée dans toute activité adaptée et considèrera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante était stabilisé à la date de l'expertise. En conséquence, l'intimée était en droit de mettre un terme aux indemnités journalières et, partant, d'examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.2).

E. 12

Il convient en premier lieu d'examiner le degré d'invalidité. a. 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). b. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidité, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de

A/1640/2017 - 14/22 - manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd. 2010, p. 294 ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les références). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son 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 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). e. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de

A/1640/2017 - 15/22 - retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il

convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser la capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

E. 13

a. En l'espèce, le revenu sans invalidité n'est pas contesté par la recourante.

A/1640/2017 - 16/22 - S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée s'est basée sur un salaire statistique de CHF 4'300.- (soit CHF 51'600.- par an selon l'ESS 2014, tableau TA 1, tirage « skill level », rubrique totale, femmes, niveau de formation 1, activités simples). En tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, cela correspond à CHF 53'793.- ($51'600 \times 41.7 / 40$), respectivement CHF 54'332.- après renchérissement de 0.5% en 2015 comme en 2016, montant duquel l'intimée a déduit 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, aboutissant ainsi à un revenu déterminant de CHF 48'899.-. b. La recourante conteste ce calcul en ce qui concerne le taux d'abattement appliqué au salaire statistique retenu à titre de salaire d'invalidité. Elle fait valoir à cet égard que l'OAI a tenu compte non seulement de ses limitations fonctionnelles mais aussi de son âge. Pour sa part, l'intimée soutient que ce dernier facteur ne jouerait aucun rôle et qu'une réduction du revenu d'invalidité de 10% serait correcte pour des personnes ayant subi des lésions au membre supérieur gauche et pouvant travailler avec le membre supérieur droit. Il est vrai que, selon la jurisprudence en la matière, le marché équilibré du travail comprend un éventail suffisamment large d'activités adaptées à des personnes qui ne disposent fonctionnellement que d'un bras et ne peuvent, pour le surplus, exécuter que des tâches légères (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2016 du 21 décembre 2016 consid. 5.2.2 et les

arrêts cités). Sur ce même marché, il existe également une demande pour des activités non qualifiées, qui n'est en principe pas fonction de l'âge, de sorte que ce facteur n'est pas (nécessairement) synonyme de diminution de revenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_808/2015 du 29 février 2016 consid. 4.2 et les arrêts cités). Une réduction de 10% du revenu d'invalidité a été confirmée à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral en présence d'un handicap affectant un des membres supérieurs (cf. notamment l'arrêt 8C_622/2016 précité ainsi que les arrêts du Tribunal fédéral 8C_366/2013 du 18 juin 2013 et 8C_142/2009 du 12 juin 2009). En l'occurrence, la recourante était âgée de 58 ans au moment de la décision querrellée. Même s'il est vrai qu'une telle circonstance ne conduit pas ipso facto à une réduction du revenu d'invalidité, un âge relativement avancé – comme dans le cas particulier – n'en constitue pas moins un facteur de réduction (cf. ci-dessus : consid. 12d) dont la pertinence doit être examinée au regard de toutes les circonstances concrètes du cas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_334/2013 du 24 juillet 2013 consid. 3). Or, celles-ci se caractérisent par le fait que l'intéressée a exercé, tout au long de sa vie professionnelle, commencée à l'âge de 19 ans, le métier de cuisinière et ce, dans une position subalterne depuis son arrivée en Suisse (cf. dossier AI, doc 55 p. 8 et doc. 112 p. 7), qu'elle n'a pas d'autre expérience professionnelle à son actif et que cette activité n'est médicalement plus exigible. Ce sont là autant d'éléments qui, à 58 ans – âge auquel les coûts de la prévoyance professionnelle sont inversement proportionnels à la durée prévisible des rapports de travail – compliquent de manière significative son accès au marché du travail.

A/1640/2017 - 17/22 - En revanche, la recourante n'était pas suffisamment âgée au moment déterminant pour rendre la perspective d'un engagement totalement irréaliste selon les critères jurisprudentiels. Dans ces circonstances, l'intimée n'était pas fondée à écarter le critère de l'âge dans la détermination de l'abattement. Aussi convient-il de porter celui-ci à 15%, à l'instar de l'OAI, en tenant compte non seulement des limitations fonctionnelles, mais aussi de l'âge de l'intéressée, ce qui correspond à une réduction de CHF 8'149.80 (15 x 54'332 / 100) en lieu et place de CHF 5'433.25. Par conséquent, le revenu d'invalidité s'établit à CHF 46'182.20 et la perte de gain à CHF 6'621.10 (52'803.30 – 46'182.20). Pour le reste, le calcul du taux d'invalidité ne prête pas le flanc à la critique. c. En définitive, la comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 12.53% (6'621.10 x 100 / 52'803.30), taux qu'il convient d'arrondir à 13%. Partant, la recourante a droit à une rente d'invalidité de ce pourcentage.

E. 14

a. Il convient à présent d'examiner si la recourante a droit à la prise en charge de son traitement médical au-delà du 31 août 2016. La recourante soutient que tel est le cas dans la mesure où les traitements prescrits par le Dr H_____ seraient nécessaires pour maintenir sa capacité de gain et/ou empêcher que son état de santé ne subisse une notable détérioration. L'intimée ne prend pas position à ce sujet et se limite à faire valoir que l'art. 21 LAA n'est pas applicable lorsqu'un assuré ne peut prétendre à une rente en raison d'une incapacité de gain nulle ou inférieure à 10% (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.2). Étant donné que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 13%, se pose la question de savoir à quelles conditions un traitement médical doit être pris en charge par l'intimée après la fixation de la rente. b. L'art. 21 al. 1 let. d LAA vise les bénéficiaires de rente totalement invalides (ATF 140 V 130 consid. 2.3 p. 133; 124 V 52 consid. 4 p. 57; SVR 2012 UV n° 6 p. 21, déjà cité, consid. 5.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3; 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid.

1), soit une éventualité qui n'est pas réalisée en l'espèce. L'art. 21 al. 1 let. a et b LAA n'entre pas non plus en considération dans le cas particulier. Quant à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain (« zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit » ; « per mantenere la capacità residua di guadagno »). Si cette condition n'est pas réalisée, le traitement médical requis doit être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4).

A/1640/2017 - 18/22 - c. Selon le Dr F_____ considère que la recourante a besoin de contrôles réguliers de sa prothèse et d'une antalgie au long court, à prescrire régulièrement et à adapter en fonction de l'évolution de la symptomatologie douloureuse. Quant au Dr H_____, il mentionne dans la prescription de physiothérapie du 24 février 2017, que le but du traitement est analgésique/anti-inflammatoire et vise également à améliorer la fonction articulaire et musculaire. Aussi bien le bon fonctionnement articulaire et musculaire de l'épaule que le traitement de la douleur paraissent indispensables au maintien de la capacité de gain de la recourante. Par conséquent, celle-ci peut prétendre à la prise en charge de ces traitements, outre les contrôles réguliers de sa prothèse.

E. 15

Il reste à examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). La recourante conteste le taux de 20% retenu par l'intimée et conclut à ce qu'il soit augmenté à 50%. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère 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, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de

tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le

A/1640/2017 - 19/22 - montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). b. 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, 1ère 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, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

E. 16

Depuis janvier 2016, le montant maximal du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2015, ce montant s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 2007 p. 3667).

E. 17

a. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

A/1640/2017 - 20/22 - La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont

compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). Lorsqu'une atteinte à l'intégrité ne figure ni à l'annexe 3 de l'OLAA, ni dans les tables de la SUVA, il convient de l'apprécier en la comparant à d'autres atteintes (ATF 113 V 218 consid. 3 ; Alexandra RUMO-JUNGO, André Pierre HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4ème éd. 2011, in MURER/STAUFFER [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht). Selon l'annexe 3 à l'OLAA, une luxation récidivante de l'épaule correspond à un taux de 10% et la perte d'un bras, au niveau du coude ou au-dessus, à un taux de 50%. À teneur de la table 5.2 de la SUVA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, une endoprothèse (gléno-humérale) de l'épaule avec un résultat bon correspond à un taux de 15-20%. b. En l'espèce, le Dr F_____ retient dans son expertise que l'atteinte à l'intégrité peut être estimée à 20%, compte tenu d'une endoprothèse de l'épaule « avec résultat satisfaisant ». Pour sa part, la recourante ne produit pas de rapport divergeant se prononçant sur la question spécifique de l'IPAI. Se référant au rapport du Dr G_____, elle soutient qu'il existe une anomalie au niveau de la partie inférieure des vis de l'implant glénoïdien de la prothèse d'épaule. De plus, elle serait toujours en proie à des douleurs. Ces arguments ne sauraient être suivis. En effet, comme le Dr G_____ le relève lui-même, l'interprétation pathologique de ladite anomalie demeure incertaine, de sorte qu'on ne saurait conclure, sur la base d'un tel rapport, que l'on serait en présence d'une « endoprothèse avec résultat mauvais », éventualité pour laquelle la table 5.2 prévoit un taux de 25%. En outre, on rappellera que l'IPAI a précisément pour but d'offrir une forme de réparation morale, notamment pour les douleurs dont il y a lieu d'admettre qu'elles subsisteront la vie durant (cf. ci-dessus : consid. 16a). À cet égard, l'expert F_____ a expressément tenu compte du fait qu'une antalgie au long court était à prescrire régulièrement et à adapter en fonction de l'évolution de la symptomatologie douloureuse. Enfin, en tenant compte du fait que pour une atteinte similaire (épaule mobile jusqu'à l'horizontale), la table 1 de la SUVA prévoit une IPAI de 15%, l'appréciation du Dr F_____, fondée sur la table 5.2, ne prête pas le flanc à la critique.

A/1640/2017 - 21/22 -

E. 18

Partant, la décision querellée sera confirmée en tant qu'elle fixe l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à CHF 25'200.-, soit 20% du montant du gain maximum assuré en 2012.

E. 19

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du

E. 21

mars 2017 réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente de 13%, ainsi qu'aux traitements médicaux sous forme de contrôles réguliers de sa prothèse, de traitements antalgiques et de physiothérapie de l'épaule. Cette décision sera confirmée pour le surplus. 20. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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]. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

A/1640/2017 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.