

# **GE\_GERICHTE ATAS/196/2020 vom 25. Februar 2020**

GE Cour de justice, 2020-02-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_196\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_196_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/196/2020 du 25 février 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/196/2020 del 25 febbraio 2020

## **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), 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**

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.

A/2127/2019 - 8/24 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident (du 1er janvier 2009) 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. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le recours, interjeté le 3 juin 2019 contre la décision litigieuse du 2 mai 2019, a été formé en temps utile, compte tenu du report au lundi 3 juin 2019 de l'échéance dudit délai tombée sur le dimanche 2 juin 2019 (art. 38 al. 3 LPGA). Aussi le recours, qui respecte par ailleurs la forme prévue par loi (art. 61 let. b LPGA), est-il recevable.

### **E. 5**

septembre 2018 du Dr D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, aux termes de laquelle le degré de l'atteinte à l'épaule droite, déjà fixé à 10 % par appréciation du 16 mars 2016, demeurerait inchangé. La recourante a formé opposition à la décision du 29 novembre 2018, en concluant entre autres à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et a réitéré dans son recours sa conclusion relative au versement de cette indemnité. Le litige porte donc sur

le droit de la recourante à une rente de l'assurance- accidents et à une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité.

#### **E. 6**

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 ; ATF 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

#### **E. 7**

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 ; ATF 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

A/2127/2019 - 10/24 - références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

#### **E. 8**

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

#### **E. 9**

a. 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). b. 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. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

A/2127/2019 - 11/24 - de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

#### **E. 10**

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. 11**

a. En l'espèce, tant le Dr D \_\_\_\_\_ que les médecins de la CRR ont retenu que la recourante, qui travaillait en tant que nettoyeuse, peut exercer à temps complet une activité adaptée légère respectant ses limitations fonctionnelles en dépit de son affection de l'épaule droite – en relation avec l'accident du 1er janvier 2009. Leurs conclusions, qui ne sont pas remises en cause par la recourante, sont convaincantes, dès lors qu'elles se fondent sur l'examen clinique de celle-ci, complété par la lecture du dossier ainsi que ses plaintes. En outre, aucun autre rapport médical ne suscite de doute qui justifierait que l'on se distancie de leur

appréciation. Partant, la chambre de céans retient que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée légère. b. Au 5 septembre 2018, au moment de l'examen final, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré qu'en l'absence de nouvelle intervention chirurgicale attendue, l'état de santé de la recourante, dont le traitement régulier consistait en la prise de comprimés antidouleur (Dafalgan et Irfen), était stabilisé. Cette dernière ne conteste pas cette appréciation, pas plus qu'elle n'allègue qu'un traitement médical (par exemple une opération chirurgicale) serait en mesure d'améliorer significativement son état de santé et a fortiori sa capacité de travail, étant relevé que la prise de comprimés antidouleur, soit 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). Par conséquent, dès ce moment-là, et vu que l'OAI n'a pas mis en œuvre de mesures de réadaptation, l'intimée était fondée à examiner les conditions du droit éventuel à une rente d'invalidité.

A/2127/2019 - 12/24 -

#### **E. 12**

Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité présenté par la recourante.

#### **E. 13**

a. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). 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 et ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et les références). c. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail

raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. 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 ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

A/2127/2019 - 13/24 - d. Lors du recours aux données statistiques des ESS, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, 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 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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). Depuis la 10<sup>e</sup> édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de

A/2127/2019 - 14/24 - sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). e. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

#### **E. 14**

a. En l'espèce, contrairement à ce que prétend la recourante, le taux d'invalidité reconnu par l'OAI ne lie pas l'intimée. En effet, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références). Or, comme cela ressort de l'avis du SMR du 3 décembre 2018, l'OAI a pris en considération de nombreuses autres atteintes (lombosciatalgies, épitrochléite, syndrome rotulien, discrète coxarthrose, talalgies) que celle résultant strictement de l'accident du 1er janvier 2009, à savoir la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Ainsi, de l'avis du SMR, si, selon le Dr D \_\_\_\_\_, la recourante présente, pour les seules séquelles de l'épaule droite, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en revanche, sous l'angle de l'assurance-invalidité, compte tenu des autres atteintes ostéoarticulaires à l'origine de limitations fonctionnelles supplémentaires du rachis et des membres inférieurs, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50 %.

A/2127/2019 - 15/24 - Vu que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est, pour les motifs précités, différente en assurance-accidents et en assurance-invalidité, le revenu d'invalidé, dans le premier cas, calculé par rapport à un taux d'activité de 100 %, se distingue inévitablement de celui à retenir dans le second cas, qui doit être calculé sur la base d'un taux d'activité de 50 %. Au passage, on relèvera que le revenu d'invalidé arrêté par l'OAI (CHF 8'745.-) est erroné, dès lors qu'il se fonde sur un taux d'activité de 20 % – l'OAI a confondu la part professionnelle de 20 %, fixée compte tenu du statut mixte retenu, avec le taux de la capacité de travail dans une activité adaptée

(50 %), lequel est déterminant pour le calcul du revenu avec invalidité. Ensuite, s'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a considéré à tort que celui-ci ne pouvait pas être déterminé, motif pris que le taux d'activité de la recourante avait fluctué les dernières années. En effet, selon la jurisprudence, on peut recourir aux données statistiques résultant de l'ESS pour fixer le revenu sans invalidité lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Or, in casu, certes, la recourante, en sa qualité de nettoyeuse, était payée en fonction des heures effectivement accomplies, selon un horaire variable, si bien que son salaire mensuel variait d'un mois à l'autre. Cependant, l'employeur a renseigné l'administration au sujet de la rémunération que percevait la recourante avant son atteinte à la santé, et communiqué les décomptes de salaire annuel. L'OAI disposait ainsi des informations lui permettant de déterminer le salaire réalisé en dernier lieu par la recourante avant l'atteinte à la santé, et de l'indexer à l'évolution des salaires. Il n'était donc pas nécessaire de recourir aux données statistiques résultant de l'ESS. Du reste, comme le relève à juste titre l'intimée, l'OAI s'est basé sur la ligne totale de l'ESS (secteur privé), alors que le salaire statistique usuel obtenu par les femmes dans les activités de nettoyage, domaine dans lequel était employée la recourante, correspond à la ligne 812 selon la nomenclature générale des activités économiques (NOGA 2008), publiée par l'office fédéral de la statistique, soit la ligne 81 du tableau TA1\_tirage\_skill\_level.

A/2127/2019 - 16/24 - Le salaire résultant de l'ESS, pris en compte par l'OAI, n'étant pas représentatif de celui que touchait la recourante en tant que nettoyeuse avant son atteinte à la santé, le revenu sans invalidité retenu par l'administration est erroné. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée ne s'est pas référée au degré d'invalidité établi par l'OAI, et a procédé à sa propre évaluation. b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1), soit en l'occurrence le 5 septembre 2018, date à laquelle l'état de santé de la recourante peut être considéré comme stabilisé (art. 19 al. 1 LAA ; cf. consid. 11b. ci-dessus). La comparaison des revenus doit donc se faire au regard de cette année-là. c/aa. S'agissant du revenu annuel sans invalidité que la recourante aurait pu obtenir en 2018 dans son ancienne activité de nettoyeuse si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, selon les données communiquées par l'ancien employeur, celle-ci toucherait un salaire horaire de CHF 19.60.-, ainsi qu'un supplément de 8,33 % pour les indemnités de vacances et jours fériés, puis de CHF 1.63/heure à titre du treizième salaire. Dans la mesure où la recourante était active dans le domaine du nettoyage dans le canton de Genève, elle était soumise à la CCT du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, dont l'art. 10 prévoit une durée hebdomadaire maximum de travail de 43 heures. Pour le canton de Genève, une indemnité de vacances de 8,33 % est accordée aux travailleurs âgés de plus de 20 ans mais qui n'exercent pas à plein temps. Cette indemnité s'élève par contre à CHF 8,79 % en cas d'un plein-temps durant plus de cinq années de service chez le même employeur

(art. 17 CCT). Dans la mesure où la recourante a collaboré au service de son ancien employeur pendant plus de cinq années, et compte tenu du fait que le revenu sans invalidité correspond à celui que la recourante aurait perçu dans son ancienne activité à plein temps (peu importe qu'elle travaillait à temps partiel), il convient de majorer le salaire horaire non par 8,33 % mais par 8,79 %. Dès lors qu'une indemnité de vacances de 8,79 % correspond à un droit aux vacances de 4 semaines et un jour (art. 17 CCT), il y a lieu de multiplier le salaire horaire par 47,86 (52 semaines = 365 jours en 2018 moins 4 semaines de vacances et un jour = 29 jours ; soit  $336 \text{ jours} \times 52 \text{ semaines} / 365 \text{ jours} = 47,86 \text{ semaines}$ ) afin d'éviter une double indemnisation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et la référence). Ainsi, le revenu sans invalidité à plein temps s'élève à CHF 47'236.- selon le calcul suivant : CHF 22.95 (CHF 19.60.- + 8,79 % + 1.63/heure) x 43 heures x 47,86 = CHF 47'236.48. L'intimée a procédé à un calcul légèrement différent et arrêté le revenu sans invalidité à CHF 47'476.-, puisqu'elle n'a pas intégré au salaire horaire, qu'elle a majoré de 8,33 % (au lieu de 8,79 %), le montant de CHF 1.63/heure à titre du

A/2127/2019 - 17/24 - treizième salaire, et qu'elle a multiplié le gain hebdomadaire par 52 semaines plutôt que 47,86 semaines. c/bb. La recourante fait valoir que l'intimée a abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un revenu sans invalidité inférieur de 10 % aux normes statistiques relevant de l'ESS dans la profession ici en cause. Selon la jurisprudence, le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche; ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2 et la référence). En l'espèce, le salaire statistique usuel obtenu par les femmes dans les activités de nettoyage, secteur dans lequel était employée la recourante, s'élève en 2018 à CHF 47'248.-. En effet, le salaire de référence dans ce domaine dans le secteur privé selon l'ESS 2016 (TA1\_tirage\_skill\_level, ligne 81, niveau 1, femme, part au 13ème salaire comprise) est de CHF 3'745.- par mois pour 40 heures de travail par semaine, soit un revenu annuel de CHF 46'850.- après adaptation à l'horaire usuel de 41,7 heures hebdomadaires en 2016 dans le domaine concerné (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique ;  $3'745 \times 12 = 44'940 \times 41,7 / 40 = 46'850$ ). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2018 – année déterminante pour la comparaison des revenus – (Indice suisse des salaires publié par l'office fédéral de la statistique [ISS]; en 2016: 2709 et en 2018: 2732), le revenu sans invalidité est de CHF 47'248.- ( $46'850 \times 2732 / 2709$ ). Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée (CHF 47'476.-) étant supérieur au salaire statistique usuel dans la branche, le grief de la recourante est infondé. Du reste, le revenu sans invalidité déterminant in casu (CHF 47'236.48) n'est pas inférieur de 5 % au salaire statistique. d/aa. S'agissant du revenu avec invalidité en 2018, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2016 était déjà publiée (le 26 octobre 2018) au moment déterminant de la décision sur opposition du 2 mai 2019. Aussi convient-il de se référer à la version 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé.

Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Il n'est pas

A/2127/2019 - 18/24 - irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation de la recourante sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_771/2011 du

### **E. 15**

Reste à examiner si la recourante peut prétendre une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité.

### **E. 16**

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). 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). 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 des assurances 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; 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).

A/2127/2019 - 22/24 -

### **E. 17**

Depuis le 1er janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20

décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4).

#### **E. 18**

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](http://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). D'après la table 1 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, une épaule bloquée en adduction correspond à une atteinte à l'intégrité de 30 %, une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale à une atteinte à l'intégrité de 10 % et une épaule mobile jusqu'à l'horizontale à une atteinte à l'intégrité de 15 %.

#### **E. 19**

Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4, 1ère phrase, OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4, 2ème phrase, OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

#### **E. 20**

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

A/2127/2019 - 23/24 - 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 21**

En l'espèce, par décision du 1er avril 2016, l'intimée a alloué à la recourante, sur la base de l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ du 16 mars 2016, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.- en raison du trouble fonctionnel de son épaule droite. Suite à la rechute annoncée en juin 2017, par décision du 29 novembre 2018, confirmée sur opposition, l'intimée a refusé d'allouer une indemnité complémentaire, s'appuyant sur l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ du 5 septembre 2018, selon laquelle le taux d'atteinte à l'intégrité, déjà fixé à 10 % dans l'appréciation antérieure, demeurait inchangé. En mars 2016, le médecin d'arrondissement avait constaté que la mobilité de l'épaule droite était en abduction et antépulsion de 100° (actif) et de 120° (passif). L'épaule droite pouvait atteindre le plan de l'horizontale et le dépasser légèrement. En septembre 2018, ledit médecin a observé une nette limitation de la mobilité active et passive ; la mobilité de l'épaule droite en abduction et antépulsion était de 30° (actif) et de 40 °(passif). Il semble donc que la mobilité de cette épaule se soit péjorée, mais à défaut d'explications du Dr D\_\_\_\_\_, on ne comprend pas pour quelle raison cette aggravation ne justifie pas de réviser l'indemnité pour atteinte à l'intégrité conformément à l'art. 36 al. 4, 2ème phrase, OLAA. En conséquence, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin que le Dr D\_\_\_\_\_ motive sa position. On ne saurait en effet priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours).

## **E. 22**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision du 2 mai 2019 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision en ce qui concerne l'octroi éventuel d'une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 900.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2127/2019 - 24/24 -

**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.