

# **GE\_GERICHTE ATAS/378/2019 vom 29. April 2019**

GE Cour de justice, 2019-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_378\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_378_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/378/2019 du 29 avril 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/378/2019 del 29 aprile 2019

## **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**

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**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Préalablement, il convient d'examiner si l'opposition formée par la recourante contre la décision du 17 janvier 2018 était recevable.

### **E. 5**

a. Selon l'art. 52 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurances sociales peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. L'art. 10 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas à ces exigences ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA). b. Dans un arrêt récent (8C\_817/2017 du 31 août 2018 consid. 4 et la référence citée), le Tribunal fédéral a rappelé que les art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA, qui prévoient l'octroi d'un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours

A/2731/2018 - 11/23 - respectivement une opposition, visent avant tout à protéger l'assuré sans connaissances juridiques qui, dans l'ignorance des exigences formelles de recevabilité,

dépose une écriture dont la motivation est inexistante ou insuffisante peu avant l'échéance du délai de recours ou de l'opposition, pour autant qu'il en ressorte clairement que son auteur entend obtenir la modification ou l'annulation d'une décision le concernant et sous réserve de situations relevant de l'abus de droit (cf. ATF 134 V 162). Le Tribunal fédéral a ensuite souligné que l'existence d'un éventuel abus de droit peut être admise plus facilement lorsque l'assuré est représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours ou d'une opposition et qu'il lui est également connu qu'un délai légal n'est pas prolongeable. Aussi a-t-il jugé qu'en cas de représentation, l'octroi d'un délai supplémentaire en application des dispositions précitées s'impose uniquement dans la situation où l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié ne dispose plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable du recours, respectivement de l'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale. Il s'agit typiquement de la situation dans laquelle un assuré, qui n'est pas en possession du dossier le concernant, mandate tardivement un avocat ou un autre mandataire professionnellement qualifié et qu'il n'est pas possible à ce dernier, en fonction de la nature de la cause, de prendre connaissance du dossier et de déposer un recours ou une opposition motivés à temps. Il n'y a alors pas de comportement abusif de la part du mandataire professionnel s'il requiert immédiatement la consultation du dossier et motive ultérieurement l'écriture initiale qu'il a déposée dans le délai légal pour sauvegarder les droits de son mandant. En dehors du cas de figure décrit, le Tribunal fédéral a retenu a contrario que les conditions de l'octroi d'un délai supplémentaire en vertu des art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA ne sont pas données et qu'il n'y a pas lieu de protéger la confiance que le mandataire professionnel a placée dans le fait qu'un tel délai lui a été accordé (à tort). Le Tribunal fédéral a estimé suffisant un intervalle de 35 jours pour qu'un avocat régularise son opposition initiale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_191/2016 du 18 mai 2016) ainsi que 26 jours pour qu'un mandataire professionnellement qualifié en matière de droit des assurances sociales complète les conclusions et la motivation sur le droit à une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_817/2017 du 31 août 2018 consid. 5). d. En l'occurrence, l'intimée a adressé sa décision à ASSISTA, qui revêt la qualité de mandataire professionnellement qualifié, le 17 janvier 2018 et le délai d'opposition échéant le samedi 17 février, était reporté au lundi 19 février 2018. Le 25 janvier 2018, ASSISTA a transmis à l'intimée une opposition de principe, non motivée, en rappelant qu'elle était dans l'attente du dossier de la recourante et en sollicitant une prolongation du délai d'opposition dans l'attente du dossier demandé. Le 31 janvier 2018, l'intimée lui a adressé une copie des pièces du dossier et a prolongé le délai au 28 février 2018. Le 22 février 2018, la recourante a mandaté un

A/2731/2018 - 12/23 - nouveau conseil, lequel a sollicité, le jour-même, une nouvelle prolongation du délai, qui lui a été accordée jusqu'au 21 mars 2018, date à laquelle il a déposé les conclusions motivées de l'opposition. Il s'ensuit qu'au moment où ASSISTA a obtenu le dossier de la part de l'intimée, soit le 1er février 2018, il lui restait 18 jours avant l'échéance du délai légal pour régulariser son opposition initiale. Au vu des arrêts précités du Tribunal fédéral, on peut certes se demander si c'est à juste titre que l'intimée a déclaré recevable l'opposition à l'encontre de sa décision du 17 janvier 2018. Cette question peut cependant rester ouverte au regard de l'issue du litige sur le plan matériel.

## **E. 6**

Le litige porte sur le droit de la recourante à la poursuite, postérieurement au 31 octobre 2017, du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical (hormis neuf séances de physiothérapie par année octroyées par l'intimée). Le cas échéant, il s'agira d'examiner si la recourante a droit à une rente d'invalidité. S'agissant de l'objet du litige, il convient de relever qu'en rendant, le 17 janvier 2018, une décision de refus du droit à la rente et d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, l'intimée a, par voie de conséquence, également refusé formellement le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge du traitement médical au-delà du 31 octobre 2017. La question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part, forment en effet un seul objet du litige (cf. ATF 144 V 354 consid. 4. 2).

#### **E. 7**

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).

#### **E. 8**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). 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, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase, LAA). Il

A/2731/2018 - 13/23 - cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario). Une telle évaluation doit être évaluée au regard de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre du traitement médical, une amélioration insignifiante de celle-ci n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire. Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins). L'art. 19

al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3 et les références citées). Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 et les références citées).

### **E. 9**

Aux termes de l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), selon lequel lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 251 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à

A/2731/2018 - 14/23 - d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en oeuvre de celles-ci (ATF 129 V 285; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2).

### **E. 10**

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. 11**

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 LPG), 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). 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 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).

A/2731/2018 - 15/23 - Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 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 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; ATF 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).

## **E. 12**

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. 13**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/2731/2018 - 16/23 -

### **E. 14**

En l'occurrence, par sa décision du 17 janvier 2018, confirmée le 13 juin 2018, l'intimée a mis formellement un terme au paiement des soins médicaux (hormis neuf séances de physiothérapie par année) et a arrêté le versement des indemnités journalières au 31 octobre 2017.

### **E. 15**

La recourante conteste le point de vue de l'intimée selon lequel il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et fait valoir qu'au jour de la notification de la décision litigieuse, elle n'avait pas entrepris toutes les mesures de réadaptation adéquates. A la lecture des pièces versées au dossier, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis de l'intimée selon lequel l'état de santé de la recourante était stabilisé dans la mesure exigée par l'art. 19 al. 1 LAA. S'il ressort en effet du rapport de la CRR du 27 février 2017 que la poursuite du traitement de physiothérapie pouvait peut-être permettre d'améliorer les fonctions articulaire et musculaire, il n'en demeure pas moins que selon ces médecins, une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois, ce qui a ensuite été confirmé par le Dr H\_\_\_\_\_ (avis des 22 mai 2017 et 8 juin 2018). C'est en vain que la recourante se réfère au rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 28 février 2018 puisqu'il résulte clairement de son avis que l'état de santé de la recourante était stationnaire. En effet, de son propre aveu, les progrès à l'épaule droite stagnaient malgré le traitement de physiothérapie. Qui plus est, ce médecin ne soutient aucunement qu'un traitement médical serait susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante au-delà du 31 octobre 2017. Par ailleurs, la recourante ne fait valoir aucun élément objectif dont on pourrait inférer qu'un traitement médical apporterait une amélioration sensible de son épaule droite. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a retenu que la situation pouvait être considérée comme stabilisée au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre d'un traitement une amélioration sensible de celle-ci, postérieurement au 31 octobre 2017. Il en découle que l'intimée était fondée à supprimer le droit aux prestations provisoires à partir du 31 octobre 2017, soit le versement des indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical (hormis neuf séances de physiothérapie par année). La décision sur opposition du 13 juin 2018 n'est donc pas critiquable sur ce point.

### **E. 16**

S'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante, l'intimée a retenu, en se fondant sur les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ du 22 mai 2017, que la recourante présentait, en raison de son atteinte à l'épaule droite, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée, soit avec un port de charges maximal occasionnel de la main du côté droit de 5 kg, sans devoir porter celles-ci au-delà du plan de l'horizontale, en évitant les mouvements de rotations

A/2731/2018 - 17/23 - répétés de l'épaule et avec de façon idéale l'avant-bras reposant sur un support, la capacité de travail était entière et sans baisse de rendement. La recourante, qui ne conteste pas son incapacité de travail totale dans son activité habituelle, fait valoir que sa capacité de travail résiduelle est de 75% dans une activité adaptée, vu son état de santé et l'absence de formation. A cet égard, la chambre de céans rappellera qu'il revient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure ce dernier peut travailler, étant précisé que l'absence de formation d'un assuré n'est pas un élément déterminant lors de l'appréciation de la capacité de travail (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). A la lecture des pièces versées au dossier, force est de constater qu'aucun médecin, que ce soit les spécialistes de la CRR ou le Dr E\_\_\_\_\_, n'a fait état de l'existence d'une capacité de travail résiduelle partielle en raison de l'atteinte que la recourante présente à son épaule droite. Au contraire, on relèvera que le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé - sans limiter le taux d'occupation, ni retenir une baisse de rendement - que sa patiente pouvait travailler dans un poste sédentaire en évitant l'utilisation de l'épaule droite (rapport du 21 mars 2018). On précisera à cet égard que la limitation fonctionnelle « alternance de position debout/assise » retenue par le Dr E\_\_\_\_\_ ne saurait être prise en compte dans le cadre de la présente procédure étant donné qu'elle concerne les dorsalgies et cervicalgies que présente la recourante, lesquelles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré (cf. point 7 du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 21 mars 2018). Partant, force est de constater l'absence d'une appréciation sur la capacité de travail résiduelle de la recourante qui justifierait d'écarter les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. En conséquence, il convient de retenir que la recourante disposait, dès le 22 mai 2017, en raison de son atteinte à l'épaule droite, d'une capacité de travail entière et sans baisse de rendement dans une activité adaptée, soit avec un port de charges maximal occasionnel de la main du côté droit de 5 kg, sans devoir porter celles-ci au-delà du plan de l'horizontale, en évitant les mouvements de rotations répétés de l'épaule et avec de façon idéale l'avant-bras reposant sur un support. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise médicale et l'audition du Dr E\_\_\_\_\_, sollicitées par la recourante, s'avèrent superflues par appréciation anticipée des preuves. Aussi, la conclusion préalable de la recourante est-elle rejetée.

## **E. 17**

a. Etant donné que la situation pouvait être considérée comme stabilisée au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre d'un traitement une amélioration sensible de celle-ci, postérieurement au 31 octobre 2017, l'intimée était en droit d'examiner, dès ce moment-là, les conditions du droit éventuel à une rente d'invalidité transitoire au sens de l'art. 30 al. 1 OLAA, sans d'attendre que l'office AI ait mené à terme les mesures de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 434/04 du 27 mars 2006 consid. 3.3).

A/2731/2018 - 18/23 - 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). 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. 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, adapté à l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et les références citées). c. S'agissant du revenu avec invalidité, à la différence de la rente prévue à l'art. 19 al. 1 LAA, la rente transitoire de l'art. 30 al. 1 OLAA doit être fixée en fonction d'une comparaison des revenus qui prennent en considération l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 490/05 du 22 novembre 2006 consid. 2.2. et les références citées). Le revenu d'invalidité 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'invalidité 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 SUVA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalidité sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en

A/2731/2018 - 19/23 - principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidité de se fonder sur les salaires qui ressortent des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se baser, 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).

## **E. 18**

a. En l'occurrence, le droit éventuel à une rente provisoire d'invalidité s'est ouvert en 2017, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là. b. S'agissant du salaire sans invalidité, quand bien même la recourante travaillait à temps

partiel lors de la survenue de son accident, il convient de déterminer le revenu qu'elle aurait perçu à plein temps dans son ancienne activité en 2017. L'intimée a pris en compte un salaire annuel de CHF 61'228.- alors que la recourante fait valoir un salaire annuel de CHF 66'560.- (32 x 40 x 52). La chambre de céans relèvera déjà que le calcul effectué par la recourante tient compte, à tort, par deux fois des jours fériés et des vacances (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_520/2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.2 et 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). Pour le calcul du revenu sans invalidité, il convient de se reporter aux indications fournies par l'employeur. Il en ressort que si la recourante avait continué à travailler en 2017, elle aurait réalisé un salaire horaire de base de CHF 25.40 et perçu des indemnités de 8,33 % pour son droit aux vacances, de 3,50 % pour son droit aux jours fériés et de 8,33 % pour son droit au 13ème salaire. A cela s'ajoutait une majoration de CHF 5.- au salaire horaire pour le travail dominical, les jours fériés et le travail de nuit (cf. pièce 1 chargé recourante). Par ailleurs, l'intimée a retenu que pendant la période des semaines 10 à 23 précédant l'accident, la recourante a travaillé 383.2 heures, dont 129,25 heures majorées pour le travail dominical, les jours fériés ou le travail de nuit, ce qui correspond à 1/3 du temps travaillé, ce que la recourante ne conteste pas. Il n'est par ailleurs pas contesté par les parties qu'un travail effectué à plein temps correspond à 40 heures par semaine, soit à 8 heures par jour. Il convient par conséquent de déterminer le salaire horaire de la recourante en procédant à deux calculs, l'un sans salaire majoré, soit CHF 28.40 (25.40 + [8.33 % x 25.40] + [3,50 % x 25.40]) et le second avec un salaire majoré, soit CHF 33.99 (30.40 + [8.33 % x 30.40] + [3,50 % x 30.40]). Par ailleurs, lorsque le salaire horaire comprend l'indemnité de vacances et l'indemnité pour jours fériés, les jours correspondants aux vacances et aux congés

A/2731/2018 - 20/23 - doivent être déduits du temps de travail annuel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_193/2013 du 4 juin 2013 consid. 3.1.3). En l'occurrence, un supplément de vacances de 8,33 % équivaut à 4,3316 semaines de vacances (52 x 0,0833) soit à 21,6 jours et l'indemnité pour jours fériés de 3,50 % correspond à 1,82 semaine (52 x 0,035), soit à 9,1 jours. Par conséquent, le temps de travail annuel est de 229,3 jours [(52 x 5) - (21,6 + 9,1)]. Il s'ensuit que le salaire annuel obtenu suite au travail effectué hors jours fériés, dimanches et de nuit est de CHF 17'365.65 (28.40 x 229,3 x 8 x 1/3). Celui obtenu suite au travail effectué le dimanche, de nuit ou les jours fériés est de CHF 41'567.50 (33.99 x 229,3 x 8 x 2/3). Par conséquent, le salaire annuel est de CHF 58'933.15 (17'365.65 + 41'567.50), auquel il convient encore de rajouter le 13ème salaire (CHF 4'911.10), soit un salaire annuel de CHF 63'844.25. c. Quant au revenu avec invalidité retenu dans la décision litigieuse (CHF 61'194.40) l'intimée a appliqué la méthode des DPT. Elle a retenu cinq postes à Genève, à savoir les n° 817 (employée de bureau), n° 348697 (téléphoniste- réceptionniste), n° 18233320 (employée d'horlogerie), n° 799 (surveillante de magasin) et n° 345013 (employée de parking). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2017, soit l'année de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Pour qu'il soit admissible de se référer à ce revenu avec invalidité, les activités décrites dans les DPT doivent être compatibles avec l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2017 du 19 juin 2018 consid. 4.2). Or, tel est bien le cas en l'espèce, puisqu'aucun des postes n'exige que l'employé travaille en effectuant des mouvements de rotations répétés de l'épaule ou en portant des charges de plus de 5 kg au-delà du plan de l'horizontale. En outre, si certains postes ne permettent pas que l'avant-bras repose sur un support, il n'en demeure pas moins qu'il résulte du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ qu'il ne s'agit pas là d'une exigence, mais d'un simple confort pour la recourante. En outre, tous les postes,

excepté le n° 817, impliquent le port de charges de moins de 5 kg. S'agissant de la DPT n° 817, celle-ci évoque le port de charges légères allant de 5 à 10 kg. Quoi qu'en dise la recourante, même si ce poste de travail implique le port de charges de 5 à 10 kg, cette exigence n'a toutefois pas pour conséquence de rendre cette activité incompatible avec son état de santé. En effet, force est de constater que cette occurrence ne se produit que rarement dans la journée de travail : temps cumulé ne dépassant pas une demi-heure par jour. En outre, le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé que la limitation concernait seulement le port de charges de la main du côté droit. Aussi, doit-on admettre que la recourante peut utiliser sa main gauche pour porter occasionnellement ce type de charges légères (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_798/2017 du 2 août 2018 consid. 4.3.1).

A/2731/2018 - 21/23 - La recourante conteste par ailleurs les DPT n° 1823320, n° 799 et n° 345013 au motif que ces postes ne permettent pas une alternance des positions assis/debout, contrairement à ce qu'a retenu le Dr E\_\_\_\_\_ (rapport du 21 mars 2018). Or, on rappellera que la limitation fonctionnelle « alternance de position debout/assise » indiquée par le Dr E\_\_\_\_\_ ne saurait être prise en compte dans le cadre de la présente procédure étant donné qu'elle concerne les dorsalgies et cervicalgies dont souffre la recourante, lesquelles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré, comme l'a dûment constaté ce médecin (cf. point 7 de son rapport). La recourante fait également valoir que la DPT n° 348697 ne serait pas suffisamment représentative étant donné que les salaires moyen, minimal et maximum sont équivalents (CHF 61'100.-). Par ailleurs, seule l'intimée disposait des descriptifs complets des trente-huit DPT et le choix de cinq autres DPT aurait conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité. La chambre de céans rappellera que la détermination du revenu d'invalidité sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Or, l'intimée a satisfait à ces exigences puisqu'elle a précisé que trente-huit postes entraient en considération eu égard aux restrictions fonctionnelles présentées par la recourante et à la région retenue, et a indiqué les salaires minimum (CHF 42'000.-) maximum (CHF 96'377.-) et moyen (CHF 63'159.-). Quoi qu'en dise la recourante, dès lors que l'intimée a déterminé le revenu d'invalidité en se fondant sur un groupe de cinq DPT (parmi les trente-huit DPT), ce qui correspond au minimum exigé par la jurisprudence pour valider le recours aux DPT, le résultat obtenu ne saurait être qualifié de contraire au droit. Enfin, on relèvera que le salaire moyen tiré de l'ensemble des trente-huit postes de travail se révèle moins favorable à la recourante (CHF 63'159.- au lieu de CHF 61'194.40.- pour une activité à plein temps). Les DPT ayant été recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il n'y a donc aucune raison de s'en écarter. Il en résulte qu'il existe suffisamment d'activités variées, n'impliquant pas de formation particulière, hormis celles suivies à l'interne, et compatibles avec les limitations fonctionnelles que présente la recourante. La comparaison du salaire annuel sans invalidité (CHF 63'844.25) avec le salaire avec invalidité (CHF 61'194.40) aboutit à un degré d'invalidité de 4 % ( $63'844.25 - 61'194.40 / 63'844.25 \times 100$ ), soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

## **E. 19**

Partant, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique et le recours doit être rejeté.

A/2731/2018 - 22/23 -

**E. 20**

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGa).

**E. 21**

L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité.

**E. 22**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/2731/2018 - 23/23 - 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.