

GE_GERICHTE ATAS/734/2008 vom 19. Juni 2008

GE Cour de justice, 2008-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_734_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/734/2008 du 19 juin 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/734/2008 del 19 giugno 2008

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur

A/2470/2007 - 9/19 - opposition du 24 mai 2007 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité LAA ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 5

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assurance-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout

ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. En revanche, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). En revanche, le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

A/2470/2007 - 10/19 - Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; ATF A non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). b) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut

pas rester simplement ignorée. Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

A/2470/2007 - 11/19 - c) Si par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 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. 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. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (GILD et ZOLLINGER, *Die Integritätenschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berne 1985, p. 417; RUMO-JUNGO, MURER, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104). En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe 3 de l'OLAA. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le chiffre 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. La division médicale de la SUVA a en outre élaboré des tables complémentaires plus détaillées (Informations de la division médicale de la SUVA n° 57 à 60, ainsi que 62), que le Tribunal fédéral a jugées compatibles avec l'annexe 3 OLAA, dans la mesure où elles ne constituaient pas des règles de droit impératives, mais simplement des indications destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés (ATF 116 V 156; 113 V 218). Par ailleurs, le Tribunal fédéral des assurances a jugé dans une jurisprudence constante que les troubles psychiques consécutifs à un accident ne donnaient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité que lorsqu'il était possible de poser de manière indiscutable un diagnostic individuel à long terme, qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (cf. ATFA du 3 avril 1998 en la cause U 257/96 et RAMA 1998 p. 354 et ss). d) Pour pouvoir se déterminer, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

activités l'assuré est, à ce motif,

A/2470/2007 - 12/19 - incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge apprécie en outre la légalité des décisions attaquées, sauf exceptions, d'après l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b; RAMA 2001 n° U 419 p. 101). Il doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF cité consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire ou administrative, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

A/2470/2007 - 13/19 - S'agissant des 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/bb et cc). En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En effet, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3, ATFA non publié du 21 novembre 2001, U 58/01, consid. 4a).

E. 6

En l'occurrence se trouvent au dossier plusieurs rapports du médecin traitant, le Dr N_____, ainsi que plusieurs expertises médicales, particulièrement celle du Dr O_____ de février 2004, celle du Dr R_____ de janvier 2007 ainsi qu'un examen fait par le SMR dans le cadre de l'assurance-invalidité de septembre 2004. Il convient tout d'abord de constater que les expertises médicales effectuées dans le cadre de l'assurance-accidents ont toutes les deux valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. En effet, elles comprennent une anamnèse détaillée, tiennent compte des plaintes de l'assurée, posent des diagnostics clairs, répondent aux questions posées de manière précise et comportent des conclusions motivées. L'examen du SMR remplit également les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître pleine valeur probante. Le Dr O_____ n'a pas parlé d'atteinte à l'épaule préexistante et ne s'est pas prononcé explicitement sur le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à l'épaule. Il conclut que la capacité de travail s'élève à 50 % depuis le 1er mai 2003 et propose une tentative de reprise de l'activité professionnelle à plein temps dès la fin

A/2470/2007 - 14/19 - du mois de mars 2004. Il précise qu'en cas d'échec de l'activité de cuisinière, un travail adapté devrait être recherché. Dès lors, selon lui, cet accident ne devrait pas entraîner d'invalidité. Il estime qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % est justifiée, reconnaissant pas là la causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Quant au Dr R_____, il relève qu'il est difficile de savoir si l'assurée avait et présentait des douleurs de son épaule avant l'événement du 6 novembre 2002. Le bilan IRM et l'échographie effectués afin de connaître l'origine de ces douleurs de l'épaule montrent une tendinopathie chronique importante avec une vraisemblable déchirure partielle. Dès lors, selon l'expert, ce problème était vraisemblablement antérieur à l'événement de novembre 2002. Ainsi, s'agissant de la causalité naturelle, il estime que les troubles actuels ne sont que partiellement dus à l'accident. Il précise également qu'ils sont dus d'une façon fortement vraisemblable à l'événement du 6 novembre 2002. Il reconnaît ainsi une causalité naturelle entre l'atteinte à l'épaule et l'accident, mais estime que le statu quo sine est atteint dès la reprise de travail à 100 %, soit dès le 31 mars 2004 (reprise prévue par le Dr O_____ dans son expertise). En effet, il considère que l'accident du 6 novembre 2002 a provoqué une aggravation passagère d'une affection de la santé préexistante. Selon lui, il est plus que vraisemblable que la tendinopathie chronique vue lors de l'IRM était présente avant l'événement de novembre 2002. Il précise qu'une IRM ne fait pas de manière certaine la différence entre une déchirure partielle et une atteinte dégénérative du tendon, les signaux

étant identiques. Il fonde son raisonnement sur le fait qu'une contusion de l'épaule gauche aurait dû réagir de manière tout à fait favorable après quelques semaines de traitement adéquat et qu'il n'y a pas objectivement de raison à ce que l'évolution soit en l'occurrence différente, à moins d'une lésion préexistante. S'agissant de la capacité de travail, elle est selon lui complète pour tout travail ménageant l'épaule gauche, c'est-à-dire évitant les mouvements du membre supérieur au-dessus de l'horizon. Les travaux coude au corps sont possibles. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes concernant l'épaule gauche : pas de travail du membre supérieur gauche au-delà de 60° d'adduction et/ou de mouvements répétitifs. Le port de charges est limité à 13 kilos avec les deux membres supérieurs et à 5 kilos au membre supérieur gauche. La capacité est totale en tenant compte de ces limitations depuis mai 2003. S'agissant de cette expertise, qui, comme il a été dit, a pleine valeur probante, il convient toutefois de relever que l'existence d'une lésion préexistante n'est pas prouvée à satisfaction de droit, soit au degré de vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales. En effet, comme le souligne le Dr N_____, la recourante n'a jamais souffert de son épaule gauche avant l'accident, alors qu'elle faisait un travail exigeant des mouvements de l'épaule, et rien ne prouve, au vu de l'IRM, qu'une lésion préexistante existait. Le raisonnement qui consiste à dire que la contusion de l'épaule gauche aurait dû réagir de manière tout à fait favorable après quelques semaines de traitement adéquat et qu'il n'y a pas objectivement de

A/2470/2007 - 15/19 - raison à ce que l'évolution soit en l'occurrence différente, à moins d'une lésion préexistante, relève d'une simple hypothèse qui n'est pas suffisante pour établir au degré de vraisemblance prépondérante requise l'existence d'une lésion antérieure à l'événement de novembre 2002. À cet égard, il sied de relever que le Dr O_____ n'a pas relevé la présence d'une affection préexistante de l'épaule gauche et a admis le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles présentés par la recourante. Aussi a-t-il reconnu le droit de l'assurée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Ainsi, en raison de l'absence de preuve, c'est à l'intimée, qui voulait en déduire un droit, d'en supporter les conséquences. Dès lors l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à l'épaule gauche sera tenue pour établie, étant précisé qu'aucune lésion préexistante n'a pas été démontrée au degré de vraisemblance prépondérante requis.

E. 7

S'agissant de la capacité de travail que l'expert R_____ estime totale dans une activité adaptée, il convient de préciser qu'il est rejoint dans ses conclusions par le Dr O_____ et par la Dresse P_____ du SMR qui estiment également qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles - qui comprennent au regard de l'assurance-invalidité également des atteintes au dos, notamment - est exigible à plein temps. L'expert R_____ est contredit à ce sujet dans ses conclusions par le médecin traitant, ainsi que par les experts professionnels, non médecins, du Service de réadaptation de l'assurance-invalidité et de l'Hôpital BEAU-SEJOUR. A cet égard, il convient de préciser que les expertises ont une valeur probante accrue par rapport aux attestations du médecin traitant qui 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. S'agissant de l'appréciation des experts professionnels, le Tribunal fédéral a indiqué que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il convient encore

de relever que ni le médecin traitant ni les experts professionnels n'apportent d'arguments décisifs permettant de mettre en doute le bien-fondé des conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail. En effet, l'on ne voit pas qu'une mobilité de l'épaule, certes dominante, limitée à une élévation à 90°, une rotation externe à 30° et à une rotation au niveau du grand trochanter puisse entraîner une totale incapacité de travail, puisque tous les travaux au coude au corps restent possibles, selon l'ensemble des experts. Concernant l'assurance-invalidité, qui a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité basée sur un degré de 70 %, il convient de relever que le Tribunal de céans ignore sur quelle base juridique une telle rente a été accordée. En effet,

A/2470/2007 - 16/19 - l'examen médical conduit par le SMR est clair; l'assurée présente, malgré ses atteintes à la santé, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or, selon la jurisprudence fédérale, l'OCAI n'aurait pas dû préférer l'appréciation des experts professionnels à celle des médecins. Dès lors, le Tribunal de céans constatera que la décision de l'OCAI repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable et ne doit pas être suivie dans le cadre de l'assurance- accidents. Il sera encore relevé que le médecin traitant a mentionné que sa patiente était en incapacité totale de travail, tout en précisant qu'elle présentait une capacité résiduelle de travail de 50 % pour des métiers sédentaires. Il ne conclut ainsi pas à une totale incapacité de travail, contrairement à ce que soutient la recourante. S'agissant des témoignages du Dr N_____ et de Monsieur B_____, ils n'apportent aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail. Enfin, il convient de constater qu'une surexpertise judiciaire ne se justifie pas en l'espèce, au vu de la valeur probante des expertises faites au niveau de l'administration et du fait que le dossier est suffisamment instruit.

E. 8

Au vu de ce qui précède, il convient maintenant de déterminer l'éventuel degré d'invalidité de la recourante pour établir si elle a droit à une rente LAA.

a) Selon l'art. 18 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 18 LAA). b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid.

3a/bb et les

A/2470/2007 - 17/19 - références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472), les DPT de la CNA n'ayant pas de valeur prépondérante par rapport aux données statistiques (RAMA 1999 U 343 consid. 4b/aa, p. 412). S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321), 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). e) Enfin, est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222). f) Aux termes de l'art. 19 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. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né.

Il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2007, puisque l'intimée a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2007. Quant au salaire avant invalidité, il convient de prendre en compte, selon le jugement du Tribunal des prud'hommes intervenant entre la recourante et son employeur, en 2002 (dernière année de travail de la recourante), un revenu mensuel brut de 4'345 fr. x 12 + 1'431 fr. à titre de part du treizième salaire (calculé sur

E. 12

mois contrairement au treizième salaire du Tribunal des prud'hommes, calculé jusqu'au 12 novembre 2002), soit un montant total de 53'571 fr. Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels 2006, femmes, (les chiffres 2007 ne sont pas encore disponibles; La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 56'394 fr. 20.

A/2470/2007 - 18/19 - Pour le revenu après invalidité, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples en 2006 - la recourante n'ayant pas de formation professionnelle -, à savoir 4'019 fr. par mois ou 48'228 fr. par an (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4, premiers résultats). Compte tenu des limitations que présente la recourante, un abattement de 10% selon la jurisprudence se justifie en raison des limitations fonctionnelles et de la nationalité, ce qui porte le revenu après invalidité à 43'405 fr. 20 (cf. ATF du 10 avril 2006, U 12/05). Ainsi, si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité $([56'394 \text{ fr. } 20 - 43'405 \text{ fr. } 20] \times 100 / 56'394 \text{ fr. } 20)$, l'on obtient un degré d'invalidité de 23,03 % auquel correspond une rente de 23 %. Cette rente doit être versée

dès le 1er février 2007, puisque l'intimée a servi des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2007 et que l'état de santé est stabilisé à cette date. 9. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'expert R_____ n'a pas admis le droit à une telle indemnité, au motif que le statu quo sine avait été atteint le 31 mars 2004. Cependant, il ne peut, comme on l'a vu, être suivi sur ce point. Quant à l'expert O_____, il a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 %, tenant compte de la périarthrite scapulo-humérale modérée de la recourante, et se basant sur la table 1 de la SUVA. Son appréciation n'est pas critiquable et sera suivie par le Tribunal de céans. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit à une rente d'invalidité LAA basée sur un degré de 23 %, dès le 1er février 2007 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Obtenant partiellement gain de cause, elle aura également droit à des dépens, fixés à 300 fr.

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