

GE_GERICHTE A/2731/2018 vom 29. April 2019

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2731_2018

FR: GE_GERICHTE A/2731/2018 du 29 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/2731/2018 del 29 aprile 2019

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves MABILLARD recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1970, au bénéfice d'un CFC de sommelière et d'un certificat de cafetier, travaillait depuis 2012 en tant que conductrice à temps partiel auprès de B_____ à Genève pour le compte de la société C_____ S.A. (ci-après l'employeur) et était, à ce titre, assurée auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée), contre les accidents professionnels et non professionnels. ![endif]>![if> 2. Le 14 juin 2014, l'assurée s'est blessée à l'épaule droite en poussant la porte du bus qu'elle conduisait. Une incapacité de travail totale a été attestée. ![endif]>![if> 3. Par rapport du 25 juin 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté une rupture du long chef du biceps, une petite lésion partielle de la partie toute distale et supérieure du tendon subscapulaire, une hétérogénéité des tendons supra-épineux et infra-épineux distal, une petite impaction sous-corticale au niveau de la facette supérieure du trochiter ainsi qu'un œdème de l'extrémité distale de la clavicule ouvrant le diagnostic différentiel entre une ostéolyse post-traumatique débutante de la clavicule versus une contusion osseuse post-traumatique. Il y avait également un épanchement dans la bourse sous-acromiale compatible avec un élément de bursite. ![endif]>![if> 4. La SUVA a pris en charge l'événement assuré. ![endif]>![if> 5. Le 12 décembre 2014, l'assurée a déposé une demande des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI). ![endif]>![if> 6. Le 4 mars 2015, l'assurée a subi une intervention chirurgicale à son épaule droite, effectuée par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, par arthroscopie avec réinsertion-suture du tendon sous-scapulaire, réinsertion du labrum antéro-supérieur, résection partielle du labrum postéro-supérieur, synovectomies juxta-lésionelles, bursectomie et résection des adhérences fibro-cicatricielles sous acromiales, acromioplastie selon Neer et résection de la clavicule droite. ![endif]>![if> 7. Le 9 février 2016, une arthro-imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) a constaté une mise à nu de la moitié crâniale du trochin en rapport avec une lésion du tendon subscapulaire aux dépens de sa partie distale et supérieure avec status après mise en place d'une ancre ; une hétérogénéité et fissuration interstitielle, à peine perceptible de taille millimétrique au plus dans la substance du tendon supra-épineux distal, lequel présentait une irrégularité de son versant articulaire, ainsi qu'un status après ténodèse et ténotomie du long chef du biceps (rapport du 9 février 2016 du Dr D_____). ![endif]>![if> 8. Le 23 mars 2016, l'assurée a subi une nouvelle intervention consistant en une arthroscopie de l'épaule droite avec réinsertion-suture du tendon sous-scapulaire, des synovectomies

juxta-lésionnelles, une bursectomie et une adhésiolyse sous-acromiale. 9. Par rapport du 9 novembre 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rappelé que l'assurée avait été opérée trois fois pour une rupture de la coiffe des rotateurs. Il l'avait vue les 11 et 26 octobre 2016 et à l'examen, il observait tous les signes d'une lésion de la coiffe des rotateurs, une mobilité réduite dans tous les plans avec une abduction limitée à 80° notamment. Les douleurs étaient invalidantes et la mobilité trop réduite pour permettre une reprise du travail. 10. Par rapport du 5 décembre 2016, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée présentait encore des douleurs malgré le traitement médicamenteux associé à un traitement de physiothérapie. L'IRM montrait une guérison du tendon sous-scapulaire suturé lors de l'intervention du 23 mars 2016. La mobilité était encore diminuée. Une reprise du travail en tant que conductrice de bus n'était toujours pas envisageable. 11. Du 4 janvier au 8 février 2017, l'assurée a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) pour un complément de rééducation intensive stationnaire et un bilan multidisciplinaire. Par rapport du 27 février 2017, la doctoresse G_____, cheffe de clinique adjointe, a constaté les diagnostics en lien avec le traumatisme du 14 juin 2014, soit une lésion partielle du tendon sous-scapulaire, une lésion SLAP II, une synovite, une bursite, un impingement et des adhérences fibro-cicatricielles sous-acromiales. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient : éviter les mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit et les ports de charges au-dessus de 90° de flexion. Il n'y avait pas de limitation dans les travaux fins. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie en ambulatoire, à visée d'amélioration des fonctions articulaire et musculaire, accompagnée d'un programme d'exercices à domicile, pourrait permettre d'améliorer les aptitudes fonctionnelles et la qualité de vie de l'assurée. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. A ce rapport était joint un rapport du 5 janvier 2017 du service de réadaptation professionnelle de la CRR, relevant notamment que l'assurée possédait une certaine capacité d'adaptation témoignée par les nombreux postes qu'elle avait pu occuper et ce, dans des domaines parfois très différents. Elle était très autonome, motivée et souhaitait retrouver du travail dès que sa situation le lui permettrait. Elle avait déjà réfléchi à diverses pistes de formation et effectué certaines démarches. Cela étant, les mobilisations de l'épaule droite étaient limitées en amplitude et à la charge et l'assurée manquait d'endurance dans les sollicitations de longue durée. 12. A la demande de l'OAI, une évaluation des capacités professionnelles de l'assurée a été effectuée auprès de la CRR du 6 février au 3 mars 2017. Par rapport du 31 janvier 2017, le service de réadaptation professionnelle a relevé notamment qu'en terme d'endurance et de rendement, le retour dans une activité sédentaire adaptée à temps complet paraissait difficilement réalisable en l'état. L'assurée interrompait les activités au motif des douleurs. L'assurée s'était investie et était tenace. Avec un encadrement motivant et à l'écoute de ses besoins, elle pouvait exploiter au mieux ses ressources dans un processus de réadaptation. 13. Le 14 mars 2017, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assurée en 2017 serait resté inchangé par rapport à celui de 2014, soit CHF 25.40/heure (salaire de base), CHF 2.37/heure (13ème salaire) et CHF 3.01/heure (vacances et jours fériés). 14. Par rapport du 30 mars 2017, le Dr E_____ a indiqué que le traitement prodigué consistait en la prise de médicament. Il

était trop tôt pour se prononcer sur la durée prévisible du traitement. [endif]>[if> 15. Par rapport du 22 mai 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a notamment indiqué que l'assurée avait présenté un traumatisme en juin 2014 mettant en évidence une lésion du tendon du sous-scapulaire. Il existait déjà un état antérieur sur l'épaule droite au niveau du tendon du long chef du biceps. Une rupture itérative du tendon du sous-scapulaire était ensuite survenue, conduisant à une nouvelle intervention chirurgicale. A l'issue du séjour auprès de la CRR, la mobilité de l'épaule était de 90° de flexion et 80° d'abduction en actif. [endif]>[if> Selon ce médecin, l'ancienne activité de conductrice de bus n'était pas exigible. La capacité de travail de l'assurée était entière, 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, avec de façon idéale l'avant-bras reposant sur un support. Enfin, le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 15 %. 16. Le 16 juin 2017, un entretien de clôture du cas a eu lieu avec l'assurée. [endif]>[if> 17. Par courrier du même jour, la SUVA a informé l'assurée que de l'avis de son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par conséquent, il était mis fin au paiement des soins médicaux. Par ailleurs, il subsistait une capacité de travail entière sans baisse de rendement dans une activité adaptée, soit avec un port de charges maximal occasionnel de la main droite 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, avec de façon idéale l'avant-bras reposant sur un support. Afin de permettre à l'assurée d'entreprendre des démarches pour trouver un poste de travail adapté, les indemnités journalières étaient versées jusqu'au 31 octobre 2017 sur la base d'une incapacité de travail totale. A ce moment-là, la SUVA entendait se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité. [endif]>[if> 18. Le 7 août 2017, l'employeur a adressé à la SUVA le contrat de mission de l'assurée, selon lequel son salaire horaire de base était de CHF 25.40, auquel s'ajoutaient 8,33% (vacances), 3,50% (jours fériés), 8,33% (13 ème salaire), ainsi qu'une majoration de CHF 5.- en cas de travail les jours fériés, les dimanches et de nuit. [endif]>[if> 19. Le 1 er décembre 2017, l'assurée, par l'intermédiaire d'ASSISTA Protection juridique (ci-après ASSISTA), a informé la SUVA qu'elle n'avait pas recouvré sa pleine capacité de travail. Dès lors, elle l'invitait à poursuivre le versement de l'indemnité journalière jusqu'à sa détermination quant au versement d'une rente. A défaut, elle demandait à connaître les raisons de son refus. [endif]>[if> 20. Le 9 janvier 2018, ASSISTA a sollicité auprès de la SUVA une copie du dossier de l'assurée. [endif]>[if> 21. Dans un document interne daté du 12 janvier 2018, la SUVA a recensé trente-huit postes compatibles, selon elle, avec les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 42'000.-, CHF 96'377.- et respectivement CHF 63'159.-. Parmi eux, la SUVA a retenu cinq descriptions de postes de travail (ci-après DPT) à Genève, soit celles de téléphoniste-réceptionniste (n° 348697), employée d'horlogerie (n° 18233320), surveillante de magasin (n° 799), employée de parking (n° 345013) et chauffeur-livreuse (n° 490425). En 2017, le revenu moyen tiré des cinq activités précitées était de CHF 63'261.- par année. [endif]>[if> 22. Par décision du 17 janvier 2018 adressée à ASSISTA, la SUVA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif qu'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existait pas. L'assurée était à même d'exercer, toute la journée, une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution son épaule

droite. Une telle activité permettrait de réaliser un revenu supérieur au gain de CHF 57'762.- (25.40 + 2.37 x 40 x 52) réalisable sans l'accident. Cela étant, l'assurée avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) de 15%, correspondant à CHF 18'900.-.!

23. Le 25 janvier 2018, ASSISTA a rappelé à la SUVA qu'elle était dans l'attente d'une copie du dossier de l'assurée. Son courrier valait opposition de principe à la décision du 17 janvier 2018 et elle sollicitait une prolongation du délai d'opposition dans l'attente du dossier demandé. !

24. Le 29 janvier 2018, la SUVA, en complément à son courrier du 16 juin 2017, a informé l'assurée qu'elle acceptait la prise en charge d'une série de neuf séances de physiothérapie au maximum par année. !

25. Le 31 janvier 2018, la SUVA a transmis une copie du dossier à ASSISTA. L'assurée était invitée à se déterminer sur le maintien ou le retrait de son opposition avant le 28 février 2018. !

26. Le 22 février 2018, Maître Yves MABILLARD a informé la SUVA qu'il était en charge de la défense des intérêts de l'assurée. Au vu de sa récente constitution, il sollicitait une prolongation du délai au 21 mars 2018 pour motiver l'opposition. !

27. Le 23 février 2018, la SUVA a accepté de prolonger le délai au 21 mars 2018. !

28. Par pli du 21 mars 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a requis la reprise du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux dès le 1^{er} novembre 2017 jusqu'à la notification de la décision de l'OAI, et subsidiairement, l'octroi d'une rente d'invalidité de 27%. Selon elle, la détermination du droit à la rente était prématurée étant donné que son état de santé n'était pas stabilisé au vu du rapport du 28 février 2018 du Dr E_____ qu'elle produisait. En outre, l'OAI ne s'était pas encore prononcé sur les mesures de réadaptation et son dossier était toujours à l'étude auprès du SMR. !

Par ailleurs, elle contestait que sa capacité de travail résiduelle soit entière ainsi que les montants des salaires avec et sans invalidité pris en compte par la SUVA. Son salaire horaire était de CHF 32.- (en tenant compte de ses vacances, son 13^{ème} salaire, les jours fériés et les indemnités pour travail effectué les jours fériés, les week-ends et de nuit). Ainsi, son salaire sans invalidité était de CHF 66'560.- (32 x 40 x 52). S'agissant du salaire avec invalidité, il convenait de se référer à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS) et ce, en tenant compte d'un abattement d'au minimum 20%. A l'appui de son opposition, l'assurée a notamment produit un rapport du Dr E_____ du 28 février 2018 relevant les diagnostics posés. L'assurée continuait de souffrir d'importantes douleurs à l'épaule droite, de cervicalgies et de dorsalgies ainsi que d'une épicondylite externe du coude droit. Ces trois dernières atteintes étaient d'origine malade. Objectivement, la réinsertion du tendon sous-scapulaire était bien en place aux contrôles radiologiques et il persistait une importante diminution de la mobilité et de la force à l'épaule droite. L'assurée était encore en traitement pour les suites de son accident. A la question de savoir si l'état de santé de l'assurée pouvait être considéré comme stabilisé, le médecin a expliqué qu'à bientôt deux ans de la dernière intervention chirurgicale à l'épaule droite, il y avait une stagnation quant aux progrès de celle-ci malgré le traitement physiothérapeutique. Il était difficile de prédire s'il n'y avait vraiment aucune amélioration à attendre. Effectivement, au cours des années il y avait souvent une légère amélioration progressive possible bien que l'évolution générale chez l'assurée soit difficile en raison des multiples pathologies présentées. Enfin, une reprise de travail en tant que conductrice de bus était impossible. Un reclassement professionnel était indiqué dans un poste de travail sédentaire, pouvant alterner la position debout/assise et évitant l'utilisation de l'épaule droite si ce n'était que pour écrire de la main droite. 29. Du 16 avril au 15 juillet 2018, l'assurée a été placée par l'OAI en stage d'orientation professionnelle auprès

des Etablissements publics pour l'intégration (EPI).!endif]>![if> 30. Par rapport du 8 juin 2018, le Dr H_____ a rappelé que plus de trois mois après le séjour à la CRR, il avait déclaré le cas stabilisé lors de son appréciation du 22 mai 2017. Par ailleurs, la description de l'exigibilité faite par le Dr E_____ rejoignait tout à fait celle qu'il avait formulée à ce moment-là.!endif]>![if> 31. Le 13 juin 2018, la SUVA a remplacé la DPT n° 490425 (chauffeur-livreuse) par la DPT n° 817 (employée de bureau). En 2017, le revenu moyen tiré des cinq activités était de CHF 61'194.40 par année.!endif]>![if> 32. Par décision du 13 juin 2018, la SUVA a rejeté l'opposition estimant que la décision de rente n'avait pas été rendue de manière prématurée étant donné que l'état de santé de l'assurée était stabilisé au 31 octobre 2017, comme l'avait confirmé le Dr H_____ dans son avis du 8 juin 2018.!endif]>![if> S'agissant du salaire de valide, il était vrai que le salaire horaire de l'assurée était majoré de CHF 5.- pour le travail dominical et le travail de nuit, ce que la SUVA n'avait pas pris en compte. Selon les fiches de salaire fournies par l'employeur, sur la période des semaines 10-23 de l'année 2014 (soit la période précédant l'accident), l'assurée avait travaillé 383.2 heures dont 129.25 avec une majoration, ce qui correspondait à 1/3 du temps travaillé, soit dix-huit semaines, dont on devait encore soustraire quatre semaines de congés payés sur les cinquante-deux semaines. Le revenu de valide était donc de CHF 60'562.- [(25.40 + 2.37) x 40 x 38] + [(25.40 + 2.37 + 5) x 40 x 14]. S'agissant du salaire avec invalidité, en remplacement de la DPT n° 490425 (chauffeur-livreuse), la SUVA versait au dossier la DPT n° 817 (employée de bureau), ce qui portait le gain d'invalidité à CHF 61'194.40. Par ailleurs, il n'y avait pas d'abattement à prendre en compte si le gain était déterminé sur la base des DPT. Par conséquent, même en l'absence de mesures professionnelles de l'assurance-invalidité, l'assurée était censée pouvoir accéder à un emploi lui assurant un revenu sensiblement équivalent à celui qu'elle percevait avant l'accident. Ainsi, la comparaison des salaires avec et sans invalidité n'aboutissait pas à l'octroi d'une rente d'invalidité. La décision de refus de rente d'invalidité devait donc être confirmée.

33. Par acte du 16 août 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à celle du Dr E_____ et à la mise en œuvre d'une expertise médicale, principalement, à l'annulation de la décision et à la reprise du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux dès le 1^{er} novembre 2017 jusqu'à la stabilisation de son état de santé, et subsidiairement, à l'octroi de prestations fondées sur un taux d'invalidité de 27 % au minimum et à l'octroi des prestations complémentaires y afférentes. !endif]>![if> La recourante reproche à l'intimée d'avoir rendu une décision prématurée sur son droit à la rente alors que son état de santé n'était pas encore stabilisé puisque le Dr E_____ avait considéré que l'état de l'épaule droite pouvait encore s'améliorer. En outre, la CRR et l'OAI avaient préconisé des mesures de réadaptation, ce qui démontrait que son état de santé ne s'était pas encore stabilisé. La recourante a ajouté que le stage aux EPI avait permis de relever des limitations fonctionnelles importantes. Elle avait commencé un stage de réceptionniste, qu'elle avait dû interrompre après deux semaines en raison de ses douleurs. Depuis, son dossier était toujours à l'étude auprès du SMR. Ainsi, au moment de la notification de la décision litigieuse, son état de santé n'était pas encore stabilisé et toutes les mesures de réadaptation adéquates n'avaient pas été entreprises. Par ailleurs, sa capacité résiduelle de travail n'était pas entière, mais limitée à 75%. En effet, ses troubles lui interdisaient tout port de charges de plus de 5 kg et presque tout mouvement de son bras droit selon le Dr E_____. Elle ne pouvait donc exploiter complètement sa capacité résiduelle de travail sans mesures de reconversion. Il était difficile d'imaginer un

travail à plein temps qui concilie ses limitations fonctionnelles avec les exigences de rendement imposées. En outre, les revenus avec et sans invalidité étaient erronés. S'agissant du salaire sans invalidité, il convenait de tenir compte du dernier salaire moyen en 2014, soit le dernier salaire obtenu avant l'atteinte à la santé. La recourante travaillait comme temporaire, dès lors la rémunération de ses vacances, son 13^{ème} salaire, les jours fériés, mais aussi les indemnités pour le travail effectué les jours fériés, les week-ends et de nuit devaient être pris en compte dans son salaire de base, soit un salaire horaire de CHF 32.-. Le salaire sans invalidité était donc de CHF 66'560.- ($32 \times 40 \times 52$). S'agissant du salaire avec invalidité, il convenait de se référer aux ESS 2014 (TA1_b/niveau de qualification sans fonction de cadre) avec un abattement d'au minimum 20 %, ce qui aboutissait à un revenu de CHF 48'807.-. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 27%. Enfin, les DPT choisis par l'intimée ne respectaient pas les limitations fonctionnelles (alternance entre la position debout et assise et le port de charges de 5 kg) et n'étaient pas suffisamment représentatives. En tenant compte de cinq autres DPT, son salaire avec invalidité serait de CHF 51'386.40, soit un revenu proche de celui déterminé par les ESS.

34. Par réponse du 15 octobre 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. L'état de santé de la recourante était stabilisé au 1^{er} novembre 2017 au vu des rapports médicaux versés à la procédure. Par ailleurs, même en l'absence de mesures de reconversion, elle présentait une capacité de travail résiduelle entière. S'agissant du salaire sans invalidité, en faisant droit à la remarque de la recourante s'agissant de la prise en compte de l'indemnité pour son travail de nuit, les dimanches et les jours fériés, son revenu était de CHF 61'228.- $[(25.40 + 2.37) \times 40 \times 52 \times 2/3] + [(25.40 + 2.37 + 5) \times 40 \times 52 \times 1/3]$. S'agissant des DPT, il n'y avait pas de limitation d'origine accidentelle qui contraigne la recourante à alterner les positions assises/debout et le port de charges n'était limité que pour le bras droit. Enfin, le manque de représentativité des DPT aurait déjà dû être soulevé au stade de l'opposition. Par conséquent, le revenu avec invalidité de CHF 61'194.40 devait être confirmé. Cela étant, dans la mesure où la chambre de céans ne devait pas suivre la position de l'intimée, celle-ci versait à la procédure une nouvelle recherche de cinq DPT, respectant plus scrupuleusement encore les limitations fonctionnelles retenues et aboutissant à un revenu d'invalidé de CHF 57'590.-. La décision litigieuse avait permis d'exclure, avant toute mesure de réadaptation, le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Si la décision devait être considérée comme prématurée, elle devrait alors être considérée comme une décision relative à une rente transitoire.

35. Par réplique du 15 novembre 2018, la recourante a indiqué qu'il était possible de soulever des objections à propos des DPT dans le cadre de la procédure judiciaire. Sur les trente-huit DPT, l'intimée avait sciemment choisi les DPT qui avaient les revenus parmi les plus élevés. En outre, il existait une inégalité des armes étant donné que seule l'intimée disposait des descriptifs complets des trente-huit résultats. S'agissant des nouvelles DPT produites, trois concernaient des postes hors du canton de Genève. La recourante ne pouvant plus conduire, il convenait dès lors de les écarter. Par conséquent, les ESS devaient être appliquées.

36. Par duplique du 30 janvier 2019, l'intimée a fait valoir que les critiques concernant les DPT auraient pu déjà être formulées au stade de l'opposition. Enfin, un déplacement allant jusqu'à deux heures aller et deux heures retour par jour était considéré comme exigible de la part de la recourante.

37. Le 11 mars 2019, la chambre de céans a requis des parties qu'elles se déterminent sur la recevabilité de l'opposition du 25 janvier 2018, complétée le 21 mars 2018.

38. Le 1^{er} avril 2019, la recourante, invoquant la bonne foi des parties, leur intérêt à

obtenir un jugement sur le fond et le principe de l'égalité des armes, a conclu à ce que son opposition soit déclarée recevable. Elle a fait valoir notamment qu'à la réception du dossier le 31 janvier 2018, ASSISTA n'avait eu que onze jours ouvrés avant l'échéance du délai légal d'opposition pour prendre connaissance du dossier, analyser la situation juridique, faire le point avec la recourante et rédiger l'opposition. Or, ce travail était irréalisable pour une protection juridique vu le nombre de dossiers à traiter. Par ailleurs, son nouveau conseil avait été mandaté le 22 février 2018, de sorte qu'au vu du volume du dossier et du travail important à accomplir, il n'avait pas eu d'autre alternative que de solliciter une nouvelle prolongation de délai, étant donné qu'il ne lui restait que trois jours ouvrés pour respecter le premier délai accordé par l'intimée. Il n'y avait donc eu aucun comportement abusif de la part des mandataires professionnels. 39. L'intimée a, quant à elle, considéré que quand bien même le délai de 30 jours pour former opposition est un délai légal non prolongeable, la recourante, respectivement son mandataire, s'étaient, de bonne foi, conformés aux prolongations de délais qui avaient été accordées, de sorte qu'il serait faire preuve de formalisme excessif que de déclarer, à ce stade, l'opposition du 21 mars 2018 irrecevable. 40. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 2. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 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). 4. Préalablement, il convient d'examiner si l'opposition formée par la recourante contre la décision du 17 janvier 2018 était recevable. 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 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 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 1^{er} 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. 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). 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). 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^{ère} 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^{ème} phrase, LAA). Il 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). 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. ![endif]>![if> 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 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). 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). ![endif]>![if> 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). ![endif]>![if> 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). 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). 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). 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). 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. 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. 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 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. 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).!

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 prenne 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'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'invalide 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'invalide 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'invalide 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 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'invalidé 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).

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 13^{ème} 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 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 13^{ème} 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° 1823320 (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). 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. 19. Partant, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique et le recours doit être rejeté. 20. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). 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. 22. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.