

GE_GERICHTE A/3088/2024 vom 29. Januar 2025

GE Cour de justice, 2025-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3088_2024

FR: GE_GERICHTE A/3088/2024 du 29 janvier 2025

IT: GE_GERICHTE A/3088/2024 del 29 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA) et le délai de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) 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 ; art. 89C let. b LPA) et du report au lundi 16 septembre 2024 de l'échéance du délai tombée sur le samedi 14 septembre 2024 (art. 38 al. 3 LPGA ; art. 17 al. 3 LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses séquelles accidentelles, le montant de sa rente complémentaire de l'assurance-accidents, le taux de l'IPAI, ainsi que la prise en charge de son traitement médical après la fixation de sa rente.

E. 3.1

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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202).

E. 3.2

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence (art.

18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024).

E. 3.2.1

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 ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

E. 3.2.2

Selon l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Dès qu'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, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

E. 3.2.3

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. 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 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 3.3

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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

E. 4.1

En l'espèce, il n'est pas contesté que la stabilisation de l'état de santé de la recourante remonte au 30 août 2021. L'intimé, en s'appuyant sur le rapport d'expertise orthopédique du Dr J_____ du 27 mai 2022, considère que la recourante, droitrière, est, en dépit des séquelles accidentelles, apte à travailler dans une activité adaptée mono-manuelle gauche à 50%, dès le 1^{er} septembre 2021. Par contre, celle-ci, en se basant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du O_____ du 13 février 2023, estime être incapable d'exercer la moindre activité lucrative. Le rapport d'expertise orthopédique repose sur les pièces médicales du dossier et l'anamnèse (p. 2-10, et 17-19), les plaintes de la recourante (p. 11-12), l'examen clinique (p. 12-16), ainsi que l'évaluation circonstanciée du cas (p. 20-22). Sur le fond, le Dr J_____ a relevé que la recourante présentait une ankylose douloureuse absolument massive de l'épaule droite, avec une amyotrophie extrêmement avancée de toute la ceinture scapulaire et brachiale droite, après chirurgie itérative prothétique et changement en deux temps pour infection. L'épaule droite, douloureuse, était totalement non fonctionnelle, tant activement que passivement. Il existait également une limitation de l'extension du coude droit, d'environ 25°, en elle-même stricto-sensu peu gênante, mais l'amyotrophie associée à l'atteinte des fléchisseurs du coude rendaient cette articulation moyennement fonctionnelle. Le segment antébrachial, la main et les doigts à droite étaient fonctionnels, sans atteinte articulaire ou musculaire. Il existait cependant des douleurs et une très discrète faiblesse sur le territoire cubital, séquellaire de la neuropathie cubitale antérieure à l'accident du 29 septembre 2008 (p. 20). Il a conclu qu'il s'agissait d'une atteinte globale de tout le membre supérieur droit, le rendant très peu fonctionnel, autre que pour l'utilisation de la main pour quelques mouvements d'aide lorsque l'avant-bras était en appui, coude fléchi vers 90°. La mobilité des doigts longs et du pouce était strictement normale. La main droite était eutrophique. Le bras gauche présentait en revanche une mobilité et une

fonction normale, avec une bonne musculature manuelle (p. 21). L'expert en a inféré que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante en soins et santé communautaire était définitivement nulle. Dans une activité adaptée, mono-manuelle gauche, il a expliqué qu'une pleine capacité de travail était impossible en raison de la gêne fonctionnelle et des douleurs, mais qu'une capacité de travail à 50% était justifiée au vu de l'absence d'atteinte des membres inférieurs, du rachis et du membre supérieur gauche (p. 22). L'appréciation de la capacité de travail de la recourante par les experts du O_____, mandatés par l'OAI, ne l'emporte pas sur celle de l'expert orthopédique, désigné par l'intimé. En effet, les premiers ont indiqué que la recourante présentait des limitations dans toutes les activités de la vie quotidienne (p. 64). Pourtant, celle-ci avait déclaré effectuer de petits travaux ménagers à domicile (p. 56-57). Elle mettait par exemple le linge et la vaisselle dans la machine (p. 70), tirait les draps (p. 71), faisait de petites courses (p. 71), préparait le petit-déjeuner de la famille (p. 57), ainsi que le souper (p. 71). Ceci étant, les experts du O_____ ont reconnu à la recourante une totale incapacité de travail dans une activité adaptée, y compris pour les seules suites de l'accident, en raison de la fonction misérable du membre supérieur droit, bras dominant (p. 65). Alors qu'ils avaient connaissance du rapport d'expertise orthopédique du 27 mai 2022 (p. 38), ils n'ont pas expliqué les motifs pour lesquels celle-ci, en dépit de son atteinte au bras dominant droit, serait, au vu des activités qu'elle affirmait encore pouvoir réaliser, inapte à exercer une activité lucrative purement mono-manuelle gauche à 50%. Dans son appréciation du 31 juillet 2023, le médecin-conseil de l'intimé a souligné qu'on ne pouvait effectuer certaines activités durant la journée-type tout en alléguant présenter une capacité de travail nulle dans toute activité. Force est de constater que l'évaluation des experts du O_____ ne permet pas de douter du bien-fondé des conclusions du Dr J_____. Les griefs de la recourante à l'encontre du rapport d'expertise orthopédique du 27 mai 2022 ne sont pas non plus de nature à le discréditer. En effet, le fait que le Dr J_____ a indiqué que la « vraie capacité de travail résiduelle » de la recourante était de l'ordre de 20% à 40% est sans conséquence, dans la mesure où il a mentionné que cette valeur tenait compte des atteintes sans rapport avec l'accident (p. 22). De toute manière, même à retenir la valeur médiane de 30% ($[20 + 40] / 2$; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 3), cela n'aboutit pas à une totale incapacité de gain, comme le voudrait la recourante, et n'a pas, comme on le verra plus loin, d'incidence ni sur le montant de la rente complémentaire de l'assurance-accidents ni sur la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente. De même, retenir une capacité de travail de 20% sur le plan neurologique, si tant est que l'atteinte sous cet angle soit liée à l'accident, ne conduit pas à une totale incapacité de gain. Ensuite, contrairement à ce prétend la recourante, le Dr J_____ n'a pas ignoré les douleurs qu'elle éprouve. Au contraire, il les a prises en considération dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle. En tant que la recourante reproche à cet expert de ne pas avoir pris l'état de son épaule droite « à sa juste mesure », elle émet sa propre appréciation (subjective). Le fait que le SMR a suivi les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du O_____ ne suffit pas pour que l'intimé en fasse de même. Le SMR n'a pas discuté les conclusions différentes du Dr J_____. Contrairement à ce que fait valoir la recourante, le Dr C_____, médecin-conseil de l'intimé, est un spécialiste de la discipline médicale ici pertinente (orthopédie). Dans son appréciation du 31 juillet 2023, il a exposé les raisons pour lesquelles l'expertise du O_____ devait être écartée sur le plan accidentel. Le médecin-conseil constatait en particulier que les conclusions du O_____ étaient sommaires, faute de discussion - à l'inverse de celles du Dr J_____.

ne pas suivre l'avis du O_____ en matière d'assurance-accidents. Les questions que le médecin-conseil s'est ensuite posées au sujet de la douleur ressentie par la recourante, respectivement des exercices qu'elle effectue en piscine ne sont en soi pas déterminantes, dès lors que la première a, comme on l'a vu, été prise en compte par le Dr J_____ dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle, et la seconde n'a pas été un critère d'appréciation. Quant à la fatigue chronique, la recourante ne présente de toute manière pas de ralentissement psychomoteur, de troubles de l'attention ou de la concentration (rapport d'expertise psychiatrique du O_____ p. 72), et ses troubles psychiques n'ont pas d'effet sur sa capacité de travail, qui est demeurée entière dans toute activité (p. 75, 79-80). En conséquence, il y a lieu d'admettre que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée mono-manuelle gauche, dès le 1^{er} septembre 2021, étant rappelé que selon la jurisprudence, pour des personnes considérées comme mono-manuelles et limitées à des activités légères, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.6).

E. 4.2

Il convient désormais de se prononcer sur le montant de la rente complémentaire de l'assurance-accidents dû à la recourante.

E. 4.2.1

Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Selon l'art. 20 al. 2 LAA, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée ; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle. La rente complémentaire est fixée lorsqu'elle est en concours pour la première fois avec une rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants. Elle est adaptée lorsque la rente de l'assurance-vieillesse et survivants est modifiée à la suite d'un ajournement ou d'un versement anticipé, ou lorsque les parts de rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants accordées pour les membres de la famille sont modifiées. La rente complémentaire remplace la rente « normale » d'invalidité de la LAA. La limite de la surindemnisation correspond à 90% du gain assuré (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire [avec des aspects de l'assurance militaire], in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit, 2016, n. 266). La réglementation sur la surindemnisation en matière de rentes complémentaires d'invalidité de l'assurance-accidents est réglée à l'art. 20 al. 2 LAA. En tant que règle spéciale de coordination, cette disposition s'applique à l'exclusion de toute autre règle générale sur la surindemnisation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_166/2016 du 27 janvier 2017 consid. 5.2). Selon l'art. 31 al. 1 OLAA, si une rente de l'AI ou une rente de même nature servie par une assurance sociale étrangère est nouvellement versée par suite d'un accident, les rentes pour enfants de l'AI et les rentes de même nature d'assurances sociales étrangères sont aussi entièrement prises en compte dans le calcul de la rente complémentaire. Le cours de change applicable au moment où les rentes sont en concours pour la première fois est déterminant. Selon l'art. 31 al. 2 OLAA, lors de la fixation de la base de calcul au sens de l'art. 20 al. 2 de la loi, le gain assuré est majoré d'un montant égal

au pourcentage de l'allocation de renchérissement visée à l'art. 34 de la loi applicable au moment où les rentes concourent pour la première fois. La prise en compte du renchérissement n'a lieu que lorsque les rentes sont en concours pour la première fois et non pas chaque fois que la rente complémentaire doit être recalculée ultérieurement (RAMA 1997 p. 59). La réglementation légale part du principe que les rentes AI et AVS sont en principe entièrement prises en compte (ATF 130 V 39 consid. 4.1). Toutefois, selon l'art. 20 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées, notamment sur le calcul des rentes complémentaires dans les cas spéciaux. Ainsi, l'art. 32 al. 1 OLAA prévoit que, si une rente de l'AI couvre également une invalidité non assurée selon la LAA, seule est prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire la part de la rente de l'AI qui correspond à l'activité obligatoirement assurée. C'est le cas si la rente de l'assurance-invalidité est calculée selon la méthode mixte et tient compte, en partie, de l'invalidité de l'assuré dans ses travaux habituels, notamment ménagers. Par exemple, lorsque l'assuré, qui travaillait à temps partiel (85%) avant l'accident reçoit une rente entière d'invalidité, le montant de celle-ci n'est prise en compte qu'à raison de 85%. On applique donc le principe dit de la concordance des droits ou de l'identité de la matière. C'est aussi le cas pour les personnes qui exerçaient à côté de leur activité salariée (assurée) une activité indépendante non assurée : on procède alors à un calcul proportionnel en fonction des deux types d'activité, bien qu'il ne soit pas toujours aisé de distinguer la part de la rente de l'assurance-invalidité qui indemnise la perte de l'activité non soumise à la LAA (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, op cit., n. 276). Selon l'art. 32 al. 2 OLAA, si, par suite d'un accident, une rente de l'AI est augmentée ou succède à une rente de survivant de l'AVS, seule la différence entre la rente allouée avant l'accident et la nouvelle prestation est prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire. Dans les cas prévus à l'art. 24 al. 4 OLAA, la rente de l'AI est entièrement prise en compte. Selon l'art. 33 al. 2 let. a OLAA, les rentes complémentaires sont rectifiées lorsque des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI ou des rentes de même nature servies par des assurances sociales étrangères sont supprimées ou viennent s'y ajouter.

E. 4.2.2

En l'occurrence, l'intimé a fixé le montant de la rente complémentaire de l'assurance-accidents au sens de l'art. 20 al. 2 LAA en prenant en compte l'intégralité de la rente de l'assurance-invalidité dans le calcul. Cette disposition s'applique à l'exclusion de toute autre règle générale sur la surindemnisation. Dans la mesure où aucune rente de l'assurance-invalidité n'était versée à la recourante avant la survenance de l'accident, l'art. 32 al. 2 OLAA ne s'applique pas. Quoi qu'en dise la recourante, l'art. 32 al. 1 OLAA (qui exclut la prise en compte de la totalité de la rente de l'assurance-invalidité dans le calcul de la surindemnisation) n'est pas non plus applicable. En effet, la recourante n'exerçait pas une activité indépendante non assurée. La rente de l'assurance-invalidité n'a pas non plus été calculée selon la méthode mixte. Cette prestation ne tient donc pas compte de l'invalidité de la recourante dans ses travaux habituels, que l'assurance-accidents n'a aucune obligation de couvrir. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que la rente de l'assurance-invalidité a été entièrement portée en compte dans le calcul de la surindemnisation. Par surabondance, si l'OAI avait appliqué le statut mixte, à raison de 80% pour la part professionnelle (la recourante travaillait à 80% avant la rechute) et de 20% pour la part ménagère, et que celle-ci avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, le montant de cette rente n'aurait été prise en compte qu'à raison de 80% dans le calcul de la surindemnisation, et non pas de 39%, comme le prétend la recourante. La recourante ne conteste pas que le gain

assuré s'élève à CHF 31'387.-, dont le 90% représente CHF 28'248.30.-. Ce dernier montant constitue la limite de surindemnisation, étant précisé qu'au 1^{er} septembre 2021, au moment où les deux rentes (AI et LAA) concouraient pour la première fois, le gain assuré n'avait pas à être adapté au renchérissement, celui-ci étant de 0% (art. 1 al. 2 de l'ordonnance 09 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire du 29 octobre 2008, dans son état en vigueur du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2022 ici applicable, en lien avec les art. 31 al. 2 OLAA et 34 LAA). Dès le 1^{er} septembre 2021, la recourante bénéficiait d'une rente AI de CHF 2'084.- par mois assortie d'une rente d'enfant d'invalidité de CHF 834.- par mois, soit un montant annuel total de CHF 35'016.- ($[2'084 \times 12] + [834 \times 12]$). Celui-ci étant plus élevé que la limite de surindemnisation (CHF 28'248.30), c'est à juste titre que l'intimé n'a pas alloué une rente de l'assurance-accidents à la recourante, quel que soit son taux d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_166/2016 du 27 janvier 2017 consid. 4). À compter du 1^{er} avril 2022, il y a lieu de recalculer la rente complémentaire, dès lors que la rente d'enfant d'invalidité a été supprimée. Comme le relève l'intimé, même dans l'hypothèse où le taux d'invalidité de la recourante était supérieur au taux de 61% admis par l'intimé, cela ne changerait pas l'issue du litige. En effet, à partir du 1^{er} avril 2022, la rente AI de la recourante annualisée se chiffrait à CHF 25'008.- ($2'084 \times 12$). La rente complémentaire s'élevait donc à CHF 3'240.30 par année ($28'248.30 - 25'008$) ou à CHF 270.025 par mois ($3'240.30 / 12$), que l'intimé a arrondi à CHF 271.-.

E. 4.3

Reste à déterminer si la recourante peut prétendre une IPAI supérieure au taux de 30% retenu par l'intimé.

E. 4.3.1

Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{re} phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^e phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel

(anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d). Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{re} phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^e phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{re} phrase). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U. 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2). Depuis le 1^{er} janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et à CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2015, le montant

maximum du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA ; RO 2007 3667). En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

E. 4.3.2

En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 27 mai 2022, le Dr J_____ a expliqué que la recourante présentait une endoprothèse avec un mauvais résultat, correspondant à une atteinte à l'intégrité de 25% selon la table n°5 de la SUVA relative au taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses (p. 22). Dans son rapport du 12 février 2020, le Dr B_____ parvenait à cette même conclusion, en se référant à cette table (dossier intime p. 1549-1550). Le Dr J_____ ajoutait que la recourante présentait également une atteinte du coude droit, sous forme d'un flossum d'environ 25°, lié à la rétraction des parties molles dues à la chirurgie itérative du bras après la mise en place de la plaque d'ostéosynthèse allant jusqu'au niveau de la palette humérale (p. 22). Dans la mesure où il s'agissait d'une limitation fonctionnelle, non pas d'une arthrose, il a appliqué la table n°1 de la SUVA relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs. Il a indiqué que cette table prévoyait pour un coude mobile entre 0°-30°-90° un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%, et pour un coude mobile entre 0°-90°-135° le même taux. Il a exposé que la mobilité du coude de la recourante était à 135°-25°-0°, soit une mobilité infiniment supérieure, ne justifiant pas un taux de 10%, mais de 5%, la moitié (p. 23). Le Dr J_____ a

en définitive évalué l'ensemble de l'atteinte à l'intégrité de l'épaule et du coude droits à 30% (25% + 5% ; p. 23). En tant que la recourante fait valoir que son handicap fonctionnel du membre supérieur droit aurait dû être apprécié globalement selon la table n°1 de la SUVA et que son taux de l'IPAI devrait être de 40%, elle se limite à substituer sa propre évaluation à celle du Dr J_____. Or, aucun avis médical au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation, motivée, dudit médecin. Quant à l'atteinte esthétique en raison du status cicatriciel de l'épaule droite, le Dr J_____ a considéré que l'épaule n'était pas une zone socialement découverte comme l'étaient les mains et le visage dans notre société. Cette atteinte cicatricielle et son préjudice esthétique étaient inclus dans le taux de 25% lié à l'endoprothèse avec mauvais résultat (p. 23). Il est vrai que l'arrêt U. 143/02 du 25 octobre 2002 (consid. 4.2), dans lequel le Tribunal fédéral a admis qu'une indemnité de 10% était appropriée pour des cicatrices étendues sur une partie du corps qui n'était au moins pas régulièrement couverte, concerne une atteinte à l'intégrité sur le plan esthétique consécutive à une brûlure sur la peau, ce qui n'est pas le cas de la recourante. Ceci dit, les cicatrices ne sont pas mentionnées en tant que telles dans les barèmes des indemnités pour atteinte à l'intégrité à l'annexe 3 de l'OLAA. En revanche, en cas de très grave défiguration, l'atteinte à l'intégrité est fixée à 50%. La table 18 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité établie par la SUVA traite des atteintes à l'intégrité en cas de lésions de la peau. Outre la très grave défiguration, figurent diverses descriptions d'atteinte à l'intégrité en cas de dermatose ainsi que des cicatrices en cas de brûlures. En fonction de leur gravité et de leur étendue, l'atteinte à l'intégrité se situe entre 5 et 50 %, les cicatrices du visage et des mains constituant des atteintes nettement plus graves que des parties couvertes. Il convient aussi de tenir compte du handicap fonctionnel causé par la cicatrice, en raison de rétractations, de la vulnérabilité accrue de la peau ainsi que de la diminution durable de la sensibilité cutanée (ATAS/132/2006 du 25 janvier 2006 consid. 5). La photographie produite par la recourante démontre que la cicatrice qu'elle présente du coude jusqu'à l'épaule droite est une atteinte importante à l'intégrité du point de vue esthétique et qu'elle est également durable, ce qui justifie de se référer par analogie à la table 18 de la SUVA. Il s'agit d'une cicatrice bien visible, sur une partie du corps qui n'est pas régulièrement couverte au printemps ou en été, période durant laquelle il est fréquent que dans notre société les hommes et les femmes portent des T-shirts, débardeurs et maillots de bains, étant relevé que la table 18 prévoit une indemnisation en cas de grave dermatose des pieds, soit une partie du corps qui est couverte par les chaussettes en hiver. Ainsi, contrairement aux dires du Dr J_____, le fait que la cicatrice de la recourante se situe sur une partie du corps qui est dénudée seulement durant une période de l'année n'exclut pas une indemnisation. Dans son rapport du 28 février 2022 (dossier intimé p. 1259), le Prof. I_____ a retenu un taux de l'IPAI de 30% pour la perte de la mobilité de la fonction de l'épaule droite incluant un préjudice esthétique. Ce dernier a donc été évalué à 5% (30% - 25% correspondant à l'endoprothèse de l'épaule avec mauvais résultat). Il s'agit d'une atteinte à l'intégrité de nature différente, de sorte qu'il se justifie d'additionner l'atteinte orthopédique d'une part et celle dermatologique d'autre part. Par conséquent, la recourante a droit à un complément d'IPAI de 5%. Aussi n'est-t-il pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise, sollicitée par la recourante.

E. 4.4

Reste encore à examiner le traitement médical dont peut bénéficier la recourante après la fixation de sa rente.

E. 4.4.1

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

E. 4.4.2

Contrairement à ce que fait valoir la recourante, le cas ne doit pas être examiné sous l'angle de la let. d de l'art. 21 al. 1 LAA, puisque cette disposition vise les bénéficiaires de rente totalement invalides (ATF 140 V 130 consid. 2.3), soit une éventualité qui n'est pas réalisée en l'occurrence.

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis, et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à un complément d'IPAI d'un taux de 5%. La recourante, représentée par un avocat, obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] ; art. 89H al. 3 LPA), même si elle n'a pas conclu à l'octroi de dépens. L'indemnité est en effet octroyée d'office, l'art. 89H al. 3 LPA - à teneur duquel une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause - n'exigeant pas de requête de l'assuré (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 1098). L'indemnité sera fixée en l'espèce à CHF 1'000.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario). **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.