

GE_GERICHTE A/3706/2017 vom 26. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3706_2017

FR: GE_GERICHTE A/3706/2017 du 26 février 2019

IT: GE_GERICHTE A/3706/2017 del 26 febbraio 2019

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1956 et naturalisée suisse, a travaillé dès 1991 à temps partiel comme nettoyeuse pour l'entreprise B_____ SA. À ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la SUVA ou l'intimée).

Le 1^{er} mars 2016, en sortant d'un bus, l'assurée a chuté sur son bras et son épaule gauche, après avoir glissé. Les premiers soins lui ont été dispensés par le docteur C_____, rhumatologue. Une arthro-IRM réalisée le 6 avril 2016 a mis en évidence une déchirure du tendon du muscle sus-épineux, avec rétractation du moignon, ainsi qu'une déchirure subtotale du tendon du muscle sous-épineux et une arthrose acromio-claviculaire. L'assurée a continué de travailler jusqu'au 12 avril 2016, avant de cesser toute activité. Un arrêt de travail lui a été prescrit dès le 13 avril 2016 et a été renouvelé par la

suite. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.

Le 27 avril 2016, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a transmis un rapport au Dr C_____ : il avait examiné l'assurée en urgence pour son problème d'épaule gauche. Elle souffrait d'une rupture « massive » de la coiffe postéro-supérieure, sans signe de lésion chronique. La situation était critique et il s'apprêtait à tenter une réparation sous

arthroscopie. Le 29 avril 2016, l'assurée a été opérée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) de l'épaule gauche (arthroscopie et ténotomie du long chef du biceps). Faisant état d'une rupture « massive » et « irréparable » de l'épaule gauche, la lettre de sortie des HUG précise que l'intervention n'a pas occasionné de complication et que l'assurée a pu regagner son domicile le 4 mai 2016.

Dans un rapport intermédiaire daté du 24 août 2016, le Dr C_____ a indiqué à la SUVA que l'assurée était toujours sous traitement de physiothérapie et qu'à ce stade, il ne pouvait pas encore se prononcer sur la durée prévisible du traitement et sur une éventuelle reprise du travail.

L'assurée a été auditionnée par la SUVA le 28 novembre 2016. Dans sa profession de nettoyeuse, qu'elle exerçait dans une banque, elle devait passer le balai, l'aspirateur, nettoyer une cuisine, des sanitaires et de la vaisselle, mais également enlever des bouteilles vides ; cela impliquait beaucoup de marche ainsi que le port de charges et des travaux avec les bras en hauteur. Le 1^{er} mars 2016, après être sortie du bus, elle avait glissé et était retombée lourdement sur son épaule gauche. Le Dr C_____ lui avait prescrit des antidouleurs et des anti-inflammatoires. Jusqu'au 12 avril 2016, elle avait continué à travailler en pensant à tort que les douleurs finiraient par passer, avant d'être

hospitalisée le 28 avril 2016 pour être opérée de l'épaule gauche. Suite à l'intervention, elle avait fait de la physiothérapie. Actuellement, elle continuait de prendre une médication anti-inflammatoire/antalgique et ne pouvait ni porter des charges, ni lever son bras gauche au-delà de l'horizontale, ni mettre sa main gauche au milieu du dos. Si un séjour à la CRR était jugé nécessaire, elle s'y opposerait, car elle n'aimait pas être seule sans son mari. Enfin, elle s'apprêtait à déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité.

8. Un examen final a été réalisé le 27 janvier 2017 par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Ledit médecin a retenu le diagnostic de lésion étendue de la coiffe des rotateurs. S'agissant des antécédents, il a rappelé que l'assurée, droitrière, présentait une schizophrénie depuis 1984 et avait été opérée en 2015 d'une hernie discale lombaire. Au moment de l'accident, elle travaillait 14 heures par semaine comme nettoyeuse et avait diminué son taux d'activité en raison d'une rechute psychique. Actuellement, elle déplorait une perte de force au niveau du membre supérieur gauche et une gêne pour accomplir les actes de la vie quotidienne, tels que couper de la viande. Elle se déclarait incapable de saisir une assiette, de passer l'aspirateur ou de se laver les cheveux avec son bras gauche, mais pouvait en revanche nettoyer superficiellement la poussière en utilisant uniquement sa main droite. La nuit, elle souffrait de douleurs qui l'empêchaient de dormir sur le côté gauche. Hormis son traitement psychiatrique, elle suivait toujours un traitement antalgique et anti-inflammatoire, ainsi que de la physiothérapie deux fois par semaine. Dans son appréciation, le médecin d'arrondissement a indiqué que, suite à la chute du 1^{er} mars 2016, une IRM avait mis en évidence une lésion étendue de la coiffe des rotateurs. Le traitement chirurgical n'avait pas permis de mobiliser les tendons et de pratiquer une suture de la coiffe, comme cela était initialement prévu. Lors de l'IRM, il avait été découvert une importante arthrose acromio-claviculaire, qui était préexistante, même si l'assuré n'avait, semble-t-il, jamais souffert de douleurs jusqu'alors. Actuellement, l'assurée ne parvenait pas à mobiliser son épaule au-delà de l'horizontale. Le cas était néanmoins stabilisé et si l'activité antérieure de nettoyeuse n'était plus exigible, compte tenu des douleurs persistantes de l'épaule gauche, l'assurée demeurait en mesure d'exercer à plein temps, sans baisse de rendement, une activité professionnelle accomplie essentiellement avec le membre supérieur droit, la main gauche n'ayant qu'une fonction de stabilisation, idéalement en reposant son avant-bras gauche sur un support. Le médecin d'arrondissement préconisait la prise en charge du traitement antalgique/anti-inflammatoire et de la physiothérapie pendant six mois, ainsi que l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

9. Par courrier du 8 février 2017, la SUVA s'est ralliée aux conclusions du Dr E_____ et a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2017.

10. Par décision du 24 avril 2017, la SUVA a accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % et lui a refusé l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents. Malgré ses séquelles accidentelles, l'assurée demeurait capable d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'elle ne mette pas fortement à contribution sa main ou son bras gauche. Dans une telle activité, elle pourrait réaliser un salaire annuel de CHF 53'799.- qui, comparé au revenu de CHF 46'022.- qu'elle aurait réalisé à plein temps sans accident, ne montrait pas de perte de gain, ce qui excluait le versement d'une rente.

11. Par l'intermédiaire de son avocate, l'assurée a formé opposition contre cette décision les 17 mai et 14 juillet 2017 : quatre des cinq DPT retenues par la SUVA étaient inadaptees, car elles exigeaient une « formation élémentaire » alors qu'elle

n'avait suivi que l'école primaire au Portugal. En outre, ses perspectives de réinsertion professionnelle étaient pratiquement nulles, vu son âge (61 ans), ses limitations fonctionnelles du bras, respectivement de la main gauche et le fait qu'elle avait travaillé pendant 26 ans pour le même employeur. Enfin, elle contestait le taux de l'atteinte à l'intégrité, dont elle a requérait la fixation à 15 % étant donné que son atteinte scapulaire résultait exclusivement de l'accident et avait jusqu'alors été asymptomatique.!

12. Par décision du 20 juillet 2017, la SUVA a rejeté l'opposition. Selon le Dr E_____, dont les conclusions n'étaient pas contredites par des éléments objectifs, l'état de santé était stabilisé et l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce à plein temps une activité lucrative en utilisant principalement son membre supérieur droit (membre dominant). S'agissant du revenu d'invalidité (CHF 53'799.-), les DPT retenues étaient compatibles avec l'état de santé de l'assurée, car elles n'englobaient que des activités très légères, sans mouvements contre-indiqués du membre supérieur gauche. Le niveau de formation de l'assurée ne permettait pas de considérer que les DPT sélectionnées étaient inadaptées, car le terme « formation élémentaire » qui y figurait ne visait qu'une courte formation dans le nouveau domaine d'activité, ce qui était compatible avec un faible niveau linguistique. Quant à l'âge de l'assurée, soit 61 ans au moment où l'exercice d'une profession adaptée avait été jugé exigible, la SUVA considérait qu'au vu des circonstances personnelles et professionnelles, mais également de ses limitations fonctionnelles, l'assurée conservait des possibilités réalistes de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré de l'emploi. Comparé au revenu sans invalidité communiqué par l'ex-employeur (CHF 46'022.-), le revenu d'invalidité (CHF 53'799.-) laissait apparaître un degré d'invalidité inférieur à 10 %, ce qui excluait le versement d'une rente de l'assurance-accidents. S'agissant enfin de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr E_____ l'avait fixée à 10 % sur la base de la table d'indemnisation 1 de la SUVA, en partant d'un taux de 15 % pour une épaule atteignant le plan de l'horizontale, dont il avait soustrait 5 % afin de tenir compte d'un état antérieur important. Il y avait lieu de tenir compte de cet état antérieur, même s'il n'avait pas entraîné de symptômes jusqu'à l'accident. !

13. Par acte du 12 septembre 2017, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle estimait n'avoir aucune chance de réinsertion professionnelle, compte tenu du fait qu'elle était âgée de 61 ans et présentait des limitations fonctionnelles, tant au niveau de la main que du bras gauche. Elle avait de surcroît travaillé comme employée de nettoyage pendant 26 ans au service du même employeur, qui l'avait intégrée en tenant compte de ses problèmes psychiques. Or, selon la jurisprudence, on ne pouvait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes et juger exigible une activité qui supposait de la part de l'employeur des concessions irréalistes ou ne pouvait être exercée que sous une forme si restreinte qu'elle n'existait pratiquement pas sur le marché du travail. !

14. Dans sa réponse du 10 novembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens. La recourante se limitait à contester de manière générale la compatibilité des DPT sélectionnées avec ses limitations fonctionnelles, sans motiver précisément son point de vue. En tout état de cause, on n'obtenait pas un taux d'invalidité plus favorable à la recourante en évaluant son revenu d'invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. En effet, en se fondant sur ces statistiques salariales et en déduisant un abattement de 15 % au vu des circonstances, notamment des limitations fonctionnelles, l'intimée obtenait un revenu d'invalidité de CHF 3'864.-, qui une fois comparé avec le revenu sans invalidité de CHF

3'835.-, ne mettait pas en évidence une perte de gain ouvrant droit à une rente. S'agissant de l'âge de la recourante, qui était de 60 ans au moment de la stabilisation de son état de santé, il n'atteignait pas le seuil à partir duquel la jurisprudence considérait qu'il n'existait plus de possibilité réaliste de mettre en valeur sa capacité de travail sur un marché du travail équilibré. De surcroît, l'intéressée était pleinement capable d'exercer une activité adaptée et selon l'ordonnance sur l'assurance-accidents, l'âge ne devait pas être pris en considération dans les termes de la comparaison des revenus. C'était partant à juste titre qu'une rente de l'assurance-accidents lui avait été refusée. [endif]>[if> 15. La recourante a répliqué le 23 avril 2018, concluant au versement d'une rente entière d'invalidité. L'office de l'assurance-invalidité lui avait récemment transmis, en février 2018, un préavis de décision lui octroyant un quart de rente d'invalidité, préavis auquel elle s'était opposée. Le calcul de son degré d'invalidité avait été effectué selon la méthode mixte ; dans la sphère professionnelle, l'assurance-invalidité lui avait reconnu un degré d'invalidité de 100 %, en tenant compte toutefois d'atteintes autres que celles découlant de l'accident de 2016, alors que l'intimée la jugeait pleinement capable d'exercer une activité adaptée. S'agissant du revenu d'invalidité, elle contestait les DPT sélectionnées et requérait la prise en considération d'un abattement de 25 %, mais les modalités de la comparaison des gains pouvaient demeurer indéterminées, car la perspective d'une réinsertion professionnelle demeurait quoi qu'il en soit irréaliste. Âgée de 60 ans et 7 mois lorsque le médecin d'arrondissement avait rédigé son rapport, elle n'était plus qu'à trois ans de la retraite et à son âge, les coûts de la prévoyance professionnelle étaient inversement proportionnels à la durée prévisible des rapports de travail, ce qui excluait toute perspective d'engagement. Enfin, la disposition de l'ordonnance sur l'assurance-accidents citée par l'intimée commandait certes de faire abstraction de l'âge dans la comparaison des gains, mais seulement lorsqu'il s'agissait de la cause essentielle de la perte de gain. Or, c'était en raison de l'accident qu'elle avait cessé de travailler et si elle n'avait pas été en mesure de se réinsérer professionnellement, c'était en raison de plusieurs facteurs, à savoir son activité à temps partiel au service d'un seul employeur pendant plus de vingt ans, ses multiples atteintes physiques et psychiques à sa santé, mais également la situation sur le marché du travail et son âge. Dans ce contexte, l'octroi d'une rente entière d'invalidité se justifiait. La recourante a notamment joint :

[endif]>[if> - un rapport établi le 17 août 2017 par la doctoresse F_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), retenant les diagnostics suivants : rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (irréparable) ; cervico-brachialgies du côté droit sur discopathies C5-C6/C6-C7 ; gonalgies sur lésion méniscale ; décompression sélective L3-L4 sur canal lombaire étroit ; schizophrénie simple avec déficit progressif. Au plan rhumatologique, l'assurée était connue pour un status post décompression sélective L3-L4 du côté gauche en janvier 2015, qui avait favorablement évolué, les douleurs du membre inférieur gauche ayant disparu. En mars 2016, elle avait subi un accident ayant entraîné une rupture massive de la coiffe des rotateurs ; l'intervention chirurgicale qui avait été tentée n'avait pas permis de réparer la coiffe des rotateurs et l'assurée demeurait incapable de mouvoir son épaule au-delà de l'horizontale. Elle avait également souffert de cervico-brachialgies du côté droit et de douleurs diffuses de la main ; une IRM réalisée en août 2016 avait montré des discopathies avec sténose foraminale bilatérale. Des infiltrations avaient permis de faire disparaître les douleurs du membre supérieur gauche, alors que des douleurs résiduelles résultaient de l'atteinte scapulaire. Par ailleurs, l'assurée présentait des gonalgies droites liées à des lésions dégénératives du ménisque interne et externe, ainsi qu'une dégénérescence cartilagineuse

fémoro-tibiale de grade II. Ces douleurs, qui se manifestaient le matin ou lors de positions agenouillées, réagissaient favorablement aux antalgiques et à la physiothérapie. Enfin, au plan psychiatrique, une schizophrénie simple avec déficit progressif – pour laquelle l'assurée était traitée – avait été diagnostiquée en 1980 et avait nécessité plusieurs hospitalisations au Portugal. Le docteur G_____ évoquait une fatigue, une démotivation, une apathie, un laisser-aller, une fatigabilité, un découragement et une lenteur. Le SMR estimait que, compte tenu de la pathologie psychiatrique sévère, mais également des nombreuses pathologies rhumatologiques de l'assurée et des diverses limitations fonctionnelles qui en découlaient, sa capacité de travail était nulle, dans toute profession ;

16. L'intimée a dupliqué le 17 mai 2018, persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours. La totale incapacité de travail retenue par l'assurance-invalidité résultait en bonne partie d'atteintes étrangères à l'accident et était donc sans incidence sur la procédure parallèle en matière d'assurance-accidents. En effet, le SMR avait retenu non seulement le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs, mais aussi ceux de cervico-brachialgies sur discopathies C5-C6 et C6-C7, de gonalgies sur lésions méniscales, de décompression sélective L3-L4 sur canal lombaire étroit et de schizophrénie simple. L'accident de 2016 n'avait pas entraîné de lésion du dos, du rachis ou des membres inférieurs, de sorte qu'il y avait lieu de faire abstraction des limitations fonctionnelles étrangères à l'accident. Le rapport du SMR ne jetait pas le moindre doute sur le rapport probant du Dr E_____.

17. Le 10 juillet 2018, la recourante a réitéré qu'il convenait d'opérer sur son revenu d'invalidité un abattement maximal de 25 %, dont elle remplissait toutes les conditions : pratiquement monomanuelle, elle présentait d'importantes limitations liées à son handicap et était âgée de 62 ans. Elle avait de surcroît travaillé depuis 1991 pour le même employeur et en raison de ses problèmes de santé, elle n'avait travaillé qu'à 33 %, de sorte que le critère du taux d'occupation réduit était rempli. S'agissant du critère de l'âge, le Tribunal fédéral avait certes souligné dans un arrêt récent qu'il ne suffisait pas de constater qu'un assuré avait dépassé la cinquantaine pour opérer un abattement, sans examiner en quoi ses perspectives salariales seraient concrètement réduites par son âge sur un marché du travail équilibré, compte tenu des circonstances. Cela étant, contrairement à la situation visée par cet arrêt, dans lequel les juges fédéraux avaient écarté le critère de l'âge pour un assuré de 59 ans disposant d'une certaine capacité d'adaptation professionnelle, elle s'estimait incapable de s'adapter à une nouvelle activité lucrative non qualifiée, vu qu'elle avait exercé seulement celle de nettoyeuse pendant plus de 26 ans. Enfin, elle produisait deux rapports des HUG, datés des 14 mars et 18 mai 2018, concernant respectivement une plaie de la cheville gauche et un « STEMI antérieur ».

18. Cette écriture a été transmise à l'intimée, pour information, le 11 juillet 2018.

EN DROIT 1. a. 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 CJCAS 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. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I)

de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA ; art. 89B LPA), et il respecte les exigences de forme et de contenu par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B LPA). En outre, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours est donc recevable. 2. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, la décision attaquée accorde à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % et nie son droit à une rente d'invalidité. La recourante, qui conclut au versement d'une rente entière d'invalidité, ne conteste plus au stade du recours l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée. Partant, le litige porte uniquement sur l'évaluation de son degré d'invalidité. 3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). 4. 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 (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 (art. 19 al. 1 LAA). 5. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur

un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). 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 (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd. 2010, p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 , consid. 3b/aa) ou de données salariales résultant des DPT. La détermination du revenu d'invalidé 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. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient, pour déterminer le revenu d'invalidé, de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des

circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 6. 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). 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité 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. Étant 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). 7. 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). Il n'existe 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). 8. En l'espèce, la décision attaquée, fondée sur le rapport final du Dr E_____, retient que l'assurée ne peut plus travailler comme nettoyeuse, mais qu'elle demeure pleinement capable d'exercer une activité nécessitant essentiellement l'utilisation du membre supérieur droit, idéalement en reposant son

avant-bras gauche sur un support. [endif]>![if> Pour sa part, la recourante – sans contester la valeur probante du rapport du Dr E_____ – soutient qu'elle ne dispose d'aucune chance réaliste de retrouver un emploi. Elle conteste par ailleurs les DPT sélectionnées par l'intimée et requiert subsidiairement qu'un abattement de 25 % soit déduit de son revenu d'invalidité. 9. La chambre de céans constate que le rapport final du Dr E_____, bien que succinct, a été établi en pleine connaissance du dossier. Il relate les plaintes de l'assuré, repose sur un examen clinique complet, et ses conclusions sont motivées. Il satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de rapports médicaux.![endif]>![if> Par ailleurs, l'on ne trouve dans le dossier aucun document qui permettrait de mettre en doute la pleine capacité de travail retenue par le Dr E_____ dans toute activité adaptée, compte tenu des seules séquelles accidentelles dont doit répondre l'intimée, à savoir des troubles de l'épaule gauche (cf. infra consid. 10b). Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de l'analyse et des conclusions du rapport du Dr E_____, dont la recourante ne conteste d'ailleurs pas la valeur probante. 10. a. La recourante objecte que l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, conformément à l'art. 16 LPGA. Selon elle, ses chances de réinsertion professionnelles sont inexistantes, dès lors qu'elle était âgée de 60 ans et 7 mois lorsque le médecin d'arrondissement a rédigé son rapport final. En outre, elle a travaillé au service du même employeur pendant plus de vingt ans et souffre de multiples atteintes à la santé physiques et psychiques, dont découlent diverses limitations fonctionnelles. Enfin, elle précise que l'assurance-invalidité, dans son préavis de décision, lui a reconnu un degré d'invalidité de 100 % dans la sphère professionnelle. [endif]>![if> b. Tout d'abord, il convient de préciser que la reconnaissance par l'assurance invalidité d'un degré d'invalidité de 100 % dans le domaine professionnel n'a pas d'incidence sur la présente cause. En effet, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références). Or, comme cela ressort du rapport du SMR d'août 2017, l'assurance-invalidité a pris en considération de nombreuses autres atteintes (schizophrénie simple avec déficit progressif ; décompression sélective L3-L4 sur canal lombaire étroit ; cervico-brachialgies sur discopathies C5-C6 et C6-C7 ; gonalgies sur lésion méniscale) que celle résultant strictement de l'accident du 1^{er} mars 2016. À cet égard, on rappellera que la chute sur le bras et l'épaule gauche qu'a subie l'assurée n'a entraîné qu'une lésion étendue de la coiffe des rotateurs. Il en découle que l'intimée ne répond que des troubles dont souffre l'assurée au niveau de l'épaule gauche, contrairement à l'assurance-invalidité. c. Ensuite, contrairement à ce que semble considérer la recourante, il n'y a pas lieu de procéder à l'analyse globale applicable en matière d'assurance-invalidité (ATF 138 V 457). En effet, l'âge avancé d'un assuré comme facteur prépondérant à son empêchement de maintenir sa capacité de gain n'est pas pris en considération de la même manière dans l'assurance-invalidité que dans l'assurance-accidents, où l'art. 28 al. 4 OLAA, en lien avec l'art. 18 al. 2 LAA, commande de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (ATF 134 V 392 consid. 6.2 p. 398 ; 122 V 418 consid. 3b p. 422). Au contraire, l'art. 28 al. 4 OLAA vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité de l'assurance-accidents qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_37/2017 du 15 septembre 2017 consid. 6.1 et les références citées). Cette norme s'applique également lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son

droit à une rente de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_554/2017 du 4 juillet 2018 consid. 3.3.1 et les références). En l'occurrence, la recourante avait pratiquement atteint l'âge de 61 ans au moment de l'ouverture du droit éventuel à une rente. Il est fort douteux qu'elle puisse retrouver un emploi pour une durée d'emblée limitée de trois ans. L'absence de reprise du travail résulte donc à tout le moins dans une mesure sensible de son âge avancé, ce qui justifie l'application de l'art. 28 al. 4 OLAA. d. S'agissant par ailleurs des limitations fonctionnelles de l'épaule, elles ne sont pas d'une ampleur telle qu'elles contraindraient la recourante à rechercher une activité n'existant pratiquement pas sur le marché du travail. Au contraire, il convient d'admettre qu'il existe sur le marché du travail un éventail suffisamment large d'activités légères et adaptées au handicap de l'épaule gauche, pouvant être exercées principalement avec le bras droit et ne nécessitant pas de formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_553/2011 du 21 octobre 2011 consid. 5). Au demeurant, il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à la recourante de retrouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_926/2011 consid. 2.3 et les références). e. Enfin, les autres facteurs invoqués par la recourante, tels que son manque de formation et son parcours professionnel, sont étrangers à la notion d'invalidité et partant, dénués de pertinence. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas donné les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_132/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références). 11. Reste à calculer le degré d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017, date à laquelle l'état de l'épaule gauche était stabilisé, selon le Dr E_____.

!endif>![if> a. À titre liminaire, on précisera que la recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité fixé dans la décision attaquée (CHF 46'022.-). Seul est litigieux le revenu d'invalidé, chiffré à CHF 53'799.- sur la base des DPT. À cet égard, la recourante fait valoir que quatre des cinq DPT retenues par la SUVA seraient inadaptées, car elles exigeraient une « formation élémentaire », alors qu'elle n'a suivi que l'école primaire au Portugal. En l'espèce, l'intimée a retenu les cinq postes suivants dans les cantons de Genève et Vaud : - n° 373720 (agent réceptionnaire – agent d'accueil) ;

!endif>![if> - n° 2259 (collaboratrice de production – montage, câblage) ;

!endif>![if> - n° 5201 (collaboratrice de production – assemblage électrique) ;

!endif>![if> - n° 489987 (employée de bureau – coursière) ;

!endif>![if> - n° 3305 (aide-mécanicienne – monteuse de modules).!

!endif>![if> Le terme « formation élémentaire » mentionné dans les DPT se réfère généralement à une courte période de formation dans le nouveau domaine d'activité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_430/2014 du 21 décembre 2015 consid. 4.4). Si l'assurée n'a suivi que l'école primaire, cela ne la rend pas pour autant inapte à suivre une formation de quelques semaines. Cela étant, on peut se demander si les DPT sélectionnées sont compatibles avec son état de santé, dans la mesure où la plupart de ces emplois nécessitent l'usage des deux mains. Quoi qu'il en soit, il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant l'adéquation des DPT retenues, car l'issue du litige ne serait pas plus favorable à l'assurée si l'on chiffrait son revenu d'invalidé sur la base des statistiques résultant de l'ESS. En effet, un tel calcul n'aboutirait pas à un taux d'incapacité de gain supérieur à celui retenu

dans la décision attaquée (0 %), comme on va le voir. b. Le salaire annuel de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé selon l'ESS 2014 (tableau TA1_tirage_skill_level, ligne total, niveau 1), à savoir CHF 51'600.- (CHF 4'300 x 12). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2017 (41.7 heures par semaine ; office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 53'793.- (CHF 51'600.- x 41.7 / 40), puis à CHF 54'718.- une fois indexé à 2017 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (de 2014 à 2017, l'indice est passé de 2'673 à 2'719, soit CHF 53'793.- x 2'719 / 2'673). c. L'intimée propose de retrancher 15 % de ce montant afin de tenir compte des circonstances du cas particulier, singulièrement des limitations fonctionnelles. De son côté, la recourante requiert que l'abattement soit porté à 25 %, arguant qu'elle est âgée, que son handicap de l'épaule la rend pratiquement mono manuelle et qu'elle a travaillé pour un seul employeur depuis 1991, de surcroît à temps partiel. Contrairement à ce que soutient la recourante, les circonstances du cas d'espèce ne justifient pas de retenir le taux d'abattement maximal et donc de réduire de 25 % le revenu tiré des statistiques salariales : selon la jurisprudence, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Par ailleurs, l'âge d'un assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels telles la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné. En l'occurrence, d'éventuels effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne sont pas suffisamment établis, dès lors que les activités adaptées envisagées ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Pour le reste, la recourante ne démontre pas de manière convaincante en quoi les autres circonstances qu'elle invoque seraient susceptibles de diminuer concrètement ses perspectives salariales sur un marché du travail équilibré. Elle souffre certes de limitations fonctionnelles d'origine accidentelle au niveau de l'épaule gauche, mais celles-ci n'empêchent pas l'exercice à 100 % d'une activité adaptée qui serait accomplie principalement avec le bras droit. Corollairement, le critère d'abattement tiré du taux d'occupation partiel n'est pas réalisé, pas plus que celui de la nationalité, la recourante ayant été naturalisée suisse. Au vu de l'ensemble des circonstances, un abattement excédant 15 % ne se justifie pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_132/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.2). d. Après déduction de 15 %, le revenu d'invalidé que la recourante pourrait réaliser malgré ses troubles de l'épaule gauche s'élève en définitive à CHF 46'510.- (85 % x CHF 54'718.-). Ce revenu étant supérieur au salaire sans invalidité qu'elle aurait perçu sans accident, soit un montant incontesté de CHF 46'022.-, il n'y a pas de perte de gain. Partant, c'est à juste titre que l'intimée lui a refusé l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents.

12. Mal fondé, le recours est rejeté.![endif]>![if> 13. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA). ![endif]>![if> Vu l'issue donnée au recours, la recourante n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g 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.